



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Nathany Neves Motta

Otimizando o processo de trabalho: estratégias para
melhorar o atendimento aos pacientes com doenças
crônicas na unidade básica de saúde de Cariacica Sede,
Cariacica - ES

Florianópolis, Março de 2023

Nathany Neves Motta

Otimizando o processo de trabalho: estratégias para melhorar o atendimento aos pacientes com doenças crônicas na unidade básica de saúde de Cariacica Sede, Cariacica - ES

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

Orientador: Daiana de Mattia
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Nathany Neves Motta

Otimizando o processo de trabalho: estratégias para melhorar o atendimento aos pacientes com doenças crônicas na unidade básica de saúde de Cariacica Sede, Cariacica - ES

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.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Daiana de Mattia
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: Um dos problemas observados na unidade básica de saúde de Cariacica Sede, Cariacica - ES, é a elevada demanda de consultas de hipertensos e diabéticos. Como consequências temos uma sobrecarga da equipe médica e de enfermagem, e uma deficiência no cuidado e atenção a outros agravos. Sabe-se que a mortalidade e morbidade por eventos cardiovasculares é de grande relevância no território nacional e no território abrangido neste trabalho, sendo a principal causa de morte. Não há dúvidas que havendo um facilitador ao atendimento desses pacientes e atividades educativas, haja uma perspectiva de mudança gradual no contexto desse problema. **Objetivo:** traçar estratégias com a equipe de saúde da família da Unidade Básica de Saúde Cariacica Sede para melhorar fluxo de marcação de consulta de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, visando a otimização do processo de trabalho. **Metodologia:** para atender ao objetivo proposto, estabeleceu-se como ação a realização de reuniões em grupo com esses pacientes, em datas específicas, objetivando a troca de saberes, conscientizando de forma mais efetiva e rápida, o maior número de pessoas, contando com o apoio de toda equipe. Estes encontro, acontecerá no auditório da unidade básica, ou em pontos de apoio como igreja do bairro, casas de usuários com espaço disponível e adequado. **Resultados esperados:** espera-se que, com a efetivação das ações propostas neste plano de intervenção, ocorra adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico dos pacientes que possuem Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Além disso, que haja um aprendizado coletivo referente às mudanças no estilo de vida, à necessidade de uso regular das medicações prescritas, além de maior entendimento das doenças crônicas não transmissíveis e seu manejo.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Estratégia Saúde da Família, Fluxo de Trabalho, Hipertensão, Processo Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo geral	13
2.2	Objetivo específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

O município de Cariacica está situado na região metropolitana da capital do estado, Vitória - Espírito Santo. Tornou-se um município independente deste em 1890. O mesmo, já foi considerado um importante pólo industrial, porém com o desenvolvimento da capital e a criação do Porto Tubarão, em 1967, os investimentos foram direcionados para Vitória, em detrimento do município.

Em relação a comunidade, trata-se de um território periférico, com alta vulnerabilidade social. O bairro, antes reconhecido como "região central" do município, foi ao longo do tempo se marginalizando, o que faz com que a desigualdade seja relevante, mesmo dentro de um mesmo bairro. Dessa forma, nas visitas domiciliares, encontramos desde casas imponentes, com área de lazer, até casas com poucos cômodos, pouco arejadas e em situação precária.

Os altos índices de verminoses no território denunciam a precariedade do saneamento básico na região. Algumas áreas não contam com o serviço de coleta de lixo, e é possível perceber muitos animais de rua e detritos em um breve reconhecimento do território.

No município de Cariacica, a população em 2015, era de 381.798 habitantes. Em relação a área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) de Cariacica sede, há cerca de 3.500 habitantes cadastrados. Há poucos dados em relação a essa população específica devido a cobertura parcial da Equipe de Estratégia de Saúde da Família em razão do desmonte de uma das equipes que assistia a área. Dessa forma, há áreas que são atendidas, porém não cobertas e acompanhadas por agentes comunitários de saúde. Neste mesmo ano, segundo o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) o número de nascidos vivos foi de 6.258. Concluímos assim, que o coeficiente de natalidade do ano em questão foi de 16,3 por mil habitantes.

Ainda em análise do perfil demográfico, há predomínio da faixa etária correspondente a adultos jovens, isto é, a maioria da população se encontra na faixa de 20 a 29 anos, seguida da população de 30 a 39 anos, há 23,62% de crianças de 0 a 14 anos, 8,63% de adolescentes de 15 a 19 anos, 57,56% de adultos de 20 a 59 anos e 10,17% de maiores de 60 anos.

Em relação a mortalidade, o número de óbitos do município em 2015 segundo o Sistema de Informação Mortalidade (SIM) foi de 2.171, gerando uma taxa de mortalidade geral de 5,686%. Esse baixo valor, pode indicar sub registro de óbitos. A taxa de mortalidade por doenças crônicas foi de 55,5% em 2015, considerando: doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças crônicas do aparelho respiratório e diabetes. A razão de mortalidade materna foi de 47,93 por 100 mil nascidos vivos. A taxa de mortalidade infantil foi de 11,34 por 1000 nascidos vivos, o índice maior se encontra entre os menores de 6 dias (neonatal precoce), sendo as causas perinatais maiores que as causas de malformações e

anormalidades cromossômicas.

O número absoluto de pessoas com hipertensão no território adscrito, registrado no último mês, foi de 350 pessoas. Considerando que a porcentagem de adultos maiores de 25 anos no território se equivale a porcentagem do município (59,25%), teríamos cerca de 2.074 indivíduos nessa faixa etária no território. Sendo assim, a prevalência de hipertensão seria de 16,87%. A taxa de incidência de diabetes em idosos, isto é, casos novos, foi de aproximadamente 5% no período de janeiro a junho de 2019. Em relação ao vírus HIV, há dois casos identificados na região. Há ainda, dois casos de hanseníase sendo tratados na unidade.

A proporção de nascidos vivos com baixo peso no ano de 2015 foi de 7,07% e de muito baixo peso ao nascer 1,24%. O número de gestantes que foram captadas para acompanhamento pré natal na unidade no último ano foi de 341, sendo que 43 delas eram de alto risco (12%). A taxa de cobertura vacinal em menores de um ano se aproximam de 95%.

As principais demandas em relação a menores de um ano que fazem com que os familiares procurem atendimento médico estão relacionadas a afecções dermatológicas, por exemplo dermatite de fraldas, dermatofitoses, miliária, pitiríase alba, além de dificuldade na amamentação, consulta de rotina (puericultura) , e resfriados comuns.

Algo digno de nota no levantamento dessas informações relaciona-se às principais causas de morte no município: doenças do aparelho circulatório, causas externas e neoplasias nesta ordem. Quando comparado o perfil de mortalidade municipal, com o nacional, percebe-se uma inversão na ordem entre causas externas e neoplasias. Enquanto a nível nacional as neoplasias são segunda causa de morte, a nível municipal, causas externas assumem essa posição. Das causas externas discriminadas, a de maior importância em relação a mortalidade são as provocadas por agressão, com relevância ainda maior na faixa etária dos 20 aos 29 anos. Esse dado reflete o alto grau de violência do município, e pode refletir significativamente no cálculo de anos potenciais de vida perdidos.

Nota-se ainda, a carência de levantamento de dados em relação ao território adscrito, além de muitas áreas desassistidas, o que pode acarretar prejuízo no planejamento de ações necessárias para a melhor abordagem e melhoramento dos índices de agravos na região. Tais percepções, podem ser repassadas à equipe, no intuito de estimulá-los a levantar o maior número de dados possíveis, visto que é uma equipe proativa e preocupada com a população que atende.

A unidade de saúde onde atuo é de porte 2. A mesma, conta com cerca de 50 profissionais. Se por um lado, a quantidade de profissionais pareça excelente e suficiente para atender a demanda, algumas dificuldades se impõem diante do mesmo quadro. O funcionamento de ESF, no mesmo ambiente do restante da UBS, que funciona apenas com demanda espontânea, dificulta à gestão o entendimento da importância da organização de agenda, grupos prioritários, e demais estratégias previstas pelas diretrizes e princípios

da atenção básica. A população atendida é bem maior do que a preconizada pelas diretrizes da ESF. Não há levantamentos fidedignos da população atendida, não há territórios definidos. Teoricamente, a unidade conta com 3 equipes de ESF, porém todas elas, estão incompletas. Existem equipes que contam apenas com agentes e enfermeira. Assim, todos os médicos atendem todo o território, sem território específico definido. Somando o número de habitantes de todos os bairros que já presenciei sendo atendidos na unidade chegamos a números maiores do que 30 mil pacientes.

A mesma dificuldade é observada em relação à estrutura. Enquanto o atendimento médico e odontológico acontece em um ambiente, o restante da equipe é alocada em outro prédio ao lado, no andar de cima, o que dificulta o diálogo, a logística, e conseqüentemente a gestão do cuidado.

O processo de trabalho ainda não é informatizado. Todos os prontuários ainda são manuais, e organizados por números, não por famílias como prevê a ESF.

A ESF conta com uma equipe proativa e com bom relacionamento interpessoal, o que é um facilitador na comunicação com o paciente e na prática da terapia integral. Inicialmente a equipe sofreu hostilidades provindas de desrespeito com o profissional, consequência de uma equipe anterior pouco aberta ao diálogo. Ainda há casos, porém menos recorrentes.

É oferecido na unidade pré natal, puericultura, atenção à saúde da mulher, do homem, do adolescente, e do idoso. Desses, apenas puericultura e saúde da mulher tem agenda reservada em um dia da semana. Devido à alta demanda por consultas, há poucas práticas educativas, infelizmente.

Atendemos muitos pacientes hipertensos e diabéticos, que por diversos motivos - sociais, econômicos, grau de instrução - não aderem corretamente ao tratamento e buscam à unidade em eventos agudos. A unidade de pronto atendimento do município é distante do território, e grande parte da população não tem condições de transporte. Isso acarreta sobrecarga da UBS com casos clínicos que a mesma não tem recursos para estabilizar. Gera assim, uma demanda grande de remoções via ambulância.

Outro agravamento que pude observar foi a precariedade da atenção à saúde da criança. Quando iniciei o trabalho na unidade, com horários marcados para puericultura, me deparei com escassez de aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, introdução precoce do leite de vaca - sem diluição ou adição de gordura - e farinhas e açucarados - além de raríssimos os casos de suplementação de ferro, megadose de vitamina A e teste de triagem auditiva. Há cerca de 6 meses, temos apoio de pediatra na unidade, que atende um ou dois dias na unidade.

Outro dado levantado, foi que, anteriormente, a unidade era referência em saúde mental. Isso faz com que ainda exista essa demanda, porém, atualmente, sem os recursos humanos necessários para atender essa demanda. Há uma alta dependência de antidepressivos e benzodiazepínicos, muitas vezes, administrados por anos sem acompanhamento.

A população tem alta resistência ao desmame ou troca dessas medicações. Esse histórico faz com que, inclusive, pacientes de outros bairros, cobertos por outras unidades de saúde, procurem a nossa para serem atendidos. Essa questão acontece também por ser uma unidade maior e com, teoricamente, mais estrutura.

Em resumo, percebe-se um território com alta demanda de acompanhamento de hipertensão arterial, diabetes melittus, saúde mental, pré-natal e puericultura. Além da necessidade de ações em segurança pública.

O problema escolhido para intervenção, foi elencado através da percepção da equipe e trata-se da alta demanda de consultas de hipertensos e diabéticos. A causa envolve o território de abrangência da equipe que alberga número superior de pacientes do que aquele preconizado para ESF, além de baixa adesão ao tratamento continuado, gerando consultas repetitivas por eventos agudos. Como consequências temos uma sobrecarga da equipe médica e de enfermagem, e uma deficiência no cuidado e atenção a outros agravos.

Sabemos que a mortalidade e morbidade por eventos cardiovasculares é de grande relevância no território nacional e no território abrangido em nosso trabalho, sendo a principal causa de morte. Não há dúvidas que havendo um facilitador ao atendimento desses pacientes e atividades educativas, haja uma perspectiva de mudança gradual no contexto desse problema.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

- Traçar estratégias com a equipe de saúde da família da Unidade Básica de Saúde Cariacica Sede para melhorar fluxo de marcação de consulta de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, visando a otimização do processo de trabalho.

2.2 Objetivo específicos

- Intensificar abordagem de hipertensos e diabéticos em grupos, conscientizando de forma mais efetiva e rápida, o maior número de pessoas, contando com o apoio de toda equipe para agilizar as consultas de pacientes com bom controle.

- Facilitar o acesso à receita das medicações de uso contínuo através da abordagem em grupo.

- Diminuir emergências hipertensivas e descontrole glicêmico na unidade, através de educação em saúde realizada nas atividades em grupo.

3 Revisão da Literatura

Em 2006, os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) visando fortalecer políticas que definissem as prioridades em saúde no país criaram o Pacto pela Vida. Nas diretrizes do pacto pela vida, as três esferas de gestão se comprometeram e se responsabilizaram em torno de seis prioridades em relação à saúde da população brasileira, sendo elas: saúde do idoso, controle do câncer de colo uterino e de mama; a redução da mortalidade infantil e materna; o fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e às endemias, a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica. Percebe-se nessa pactuação que os desafios da saúde brasileira incluem a preocupação com o envelhecimento saudável e ativo da população, além de abranger a dupla carga de enfermidades, a saber, doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2006).

Essas medidas estão em consonância com o que se observa no Brasil desde a década de 60, acompanhando uma tendência mundial: o processo de transição demográfica e epidemiológica. Em relação à transição demográfica visualizou-se um envelhecimento populacional devido ao aumento da expectativa de vida, e estreitamento da base da pirâmide etária devido à diminuição da taxa de fecundidade. Em relação à transição epidemiológica houve diminuição progressiva de mortes por causas infecto-contagiosas, e elevação das causas por doenças crônicas não transmissíveis (OMRAN, 2005).

Em relação às doenças crônicas não transmissíveis, destacam-se a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é doença de origem multifatorial, definida por níveis aumentados e persistentes de pressão arterial (PA), isto é, PA maior que 140x90mmHg. Esta condição associa-se, a maior risco de eventos cardiovasculares, principalmente quando associada a outras comorbidades tais como dislipidemia, diabetes mellitus e obesidade (SBC, 2016).

Assim como a HAS, o Diabetes Mellitus (DM) é uma condição clínica multifatorial. Refere-se a transtorno metabólico com distúrbio do metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, com conseqüente hiperglicemia. Segundo Brasil (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."

O DM e a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no SUS e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise.

A prevalência HAS no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais

de 70 anos (SBC, 2016). Quanto o DM, é estimado que o Brasil passe da 8ª posição no ranking mundial, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030 (??). As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbidade e mortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde. Gastos relacionados ao diabetes mundialmente, em 2010, foram estimados em 11,6% do total dos gastos com atenção em saúde. Dados brasileiros sugerem valores semelhantes (PENA; ALMEIDA; CAMBRAIA, 2019).

Frente a esse cenário de alta relevância clínica dessas doenças, em 2001, o Ministério da saúde publicou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Esse documento estabeleceu compromissos e responsabilidades na esfera federal, estadual e municipal, além de contar com o apoio das Sociedades Científicas (Cardiologia, Diabetes, Nefrologia e Hipertensão) visando o atendimento eficiente e eficaz, com o propósito de reduzir a morbimortalidade associada a HAS e DM em todo território brasileiro. A estratégia traçava 4 etapas: Capacitação de multiplicadores para atualização de profissionais da rede básica na atenção à HA e ao DM, Campanha de informação e de identificação dos casos suspeitos de HA, DM e Promoção de Hábitos Saudáveis de Vida, Confirmação diagnóstica e início da terapêutica e Cadastramento e vinculação dos pacientes portadores de HA e DM as unidades básicas de saúde (BRASIL, 2001).

Tanto o DM, quanto a HAS apresentam alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e essas doenças podem ser tratadas e controladas com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (AB). Por essa razão, é importante que as equipes de Atenção Básica desenvolvam ações de educação em saúde para a prevenção de complicações e para a manutenção de sua qualidade de vida (BRASIL, 2014).

Em relação à Grande Vitória, região metropolitana que abrange o território de intervenção que a ação propõe, observamos que, no ano de 2018, 34% das mortes foram por doenças endócrinas nutricionais e metabólicas e doenças do aparelho circulatório (BRASIL, 2020).

Apesar desse cenário no país e na região na qual a equipe atua, não havia, até o momento da intervenção, organização da linha de cuidado de pacientes com hipertensão e diabetes, com acompanhamento sistemático, clínico e laboratorial, como prevê o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, publicado em 2001.

Os pacientes hipertensos e diabéticos atendidos na UBS, eram consultados apenas individualmente, mediante agendamento ou por demanda espontânea em quadros de instabilidade hemodinâmica, sendo esta situação frequente. Por representarem maioria dos atendimentos, havia sobrecarga da agenda, de forma que havia prejuízo no atendimento

dos demais agravos. Além disso, a abordagem individual, ignorava a importância da intersetorialidade e interdisciplinaridade, tão necessárias para efetividade do tratamento à medida que promovem a autonomia e o envolvimento de sujeitos e coletivos, possibilitando que protagonizem e se identifiquem com o cuidado proposto.

Foi proposto então, a abordagem de pacientes hipertensos e diabéticos em grupos, de forma que haja troca de saberes entre equipe e comunidade. Há ainda, tempo hábil para abordar formas de prevenção e promoção, além de gerar educação em saúde. Como descrito pelas Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis "a construção coletiva é fundamental para que as ações de promoção da saúde tenham maior sustentabilidade e reduzam o investimento necessário em arranjos curativos e farmacêuticos, reduzindo os riscos de adoecimento e as intercorrências clínicas"(BRASIL, 2008).

Além de benefício aos pacientes dessa linha de cuidado, a proposta prevê ainda, que, sendo efetiva, haja menor incidência de instabilidade e complicações agudas, possibilitando assim, menor sobrecarga à equipe e consequente disponibilidade e planejamento que visa a atenção e cuidado de outros agravos que a Atenção Básica abrange.

4 Metodologia

A intervenção proposta terá como público alvo os pacientes hipertensos e diabéticos do território adscrito. Pacientes esses, porém, que já fazem acompanhamento na unidade básica de saúde de Cariacica sede.

A proposta se baseia em melhorar o fluxo de marcação de consultas dessa população, pois é verificado baixa adesão ao tratamento continuado, gerando consultas repetitivas por eventos agudos o que tem gerado uma grande demanda à UBS. Para isso, estabeleceu-se como ação a realização de reuniões em grupo com esses pacientes, em datas específicas, objetivando a troca de saberes, conscientizando de forma mais efetiva e rápida, o maior número de pessoas, contando com o apoio de toda equipe. Estes encontro, acontecerá no auditório da unidade básica, ou em pontos de apoio - igreja do bairro, casas de usuários com espaço disponível e adequado.

As agentes comunitárias de saúde serão responsáveis por planejar, através da escuta dos pacientes atendidos por elas, o dia e horário que gerariam maior adesão. Além de repassar à equipe aspectos culturais dos pacientes, de forma a estabelecer estratégias de aprendizado mais eficazes .

Em cada reunião, usaremos estratégias diferentes para conscientização referente a mudança no estilo de vida e manejo das medicações - caderno de perguntas, bingo didático, dinâmicas coletivas, entre outras estratégias didáticas.

O caderno de perguntas é uma estratégia na qual, cada paciente elabora uma pergunta do seu interesse assim que chega ao encontro. A equipe elabora então, um compilado dessas perguntas, priorizando, assim, respondê-las. Dessa forma, abrangemos temas que geram maior atenção dos usuários.

No bingo interativo, cada número, é acompanhado de uma informação. Quando a "pedra cantada" pertence a algum número da cartela, o paciente que está com a cartela, lê então, a orientação referente aquele número, em voz alta, para todos os participantes.

Nessa reunião, médico e enfermeiro, verificarão a necessidade de solitação de exames para controle periódico das comorbidades referidas, além de renovar as receitas de uso contínuo, com os ajustes necessários. Será disponibilizado para todos os pacientes aferição de pressão arterial, e para os pacientes diabéticos, o hemoglicoteste. Para esse fim, contaremos com o apoio da equipe técnica de enfermagem. Planeja-se que a estratégia ocorra, no mínimo, em intervalos bimensais.

5 Resultados Esperados

A partir da realização dos grupos de educação em saúde voltados para os pacientes portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, espera-se atingir o objetivo principal deste plano de intervenção que é melhorar o fluxo de marcação de consultas para esses pacientes.

Além da abordagem educativa e conscientizada que estes grupos oferecem, é possível facilitar o acesso à receita de medicamentos contínuos, realizar a dispensação das medicações e insumos necessários para o controle pressórico e glicêmico. Essa ação contribui para evitar a vinda desnecessária destes pacientes a UBS, diminuindo a sobrecarga dos profissionais e fortalecendo ainda mais o acompanhamento multiprofissional. Espera-se, também, que esta ação contribua para na redução de emergências e urgências hipertensivas, através de educação em saúde, com troca de saberes, e maior acesso ao atendimento em saúde.

Espera-se que, com a efetivação das ações propostas neste plano de intervenção, ocorra adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico dos pacientes que possuem Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Além disso, que haja um aprendizado coletivo referente às mudanças no estilo de vida, à necessidade de uso regular das medicações prescritas, além de maior entendimento das doenças crônicas não transmissíveis e seu manejo.

Referências

- BRASIL, M. da Saúde do. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. *Rev Saúde Pública*, p. 585–588, 2001. Citado na página 16.
- BRASIL, M. da Saúde do. *DIRETRIZES OPERACIONAIS: Pactos pela vida, em defesa do sus e de gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Citado na página 17.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Caderno de Atenção Básica: Diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- BRASIL, M. da Saúde do. *DATA SUS: Sistema de informação de mortalidade*. 2020. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10es.def>>. Acesso em: 05 Jul. 2020. Citado na página 16.
- OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Quarterly*, p. 731–757, 2005. Citado na página 15.
- PENA, F. P. da S.; ALMEIDA, A. N. F. de; CAMBRAIA, V. B. *Qualidade de Vida e Condições Crônicas no Meio do Mundo*. Curitiba: Appris, 2019. Citado na página 16.
- SBC, S. B. de C. *Sétima Diretriz Brasileira de Hipertensão*. Rio de Janeiro: SBC, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.