



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Ana Claudia Marques Preto

Projeto de Intervenção para diminuição do número de atendimentos de urgência e emergência devido a Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na Unidade Básica de Saúde (UBS) 26 de Junho no município de Umuarama - PR

Florianópolis, Março de 2016

Ana Claudia Marques Preto

Projeto de Intervenção para diminuição do número de atendimentos de urgência e emergência devido a Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na Unidade Básica de Saúde (UBS) 26 de Junho no município de Umuarama - PR

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Larissa de Abreu Queiroz
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Ana Claudia Marques Preto

Projeto de Intervenção para diminuição do número de atendimentos de urgência e emergência devido a Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na Unidade Básica de Saúde (UBS) 26 de Junho no município de Umuarama - PR

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

Larissa de Abreu Queiroz
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

Introdução: O Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e hospitalizações no Sistema Único de Saúde. Na Unidade Básica de Saúde 26 de Junho, localizada em Umarama, Paraná, cerca de 7% de sua população apresenta HAS e 2% apresenta DM. Frequentemente a rotina da equipe é afetada por consultas de urgência e emergência devido a estas patologias, nas quais é necessário realizar suporte até que o paciente seja atendido em serviços de referência. Nesse sentido, um projeto de intervenção multiprofissional pode promover mudanças nessa realidade e no funcionamento da equipe sem grandes custos para a gestão local. **Objetivo:** Promover ações de saúde que visem diminuir as urgências e emergências relacionadas à DM e HAS nos pacientes da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde 26 de Junho. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caráter descritivo e educativo que promoveu ações de saúde de caráter multiprofissional no período de junho e julho de 2015 nos quais foram abordados pacientes da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde 26 de Junho visando diminuir o número de atendimentos de urgência e emergência devido a HAS e DM. Estes meses foram comparados com os dois meses anteriores em que as intervenções não ocorreram visando mostrar a importância dessas ações no controle dessas patologias para diminuição dos atendimentos de urgência e emergência. **Resultados:** Após a realização das ações multidisciplinares comparamos os atendimentos durante os meses que ocorreram as intervenções e os que não ocorreram e observamos uma queda de cerca de 3 pontos percentuais nas consultas de urgência e emergência na UBS 26 de Junho nos meses que ocorreram as ações. Dessa forma, é possível concluir que ações multidisciplinares são de suma importância para melhorar o controle de doenças crônicas.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Hipertensão, Atendimento de urgência e emergência, Ações Multiprofissionais, Atenção primária à saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Especificos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	23
5	RESULTADOS ESPERADOS	25
	REFERÊNCIAS	29

1 Introdução

Umuarama, cidade localizada no estado do Paraná – Brasil, foi idealizada na Inglaterra por um grupo de homens ansiosos por grandes realizações e concretizada pela Companhia Melhoramento Norte do Paraná, após longos anos de lutas sustentadas em meio das mais adversas condições. Hoje a cidade é destaque na agricultura com o programa PATER (Programa de Arrendamento de Terras) na pecuária e agronegócios e na genética de ponta. É considerada a Capital do Arenito e prepara-se para ser também a Capital das Flores e das Frutas.

O município conta com quase 100 mil habitantes e é também centro de referência na área de saúde pública e privada, na educação e lazer, sendo maior bacia leiteira do Estado e pólo regional de comércio e serviços. Vem se destacando no setor moveleiro, alimentício e agrobusiness ([COMERCIAL, 2016](#)).

Umuarama conta com 121 bairros e 4 distritos ([MBI, 2016](#)). Os bairros Dom Pedro I, Dom Pedro II, Independência, San Martin e 26 de Junho compõem a área de abrangência da Unidade Básica de Saúde 26 de Junho existente há 20 anos, tendo há 8 anos sede própria. A Unidade abrange uma população total de 4261 moradores, sendo 2068 do sexo masculino e 2193 do sexo feminino. Em 2013 as principais causas de morte em 2013 foram: pneumonia, acidente vascular encefálico, diabetes mellitus, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca.

As intensas transformações sociais, econômicas, políticas e culturais ocorridas mundialmente desde a metade do século passado, modificaram as características das populações no que se refere ao seu perfil epidemiológico e ao aumento das taxas de morbimortalidade por problemas crônicos de saúde, conferindo alterações na qualidade de vida e de saúde das pessoas ([LESSA, 1994](#)).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais e de longa duração que se desenvolvem no decorrer da vida. Atualmente, elas são consideradas um sério problema de saúde pública e já são responsáveis por 63% das mortes no mundo, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde ([BRASIL, 2011b](#)). Estão incluídas nesse grupo as neoplasias, as doenças cardiovasculares, o diabetes, dentre outras doenças. A prevalência destas costuma aumentar com a idade e aqueles que sofrem com elas sempre têm comorbidades ([SAÚDE, 2002](#)).

Sua importância reside não somente a extensão dos danos físicos causados às pessoas acometidas por elas, mas também no impacto social e psicológico que provocam. Os objetivos do tratamento dos problemas crônicos de saúde são reduzir a morbimortalidade e manter a qualidade de vida das pessoas enfermas. As crescentes evidências de várias partes do mundo sugerem que os pacientes melhoram ao receber tratamento eficiente e apoio regular ([SAÚDE, 2003](#)).

A Organização Mundial de Saúde define adesão ou aderência à prescrição médica como a magnitude com que o comportamento de um paciente coincide com o aconselhamento do seu médico (MYERS; MIDENCE, 1998),(MORISKY et al., 1986),(LEITE; VASCONCELLOS, 2003),(MÉTRY; MEYER, 1999),(GUSMÃO; JR, 2006).

A questão da não-adesão ao tratamento medicamentoso prescrito tem tomado importância nas últimas décadas e está sendo incluída na lista de preocupações dos profissionais de saúde (BUCHER; CLAUDE, 1992).

Um programa de educação em saúde geralmente está fundamentado em recomendações de consensos e é associado à consulta médica e de enfermagem, adaptado à realidade da população alvo (IMUNOLOGIA; PEDIATRIA; TISIOLOGIA, 1996). Ele favorece a adesão dos pacientes ao tratamento, complementando a terapia medicamentosa (CAR; PIERIN; AQUINO, 1991), Suzuki et al. (1991).

Frequentemente depara-se com problemas de adesão e aderência por parte de pacientes com condições crônicas. Exemplo típico são as pessoas com Hipertensão Arterial, fator de risco de morbimortalidade por doenças cardiovasculares e que, segundo inquéritos de base populacional realizados em algumas cidades do Brasil, apresenta prevalência (valores 140/90 mmHg) entre 23,3% e 43,9% (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010). Nesse mesmo sentido, outra condição prevalente é o Diabetes Mellitus, com prevalência de 11% da população igual ou superior a 40 anos (BRASIL, 2006). Ambas as doenças estão entre as que mais fazem parte do dia-a-dia do médico de família e comunidade.

O Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (BRASIL, 2013a).

No município de Umuarama grande parte da população apresenta doenças crônicas e, neste contexto, a população da Unidade Básica de Saúde 26 de Junho apresenta como problema a ser trabalhado pela equipe: um alto descontrole por má aderência ou falta de compreensão e conhecimento de suas patologias e suas possíveis complicações, dentre as quais se destaca a Hipertensão Arterial Sistêmica. Devido a esse problema há um alto número de atendimentos em pacientes portadores dessa patologia todos os dias por descompensação de sua doença.

O problema sobre o qual será realizada a intervenção afeta diretamente a rotina da equipe com consultas de urgência e às vezes de emergência nas quais frequentemente temos que realizar o suporte até que o paciente seja atendido em serviços de referência. O paciente que aparece diretamente com complicações de suas patologias irá realizar a prevenção das mesmas evitando-as e, assim, melhorando sua qualidade de vida. Uma intervenção multiprofissional em equipe pode promover mudanças nessa realidade sem grandes custos para a gestão local a partir de apenas algumas modificações na Unidade.

O estudo e a intervenção são importantes, pois realizando o controle da patologia por meio de uma boa aderência e compreensão do tratamento poderemos melhorar a saúde e a qualidade de vida dessa população. Sendo o objetivo proposto alcançado, diminuirão significativamente as consultas de urgência e emergência e, dessa forma, poderá ser realizada uma consulta de maior duração e maior qualidade no atendimento. Além disso, surge a possibilidade da realização de novas ações e intervenções melhorando a cada dia a saúde dessa população. Devido ao baixo custo para sua realização e sua alta probabilidade de execução com resultados positivos, esse projeto é oportuno no momento estando de acordo com interesses da comunidade e da Unidade Básica de Saúde 26 de Junho, no município de Umuarama.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Promover ações de saúde que visem diminuir as urgências e emergências relacionadas à Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) nos pacientes da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde 26 de Junho, em Umuarama, Paraná.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar palestras multiprofissionais junto aos usuários diagnosticados com Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).
- Comparar o número de atendimentos de usuários diagnosticados com Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) após serem realizadas as palestras multiprofissionais na Unidade Básica de Saúde 26 de Junho.

3 Revisão da Literatura

Hipertensão Arterial: histórico e classificação

Sabe-se que a primeira medida experimental da pressão arterial foi feita em 1711 por Stephen Halles na Inglaterra. A pressão foi medida em um cavalo colocando uma cânula na artéria crural do animal e conectando-a a um tubo de vidro de três metros de altura. A coluna de sangue se elevou a dois metros e meio de altura acima do animal, tendo sido este o primeiro registro de uma pressão arterial ([CARDIOLOGIA, 2016](#)).

No ano de 1896, Riva-Rocca desenvolveu a técnica de Esfigmomanometria, sendo posteriormente, no ano de 1913, descritos os sons de Korotkoff e observado que a elevação dos níveis pressóricos tinha alta relação com alto risco cardiovascular, tais como insuficiência cardíaca, insuficiência renal progressiva, encefalopatia, acidente vascular encefálico, evoluindo para mortalidade precoce.

Já em 1914, Volhard e Fahr classificaram a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como maligna e benigna, correspondendo a níveis de pressão arterial muito elevados e pouco elevados, respectivamente. Já em relação à terapêutica, em 1940 observou-se redução na mortalidade e aumento na sobrevida dos pacientes com HAS maligna a partir da adoção da restrição de sódio na alimentação e, posteriormente, apresentação de bons resultados com a cirurgia de Simpatectomia e também com o início da terapia medicamentosa anti-hipertensiva ([PORTO, 2004](#)).

Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica no mundo e no Brasil

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA) (PA 140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais([CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010](#)).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC) , sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos.([CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010](#)).Cerca de 30% da população adulta apresenta níveis de pressão arterial acima de 140/90mmHg, porém riscos cardiovasculares começam a existir em níveis ainda menores ([JUNIOR; FILHO, 2008](#)).

Estudos de prevalência da hipertensão no Brasil, entre 1970 e início dos anos 1990,

Tabela 1 – Classificação da pressão arterial em maiores de 18 anos. Fonte: (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	menor que 120	menor que 80
Normal	menor que 130	menor que 85
Limitrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio I	140-159	90-99
Hipertensão estágio II	160-179	100-109
Hipertensão estágio III	Maior ou igual 180	Maior ou igual a 110

revelam valores de prevalência entre 7,2% e 40,3% na Região Nordeste, 5,04% a 37,9% na Região Sudeste, 1,28% a 27,1% na Região Sul e 6,3% a 16,75% na Região Centro-Oeste (LESSA, 1993).

Diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica e Fatores de Risco

O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da pressão arterial (PA) maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três (BRASIL, 2013b)

De acordo com os valores pressóricos obtidos, podemos classificar a pressão arterial em normotensão, PA limítrofe e hipertensão arterial sistêmica (Tabela 1).

Nota: Quando as pressões sistólica e diastólica estiverem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Além da importância de realizar o diagnóstico segundo critérios bem estabelecidos, é primordial estar atento aos fatores de risco para o surgimento dessa doença, o que contribui também para o diagnóstico e, acima de tudo, para a prevenção desse agravamento. São considerados fatores de risco para o surgimento da HAS:

- Idade: o aumento da idade aumenta a prevalência;
- Sexo e etnia: a incidência é maior em homens até 50 anos e em mulheres a partir da sexta década. Os afrodescendentes apresentam prevalência consideravelmente maior do que indivíduos brancos;
- Nível socioeconômico: o fato de haver maior prevalência nas camadas menos favorecidas da população pode estar associado aos seus hábitos dietéticos (maior consumo de sal e álcool), índice de massa corpórea aumentado, maior estresse psicossocial, menor acesso aos cuidados de saúde e menor nível de escolaridade;

- Ingestão de sal: a restrição de sal a 6g/dia produz uma queda média da pressão sistólica de a 2 a 8mmHg;
- Obesidade: para cada 1 Kg/m² de aumento do índice de massa corpórea (IMC), o aumento no risco relativo para hipertensão foi de 12%;
- Álcool: o uso contínuo e crônico faz os níveis de pressão aumentarem e diminui a eficácia dos anti-hipertensivos;
- Sedentarismo: aumenta o risco de hipertensão em 30% quando comparado com indivíduos ativos, e a atividade aeróbica tem efeito hipotensor mais acentuado em indivíduos hipertensos do que em normotensos;(BRASIL, 2011a)

Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

O objetivo do tratamento da HAS é a manutenção de níveis pressóricos controlados e tem por finalidade reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos(CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010). Nesse sentido, o tratamento não medicamentoso é parte importante no controle dessa problemática e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade e dislipidemia. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida (BRASIL, 2013b).

O tratamento não medicamentoso é composto basicamente:

- Controle do peso: o índice de massa corporal deve estar abaixo de 25Kg/m² e circunferência abdominal inferior a 102cm para homens e 88cm para mulheres;
- Padrão alimentar: os alimentos ricos em sódio e gorduras saturadas devem ser evitados, ao passo que aqueles ricos em potássio e fibras podem ser utilizados;
- Redução do consumo de sal;
- Moderação no consumo de bebida alcoólicas;
- Exercício físico;
- Abandono do tabagismo;
- Controle do estresse psicoemocional;(BRASIL, 2011a)

Já o tratamento medicamentoso também é muito relevante e tem como objetivo principal reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares. Assim, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais(HIPERTENSÃO; CARDIOLOGIA; NEFROLOGIA, 2006). As medicações utilizadas no tratamento são: diuréticos, Inibidores adrenérgicos (Ação central – agonistas alfa2

centrais Alfabloqueadores – bloqueadores alfa-1-adrenérgicos Betabloqueadores – bloqueadores beta-adrenérgicos), Alfabloqueadores e Betabloqueadores, Bloqueadores dos canais de cálcio, Inibidores da ECA, Bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II, Vasodilatadores diretos(BRASIL, 2011a).

Um dos desafios para as equipes da Atenção Básica é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso para os efeitos nocivos dessa doença(BRASIL, 2013b). Por esse motivo o cuidado da pessoa com HAS deve ser multiprofissional, já que envolve diversas questões da vida dos usuários e precisa de atenção em muitos aspectos.

Diabetes Mellitus: histórico e classificação

A história da Diabetes Mellitus é extremamente rica. O papiro Ebers, descoberto pelo alemão Gerg Ebers em 1872, no Egito, é o primeiro documento conhecido a fazer referência a uma doença que se caracterizava por emissão freqüente e abundante de urina, sugerindo até alguns tratamentos à base de frutos e plantas. Acredita-se que este documento tenha sido elaborado em torno de 1500 AC, mas foi apenas no século II DC, na Grécia Antiga, que esta enfermidade recebeu o nome de diabetes. Este termo, que se atribui à Araeteus, discípulo de Hipócrates, significa “passar através de um sifão” e explica-se pelo fato de que a poliúria, que caracterizava a doença, assemelhava-se à drenagem de água através de um sifão. Araeteus observou também a associação entre poliúria, polidipsia, polifagia e astenia.

Mais adiante, médicos indianos teriam sido os primeiros a detectar a provável doçura da urina de pacientes com diabetes. Isso foi feito a partir da observação de que havia maior concentração de formigas e moscas em volta da urina de pessoas com diabetes. Mas isso só está confirmado a partir dos estudos de Willis, no século XVII, e Dobson, no século XVIII, na Inglaterra. O primeiro provou efetivamente a urina de um paciente com diabetes e referiu que era “doce como mel”. E o segundo aqueceu a urina até o ressecamento, quando se formava um resíduo açucarado, fornecendo as evidências experimentais de que pessoas com diabetes eliminavam de fato açúcar pela urina. Foi Cullen, também no séc. XVIII (1769), quem sugeriu o termo mellitus (mel, em latim), diferenciando os tipos de diabetes em diabetes mellitus, caracterizado pela urina abundante com odor e sabor de mel, e diabetes insipidus, com urina também abundante, clara, e não adocicada. E em meados do século XIX foi sugerido, por Lanceraux e Bouchardat, que existiriam dois tipos de diabetes, um em pessoas mais jovens, e que se apresentava com mais gravidade, e outro em pessoas com mais idade, de evolução não tão severa, e que surgia mais frequentemente em pacientes com peso excessivo(TSCHIEDEL, 2016).

Epidemiologia da Diabetes Mellitus (DM) no Brasil e no mundo

De acordo com a Federação Internacional de Diabetes (IDF), no mundo 6% da população possui a doença, o que corresponde a cerca de 240 milhões de pessoas. No Brasil,

o último Censo Nacional de Diabetes, realizado em 1988, estimou em 7,6% a população urbana entre 30 e 69 anos acometida por DM (DIABETES, 2014).

O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE et al., 2009).

Diagnóstico da Diabetes Mellitus (DM) e Fatores de Risco

O termo “Diabetes Mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (ORGANIZATION, 2016) .

O DM tipo 2 abrange cerca de 90% dos casos de diabetes na população, sendo seguido em frequência pelo DM tipo 1 cerca de 8%. A apresentação do DM tipo 1 é em geral abrupta, acometendo principalmente crianças e adolescentes sem excesso de peso. Na maioria dos casos, a hiperglicemia é acentuada, evoluindo rapidamente para cetoacidose, especialmente na presença de infecção ou outra forma de estresse (ASSOCIATION, 2010). Assim, o traço clínico que mais define o tipo 1 é a tendência à hiperglicemia grave e cetoacidose. O termo “tipo 1” indica o processo de destruição da célula beta que leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose. A destruição das células beta é geralmente causada por processo autoimune.

Já o DM tipo 2 costuma ter início insidioso e sintomas mais brandos. Manifesta-se, em geral, em adultos com longa história de excesso de peso e com história familiar de DM tipo 2. O DM apresenta uma resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção, o qual é menos intenso do que o observado no diabetes tipo 1. Após o diagnóstico, o DM tipo 2 pode evoluir por muitos anos antes de requerer insulina para controle (BRASIL, 2013a).

São três os critérios aceitos para o diagnóstico de DM com utilização da glicemia :

- Sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual > 200 mg/dl. Compreende-se por glicemia casual aquela realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições ;
- Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl (7 mmol/l). Em caso de pequenas elevações da glicemia, o diagnóstico deve ser confirmado pela repetição do teste em outro dia;
- Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75 g de glicose > 200 mg/dl; (DIABETES, 2014).

Os fatores de risco para os dois tipos de DM são:

- Obesidade;

- Sobrepeso;
- Sedentarismo;
- História família (Pais ou irmão com diabetes);
- Parto de bebê com peso superior a 4 Kg ou ter recebido o diagnóstico de diabetes gestacional;
- HAS;
- HDL colesterol, abaixo de 35 mg/dL ou triglicérides acima de 250 mg/dL;
- Síndrome do Ovário Policístico;
- Outras condições associadas com resistência à insulina, como obesidade grave ou acantose nigricans, doença de pele caracterizada pela presença de região escura e com aspecto aveludado, especialmente nas dobras do corpo, como axila e pescoço;
- Histórico de doença cardiovascular(VARELLA, 2014).

Tratamento da Diabetes Mellitus (DM)

A programação do atendimento para tratamento e acompanhamento das pessoas com DM na Atenção Básica deverá ser realizada de acordo com as necessidades gerais previstas no cuidado integral e longitudinal do diabetes, incluindo o apoio para Mudança de Estilo de Vida (MEV), o controle metabólico e a prevenção das complicações crônicas(BRASIL, 2013a).

O controle dos níveis glicêmicos é essencial para o tratamento do DM. Com a realização do controle metabólico o paciente mantém-se assintomático e previne-se das complicações agudas e crônicas. O controle glicêmico pode ser monitorado por glicemias de jejum, pré-prandial , pós-prandial e pela hemoglobina glicada (HbA1c). As glicemias são utilizadas para orientar o ajuste de dose da medicação empregada, uma vez que apontam os momentos no decorrer do dia em que ocorre falta ou excesso de sua ação(BRASIL, 2013a).

Todas as pessoas com DM, independente dos níveis glicêmicos, deverão ser orientados sobre a importância da adoção de medidas para MEV para a efetividade do tratamento. Hábitos de vida saudáveis são a base do tratamento do diabetes, acrescido ou não de tratamento farmacológico. Seus elementos fundamentais são manter uma alimentação adequada e atividade física regular, evitar o fumo e o excesso de álcool e estabelecer metas de controle de peso (BRASIL, 2013a).

O tratamento farmacológico possui substâncias que têm a finalidade de baixar a glicemia e mantê-la normal (jejum < 100 mg/ dl e pós-prandial < 140 mg/ dl). Sob esse conceito amplo, de acordo com o mecanismo de ação principal, os antidiabéticos orais podem

ser separados em: aqueles que incrementam a secreção pancreática de insulina (sulfonilureias e glinidas); os que reduzem a velocidade de absorção de glicídios (inibidores das alfa-glicosidases); os que diminuem a produção hepática de glicose (biguanidas); e/ou os que aumentam a utilização periférica de glicose (glitazonas). A esses antidiabéticos orais foi adicionada uma nova classe de substâncias cuja ação está baseada no efeito das incretinas. O efeito incretínico é mediado pelos hormônios GLP-1 (glucagon-like peptide-1) e GIP (Gastric Inhibitory Polypeptide) considerados peptídios insulínotropicos dependentes de glicose. Assim, são capazes de aumentar a secreção de insulina (DIABETES, 2014).

A insulina é o tratamento do DM tipo 1 (BRASIL, 2013a) e na DM tipo 2 deve ser considerada quando os níveis de glicose plasmática estiverem maiores de 300 mg/dL, na primeira avaliação ou no momento do diagnóstico, principalmente se acompanhado de perda de peso, cetonúria e cetonemia (GUSSO; LOPES, 2012). As classes de medicamentos que podem ser utilizadas nesta etapa são insulinas de ação intermediária ou longa (BRASIL, 2013a).

Estratégias de Saúde para controle e tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica e da Diabetes Mellitus

Para tentar diminuir a morbimortalidade desses pacientes por meio do tratamento e do controle desses agravos, o governo federal criou algumas estratégias de saúde importantes como o Hiperdia, a Farmácia Popular e o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.

O Hiperdia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. O sistema envia dados para o Cartão Nacional de Saúde, funcionalidade que garante a identificação única do usuário SUS. Tem como benefícios orientar os gestores públicos na adoção de estratégias de intervenção; permitir conhecer o perfil epidemiológico da hipertensão arterial e do diabetes mellitus na população; cadastrar e acompanhar a situação dos portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus em todo o país; disponibilizar informações de acesso público com exceção da identificação do portador (SAÚDE, 2016).

Já a Farmácia Popular, criada pelo Governo Federal, também é um importante programa que auxilia no controle e tratamento desses agravos. Tem como objetivo ampliar o acesso a muitos medicamentos para doenças comuns existentes no Brasil, dentre eles estão os medicamentos para diabetes e hipertensão. O programa possui uma rede própria de Farmácias Populares e também estabelece parceria com farmácias e drogarias da rede privada, chamada de "Aqui tem Farmácia Popular". Para ter acesso gratuito aos medicamentos, basta que o usuário apresente o CPF, um documento com foto e a receita médica válida (validade de 120 dias) em qualquer um dos estabelecimentos credenciados no Pro-

grama "Aqui tem Farmácia Popular". Com isso o governo quer ampliar a acessibilidade, adesão e controle dessas patologias(??).

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus aprovado pela Portaria/GM nº 16, de 03/01/2002, que estabelece a organização da assistência, prevenção e promoção à saúde, a vinculação dos usuários à rede, a implementação de programa de educação permanente em hipertensão arterial, diabetes mellitus e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares, que tem por objetivos: implantar o cadastramento dos portadores de hipertensão e diabetes mediante a instituição do Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão e Diabetes a ser proposto pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite - CIT; ofertar de maneira contínua para a rede básica de saúde os medicamentos para hipertensão hidroclorotiazida 25 mg, propranolol 40 mg e captopril 25 mg e diabetes metformina 850 mg, glibenclamida 5mg e insulina definidos e propostos pelo Ministério da Saúde, validados e pactuados pelo Comitê do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes e pela CIT; acompanhar e avaliar os impactos na morbi-mortalidade para estas doenças decorrentes da implementação do Programa Nacional (BRASIL, 2002)

Atenção Básica, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização, ocorrendo no local mais próximo da comunidade. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (SAÚDE, 2012).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é considerada pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica. A ESF favorece uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica, ampliando a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. Um ponto importante da ESF é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional(BRASIL, 2016).

É de suma importância que a equipe multiprofissional promova ações que auxiliem os pacientes a melhorar a aderência ao tratamento da HAS e da DM, definindo e reestabelecendo metas para controle efetivo dessas doenças, fazendo com que os pacientes participem ativamente do seu autocuidado a partir do conhecimento sobre esses agravos e da orientação adequada da equipe de saúde. Dessa forma, torna-se possível diminuir a morbimortalidade e o número de consultas de urgência e emergência.

4 Metodologia

Trata-se de um estudo de caráter descritivo e educativo com o objetivo de promover ações de saúde de caráter multiprofissional que visem diminuir as urgências e emergências relacionadas à Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistemica (HAS) por meio da melhora da adesão dos pacientes ao tratamento da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde 26 de Junho, em Umuarama, Paraná.

A população-alvo do estudo serão os pacientes diagnosticados com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde 26 de Junho que contém os bairros Dom Pedro I, Dom Pedro II, Independência, San Martin e 26 de Junho. A referida área possui uma 305 pacientes hipertensos e 89 pacientes com Diabetes Mellitus.

Serão realizadas duas palestras no período de dois meses para cada patologia pela equipe multiprofissional junto aos usuários diagnosticados, explicando e incentivando a importância prática de exercícios físicos regulares e também de tomar a medicação no horário adequado. Além disso, nessas palestras serão esclarecidas dúvidas dos usuários a respeito das doenças a fim de ajudá-los a compreender melhor suas condições e acolhê-los.

Participarão do estudo os seguintes profissionais da UBS: Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Enfermeiro, Nutricionista e Médico. Cada um realizará algumas ações importantes que irão contribuir para que os objetivos propostos sejam alcançados.

Agentes Comunitários de Saúde: Durante a realização de visitas domiciliares, tentarão auxiliar a melhora da adesão ao tratamento e controle das referidas doenças, esclarecendo dúvidas dos usuários, orientando hábitos de vida saudáveis e possíveis complicações caso o tratamento adequado não seja realizado. Caso seja necessário, com pacientes de difícil adesão e controle, marcarão consultas e visitas domiciliares a serem realizadas pelo médico. Instruídas por um educador físico, irão realizar também caminhadas e alongamento juntamente com a população-alvo 3 vezes na semana.

Auxiliares, Técnicos de Enfermagem e Enfermeiro: Irão realizar esclarecimentos sobre as patologias na UBS, como explicação do horário correto e de como tomar as medicações, além de orientar hábitos de vida saudáveis e possíveis complicações caso o tratamento adequado não seja realizado. Identificarão casos de difícil controle, montando um plano de ação individual para auxiliá-los.

Nutricionista: Irá realizar uma palestra por mês incentivando uma alimentação adequada com apresentação de alguns tipos de dietas e alimentos indicados e contraindicados, com o objetivo de diminuir o peso da população com sobrepeso e fazer com que esses usuários adquiram uma dieta saudável, equilibrada e adequada à sua condição de saúde.

Médico: Participará das reuniões de educação em saúde sobre a HAS e a DM ins-

truindo os usuários sobre o que é a doença, fatores de risco, tratamento, hábitos saudáveis e possíveis complicações. Realizará também a renovação do receituário de uso contínuo para que essa população não fique sem medicação. Serão realizadas visitas domiciliares em casos de difícil controle e consultas para avaliar o estado de saúde por meio de exame físico e outros exames complementares, as quais deverão ser realizadas pelos pacientes pelo menos a cada 6 meses.

Após serem realizadas as referidas ações, no período de dois meses, será investigada a frequência de consultas de urgência e emergência nos dois meses anteriores a essas ações com o objetivo de comparar os dois momentos e enfatizar a importância desse tipo de ação.

5 Resultados Esperados

A Unidade Básica de Saúde 26 de Junho, em Umuarama, Paraná, abrange uma área que conta com cerca de 4261 pessoas, sendo 2068 do sexo feminino e 2193 do sexo masculino. Desses pacientes cerca de 305 pessoas apresenta Hipertensão Arterial Sistêmica, correspondendo a 7% da população, e 89 pessoas (2%) apresenta Diabetes Mellitus.

Com o objetivo de reduzir o número de atendimentos de urgência e emergência por essas patologias no período de junho a julho de 2015 foram realizadas algumas ações multiprofissionais, as quais serão descritas a seguir.

Ocorreram quatro reuniões multiprofissionais quinzenalmente nos meses de junho e julho nas quais foram realizadas palestras sobre as patologias, suas causas, fatores de risco, quadro clínico, tratamento, aderência e complicações. Participaram dessas ações um total de 162 pacientes, com renovação das receitas de uso contínuo de todos os participantes, além de ser realizada a distribuição da medicação com explicação sobre como utilizá-la, horário adequado e esclarecidas quaisquer dúvidas sobre a doença e seu tratamento. Nessas reuniões também houve incentivo à vida saudável, com informações sobre dietas e exercícios físicos adequados a cada paciente.

Foram realizadas cerca de 952 visitas domiciliares nos referidos meses pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) nas quais os pacientes identificados com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus receberam orientações sobre suas patologias, tratamento, complicações e a importância da aderência ao tratamento. Casos de difícil controle e/ou aderência foram levados e discutidos por toda equipe da UBS. A partir da discussão desses casos, puderam ser realizadas ações específicas: os pacientes que podiam ir até a unidade realizaram consultas para realização de exames e acompanhamento do controle adequado na unidade, já com os pacientes que não tinham condições de deslocamento, foram realizadas consultas em domicílio pelo médico e/ou enfermeiro. As ACS também foram orientadas por um educador físico e realizaram juntamente com a população caminhadas e alongamentos quatro dias por semana. Tiveram a participação de cerca de 30 pacientes nessa ação.

Na UBS, técnicos e auxiliares de enfermagem e enfermeiro realizaram orientações e esclareceram as dúvidas da população. Casos de difícil controle e/ou aderência foram discutidos em grupos e foi escolhida a melhor forma de abordagem para o caso. A nutricionista realizou duas palestras das quais participaram cerca de 80 pacientes e o médico, além de participar das reuniões e visitas em casos de difícil controle e ou aderência, também fez consultas para acompanhamento clínico por meio do exame clínico e complementar e renovou as receitas. Complicações foram devidamente abordadas controladas e quando necessário encaminhadas a um Centro de Referência.

Especificamente no mês de junho, no qual ocorreram as ações multidisciplinares, foram

realizadas um total de 193 consultas em que 95 pessoas (49,2%) apresentaram Hipertensão Arterial Sistêmica, 6 pessoas (3,1%) apresentaram Diabetes Mellitus e 38 pessoas (19,6%) apresentavam DM e HAS. Cerca de 37 pessoas (19,1%) procuraram atendimento para renovar receita de uso contínuo. Cerca de 13 pessoas (6,7%) controlaram a Hipertensão na unidade e 3 pessoas (1,5%) controlaram a Diabetes Mellitus e 1 paciente (0,5%) teve que receber suporte na unidade e ser encaminhado para o serviço de referência que atende casos de urgência e emergência.

Foram realizadas 9 visitas domiciliares a pacientes hipertensos (4,6%) e três visitas domiciliares a três pacientes hipertensos e diabéticos (1,5%) pelo enfermeiro e/ou médico neste período para tentar melhorar a aderência e controle de suas patologias.

As Agentes Comunitárias de Saúde realizaram cerca de 467 visitas domiciliares e orientavam os pacientes hipertensos e diabéticos sobre sua patologia, controle da doença, tratamento, importância da aderência ao tratamento, complicações, esclareceram possíveis dúvidas. Caso o paciente apresentasse uma baixa aderência e/ou controle de sua patologia, eram programadas ações individualizadas a estes pacientes, como visitas domiciliares pelo médico e/ou enfermeiro.

Já no mês de julho, em que também ocorreram as ações multidisciplinares, foram realizadas 203 consultas nas quais 81 pessoas (39,9%) apresentaram Hipertensão Arterial Sistêmica, 7 pessoas (3,4%) apresentaram Diabetes Mellitus e 53 pessoas (26,1%) apresentavam DM e HAS. Cerca de 16,7% procuraram atendimento para renovar receita de uso contínuo.

Foram realizadas 7 visitas domiciliares a pacientes hipertensos (3,4%) e três visitas domiciliares a pacientes hipertensos e diabéticos (1,4%) pelo enfermeiro e/ou médico para tentar melhorar a aderência e controle de suas patologias. As ACS realizaram cerca de 472 visitas domiciliares e orientavam os pacientes hipertensos e diabéticos sobre sua patologia, controle da doença, tratamento, importância da aderência ao tratamento, complicações, esclarecia possíveis dúvidas e caso o paciente apresentasse uma baixa aderência e/ou controle de sua patologia eram programadas ações individualizadas a estes pacientes como visitas domiciliares pelo médico e/ou enfermeiro. Cerca de 5,4% controlaram a Hipertensão na UBS e 1,9% controlaram a DM e 1 paciente (0,4%) teve que receber suporte na Unidade e ser encaminhado para o serviço de referência que atende casos de urgência e emergência.

No mês de abril e maio não ocorreram as ações multidisciplinares explicitadas anteriormente. Foram realizadas um total de 184 e 148 consultas, respectivamente, onde no mês de abril 66 pessoas (35,8%) apresentaram Hipertensão Arterial Sistêmica, 5 pessoas (2,7%) apresentaram Diabetes Mellitus e 19 pessoas (10,3%) apresentavam Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica. Já em maio, 65 pessoas (43,9%) apresentaram Hipertensão Arterial Sistêmica, 3 pessoas (2%) apresentaram Diabetes Mellitus e 24 pessoas (16,2%) apresentavam DM e HAS. Em abril, 49 pessoas (26,6%) procuraram atendimento para renovar receita de uso contínuo e em maio 48 pessoas (32,4%).

As Agentes Comunitárias de Saúde realizaram 441 visitas domiciliares em abril e 453 em maio, porém não orientavam especificamente pacientes com HAS e DM. No mês de abril não foi realizada nenhuma visita domiciliar a pacientes hipertensos e/ou diabéticos pelo enfermeiro ou médico e em maio foi realizada apenas uma visita a um paciente hipertenso e diabético (0,6%) e duas visitas domiciliares a dois pacientes hipertensos (1,3%) pelo enfermeiro e/ou médico.

Cerca de 2,1% dos controlaram a Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS em abril e 11,4% em maio. Já com relação à DM, 2,7% fizeram controle na Unidade em abril e 4% em maio. Tiveram que receber suporte na UBS e foram encaminhados para serviços de referência que atendem casos de urgência e emergência 8 pessoas (4,3%) em abril e 7 (4,7%) em maio.

É possível observar que nos meses em que as ações ocorreram houve uma queda de 3 pontos percentuais em consultas de urgência e emergência, diminuindo assim o número de pacientes com complicações, internações e até mesmo a morbimortalidade dessa população devido as estas patologias. Dessa forma podemos concluir que este projeto de intervenção foi de suma importância para saúde desta população, pois com as ações multidisciplinares foi possível reduzir o numero de atendimentos de urgência e emergência por Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde 26 de Junho, em Umuarama, Paraná.

Referências

- ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: A construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 6, p. 1337–1349, 2009. Citado na página 19.
- ASSOCIATION, A. D. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, v. 33, p. 62–69, 2010. Citado na página 19.
- BRASIL. *PORTARIA N° 371, DE 04 DE MARÇO DE 2002*. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0371_04_03_2002_rep.html>. Acesso em: 21 Jan. 2016. Citado na página 22.
- BRASIL. Diabetes mellitus. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2006. Citado na página 10.
- BRASIL. Manual de orientação clínica: Hipertensão arterial sistêmica. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, n. 1, 2011. Citado na página 17.
- BRASIL. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (dcnt) no brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde., Brasília, n. 1, 2011. Citado na página 9.
- BRASIL. Diabetes mellitus: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2013. Citado 4 vezes nas páginas 10, 19, 20 e 21.
- BRASIL. Hipertensão arterial sistêmica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Brasília, n. 1, 2013. Citado 3 vezes nas páginas 16, 17 e 18.
- BRASIL. *Estratégia Saúde da Família*. 2016. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>. Acesso em: 20 Jan. 2016. Citado na página 22.
- BUCHER, R.; CLAUDE, O. *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. Citado na página 10.
- CAR, M. R.; PIERIN, A. M. G.; AQUINO, V. L. A. Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 25, n. 3, p. 259–269, 1991. Citado na página 10.
- CARDIOLOGIA, S. B. de. *Aspectos Históricos da Hipertensão no Brasil*. 2016. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/caminhos/03/>>. Acesso em: 16 Jan. 2016. Citado na página 15.
- CARDIOLOGIA, S. B. de; HIPERTENSÃO, S. B. de; NEFROLOGIA, S. B. de. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 95, n. 1, p. 1–64, 2010. Citado 3 vezes nas páginas 10, 15 e 17.
- COMERCIAL, I. e. A. d. U. A. *História: Umuarama, a aventura que deu certo*. 2016. Disponível em: <<http://aciupr.com.br/historia-de-umuarama.php>>. Acesso em: 09 Jan. 2016. Citado na página 9.

- DIABETES, S. B. de. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014. Citado 3 vezes nas páginas 18, 19 e 21.
- GUSMÃO, J. L. de; JR, D. M. Adesão ao tratamento: conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 13, n. 1, p. 23–25, 2006. Citado na página 10.
- GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. . *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. São Paulo: Artmed, 2012. Citado na página 21.
- HIPERTENSÃO, S. B. de; CARDIOLOGIA, S. B. de; NEFROLOGIA, S. B. de. V diretrizes brasileiras de hipertensão. *Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão*, v. 9, n. 4, p. 121–157, 2006. Citado na página 17.
- IMUNOLOGIA, S. B. de; PEDIATRIA, S. B. de; TISIOLOGIA, S. B. de Pneumologia e. I consenso brasileiro de educação em asma. *Jornal de Pneumologia*, v. 22, p. 1–24, 1996. Citado na página 10.
- JUNIOR, C. V. S.; FILHO, D. S. *Como Tratar*. Barueri: Manole, 2008. Citado na página 15.
- LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. da P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 8, n. 3, p. 775–782, 2003. Citado na página 10.
- LESSA, I. Estudos brasileiros sobre a epidemiologia da hipertensão arterial: análise crítica dos estudos de prevalência. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 3, p. 59–75, 1993. Citado na página 16.
- LESSA, I. Doenças não-transmissíveis. In: ROUQUAYROL, M. Z. (Ed.). *Epidemiologia e Saúde*. São Paulo: Medsi, 1994. p. 269–279. Citado na página 9.
- MBI. *Umuarama (PR) - Índice de bairros e demais núcleos populacionais*. 2016. Disponível em: <<http://www.mbi.com.br/mbi/biblioteca/cidade/umuarama-pr-br/>>. Acesso em: 09 Jan. 2016. Citado na página 9.
- MÉTRY, J.-M.; MEYER, U. A. *Measuring compliance in clinical trials and ambulatory care*. New York: Wiley, 1999. Citado na página 10.
- MORISKY, D. E. et al. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*, v. 24, n. 1, p. 67–74, 1986. Citado na página 10.
- MYERS, L. B.; MIDENCE, K. *Adherence to treatment in medical conditions*. Londres: Harwood Academic Publishers, 1998. Citado na página 10.
- PORTO, C. C. *Semiologia médica*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2004. Citado na página 15.
- SAÚDE, D. de Informática do Sistema Único de. *Hiperdia: Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos*. 2016. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>>. Acesso em: 17 Jan. 2016. Citado na página 21.
- SAÚDE, M. da. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Citado na página 22.

SAÚDE, O. O. M. de. *Current and future longterm care needs: an analysis based on the WHO study*. 2002. Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/ltc_needs.pdf>. Acesso em: 09 Jan. 2016. Citado na página 9.

SAÚDE, O. O. M. de. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: Relatório Mundial*. 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>>. Acesso em: 09 Jan. 2016. Citado na página 9.

SUZUKI, J. S. et al. Multidrogaterapia em hanseníase: trabalho com grupos de pacientes. *Anais brasileiros de dermatologia*, v. 66, n. 4, p. 207–210, 1991. Citado na página 10.

TSCHIEDEL, B. *A História do Diabetes*. 2016. Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/historia-do-diabetes/>>. Acesso em: 17 Jan. 2016. Citado na página 18.

VARELLA, M. F. *Fatores de Risco para Diabetes*. 2014. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/diabetes/fatores-de-risco-para-diabetes/>>. Acesso em: 17 Jan. 2016. Citado na página 20.