

HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS: UM ESTUDO SOBRE OS PROGRAMAS DE ATENÇÃO BÁSICA

ARTERIAL HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS: A STUDY ON THE PROGRAMS OF BASIC ATTENTION

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS: UN ESTUDIO SOBRE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN BÁSICA

Nathalia Noronha Henrique¹
Priscila da Silva Costa¹
Juliana Lopes Vileti²
Maria Clara de Macedo Corrêa¹
Eloá Carneiro Carvalho¹

RESUMO: Este artigo foi construído a partir de um estudo com portadores de *Hipertensão arterial* e/ou *diabetes mellitus* clientes de um centro municipal de saúde do município do Rio de Janeiro, inscritos e não inscritos nos respectivos Programas da Secretaria Municipal de Saúde. Seus objetivos são: descrever o perfil desses entrevistados, identificar dificuldades, levantar queixas, propostas e sugestões. Utilizou-se o método epidemiológico em estudo descritivo, com dados de auto-relatos estruturados, aplicado a uma amostra de 73 indivíduos, em novembro de 2006, e tratados no aplicativo *Epi-Info 6.04 for Windows*. Encontrou-se, em sua maioria, indivíduos do sexo feminino, na terceira idade, portadores de hipertensão arterial. Concluiu-se que os benefícios dos Programas, como cadastramento e fornecimento de medicação, têm chegado apenas a uma parcela da população de hipertensos e diabéticos e que situações como a dificuldade de inscrição e busca por medicamentos contribuem para a redução da adesão.

Palavras-chave: Hipertensão arterial; diabetes mellitus; programa ; atenção básica.

ABSTRACT: This article was built starting from a study with carriers of *arterial hypertension and diabetes mellitus* in a Municipal Health Center in Rio de Janeiro city, registered or not in the respective Programs of the Municipal Health Clerkship . Its objectives are: to describe these interviewees' profile, to identify difficulties, to lift complaints, proposals and suggestions. We used the epidemic method in a descriptive study, with data collection through structured self-reports, applied to a sample of 73 individuals, in November of 2006, using *Epi-Info 6.04 for Windows* application. We found out that most individuals were females, in the third age, carriers of arterial hypertension. It is concluded that the benefits of the Programs, as registration and distribution of medication, have been helping only a small portion of people with hypertension and diabetes and situations as the subscription difficulty and search for medicines contribute to the reduction of adhesion.

Key words: Arterial hypertension; diabetes mellitus; program; basic attention.

RESUMEN: Este artículo fue elaborado a partir de un estudio con portadores de *Hipertensión arterial* y/o *diabetes mellitus* clientes de un centro municipal de salud del municipio de Rio de Janeiro – Brasil, inscritos y no inscritos en los Programas de la Secretaría Municipal de Salud. Sus objetivos son: describir el perfil de esos entrevistados, identificar dificultades, recolectar quejas, propuestas y sugerencias. Se usó el método epidemiológico en un estudio descriptivo, con datos de autorelatos estructurados, aplicado a una muestra de 73 individuos, en noviembre de 2006, y tratados no aplicativo *Epi-Info 6.04 for Windows*. Se encontró, en su mayoría, individuos del sexo femenino, en la tercera edad, portadores de hipertensión arterial. Se concluyó que los beneficios de los Programas, como registro y fornecimiento de medicamentos, llegan solamente a una parcela de la población de hipertensos y diabéticos y que situaciones como la dificultad de inscripción y búsqueda por medicamentos contribuyen para la reducción de la adhesión.

Palabras Clave: Hipertensión arterial; diabetes mellitus; programa; atención básica.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HA) e o *Diabetes Mellitus* (DM) são apontados como os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que por sua vez constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, motivo

pelo qual representam agravos à Saúde Pública, dos quais 60% a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica¹.

Foi nesse contexto que o Governo Federal e o Ministério da Saúde implantaram o Plano de Reor-

¹Graduanda do 7º período do Curso de Graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ.

²Enfermeira (UERJ), Mestre em Saúde Coletiva (UERJ/ IMS), Sanitarista (FIOCRUZ/ ENSP), Prof.ª do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da UERJ. E-mail: eloagrossi@uol.com.br.

ganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes Mellitus*, com o objetivo de atender o portador de tais patologias.

O problema que guiou a elaboração deste artigo foi: qual a situação dos portadores de Hipertensão Arterial e/ou *Diabetes Mellitus* usuários de um Centro Municipal de Saúde (CMS) do Município do Rio de Janeiro?

Assim, foram traçados os seguintes objetivos para o estudo: descrever o perfil dos usuários entrevistados no CMS portadores de HA e/ou DM; identificar as dificuldades deles para se inscreverem no(s) programa(s); e detectar dificuldades enfrentadas no atendimento pelos portadores de HA e/ou DM já inscritos no(s) programa(s).

REFERENCIAL TEÓRICO

A HA é um problema de saúde comum que pode ter conseqüências devastadoras, freqüentemente permanecendo assintomática até uma fase tardia de sua evolução. Os efeitos prejudiciais da pressão arterial aumentam à medida que se eleva, não havendo um limite rígido definido para distinguir seus níveis. O Ministério da Saúde escolheu como limite para definir a HA o de igual ou maior a 140/90 mmHg, acrescentando que este valor deve ser encontrado em pelo menos duas aferições realizadas em momentos diferentes, em indivíduo que não faça uso de medicação anti-hipertensiva¹.

O aumento da pressão arterial ocorre quando a relação entre débito cardíaco e a resistência periférica total é alterada, sendo, de fato, uma característica complexa determinada pela integração de múltiplos fatores genéticos, ambientais e demográficos². Para Schoen²,

os principais fatores que determinam a variação da pressão arterial dentro de uma população e entre outras populações incluem idade, sexo, índice de massa corporal e alimentação, principalmente consumo de sal^{2:553}.

O *Diabetes Mellitus* (DM) pode resultar de uma variedade de condições que resultam em hiperglicemia, a qual pode ser proveniente de transtornos heterogêneos tanto genéticos (insuficiência na produção de insulina) quanto clínicos (resistência a ação da insulina)³.

A classificação do *Diabetes Mellitus* é: tipo I, resultante primariamente da destruição das células pancreáticas produtoras de insulina; tipo II, resultante de graus variáveis de resistência à insulina e de deficiência relativa de secreção de insulina; o tipo

gestacional, no qual ocorre diminuição da tolerância à glicose; entre outras formas decorrentes de defeitos genéticos associados ou do uso de fármacos diabetogênicos¹.

Enfatiza-se aqui o *Diabetes Mellitus* tipo II que, segundo o Ministério da Saúde¹,

é, hoje, considerado parte da chamada síndrome plurimetabólica ou de resistência à insulina e ocorre em 90% dos pacientes diabéticos^{1:14}.

Este tipo de diabetes se caracteriza por um início insidioso, com sintomas inespecíficos, obesidade diagnosticada, especialmente de distribuição abdominal, presente em cerca de 80% dos pacientes, forte componente hereditário, idade maior que 30 anos, com prevalência crescente com a idade, podendo chegar a 20% na população com 60 anos ou mais, presença de sintomas clássicos de hiperglicemia como poliúria e polidipsia, evidências de complicações crônicas micro e macrovasculares e não propensão à cetoacidose diabética¹.

Uma predisposição genética para DM está freqüentemente associada, mas não é necessária³. Já os fatores ambientais se mostram mais relevantes como, por exemplo, a obesidade (presente em 80% dos pacientes como já mencionado), presença de HA, sedentarismo, entre outros, que caracterizam condições de risco¹.

Uma glicemia de jejum maior que 126 mg/dl, seguida de uma medida de glicose (1 hora depois), após a ingestão de 75 g de glicose anidra, maior ou igual a 200 mg/dl, constituem diabetes¹.

A HA tem prevalência estimada em cerca de 20% da população adulta (com idade maior ou igual a 20 anos) e o DM tem prevalência de 7,6% na população de 30 a 69 anos¹. Segundo o Suplemento Especial de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio de 2003 (PNAD), na cidade do Rio de Janeiro existem 1.787.885 indivíduos com diagnóstico médico de hipertensão. A mesma pesquisa revela para o DM um número de 381.036 indivíduos com diagnóstico médico dessa doença⁴.

A possibilidade de associação das duas doenças é da ordem de 50%, o que requer, na maioria dos casos, o manejo de ambas em um mesmo paciente. Além disso, são consideradas doenças crônicas com história prolongada e se inserem no grupo das Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (DANT).

Criou-se este grande grupo com o objetivo de ampliar o escopo da vigilância e das proposições de promoção da saúde e de prevenção⁵. As DANT têm presença marcante nas sociedades humanas, assim

como no Brasil, dado o período de *transição epidemiológica* em que se encontra. Ressalta-se que

os custos econômicos e sociais delas decorrentes avolumam-se, seja devido à morte prematura ou incapacitação definitiva de pessoas em idade produtiva, ou ainda pela sobrecarga na demanda por serviços assistenciais^{5:295}.

Para a Vigilância Epidemiológica das DANT, adota-se o modelo epidemiológico de *campo da saúde* que reconhece a multicausalidade para a determinação da saúde ou da doença, considerando-as decorrentes de fatores relacionados aos elementos biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde, e vem fornecendo suporte às metodologias de monitoramento e de intervenções visando à prevenção e à redução da morbimortalidade por DANT⁵.

Adentrando os objetivos da prevenção e controle das doenças não-transmissíveis, Silva Junior, Gomes, Cezário e Moura apud Doll⁵ afirmam serem estes: reduzir a incidência e a prevalência; retardar o aparecimento de complicações e incapacidades delas advindas; aliviar a gravidade e prolongar a vida com qualidade. Chega-se, então, às intervenções para prevenção de DANT e promoção da saúde, opondo-se às intervenções apenas curativas que, além de mais custosas para o sistema de saúde, acontecem somente após a doença já estar instalada⁵.

Os três níveis de prevenção garantem seu papel de destaque nas intervenções e ações de saúde direcionadas para as DANT, sendo eles: a prevenção primária, baseada na tomada de medidas para evitar que o dano ocorra; o nível secundário de prevenção que pode ser referido como o controle da doença em indivíduos assintomáticos, mas que pertençam aos chamados grupos de comportamento de risco, e que objetiva evitar que estes se tornem doentes ou, caso adoeçam, que haja a detecção ainda no estágio inicial; e o nível terciário, cujas ações são dirigidas às pessoas que já se apresentam doentes e foca a prevenção da ocorrência de complicações e de incapacidades por meio de oferta regular e oportuna de assistência à saúde com qualidade⁵.

A HA sistêmica e o DM, juntamente com o tabagismo, as dislipidemias e o sedentarismo, constituem os fatores de risco de maior prevalência conhecidos e controláveis das doenças cerebrovasculares e das doenças cardíacas isquêmicas⁶.

No ano de 2001, observou-se que as doenças cardiovasculares representaram a principal causa de morte, com 31,9% do total de óbitos no Brasil, seguidas pelas neoplasias e pelas causas externas, com

percentuais de 15,2% e 14,6%, respectivamente⁵. No município do Rio de Janeiro, a PNAD⁴ encontrou 547.823 casos com diagnóstico médico de cardiopatia.

Considerando a HA e o DM, importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares, o Ministério da Saúde implantou, em 2001, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*, no Brasil, contando com várias parcerias, tais como a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a de Nefrologia, a de Hipertensão e de Diabetes, entre outras⁷.

A Secretaria de Políticas Públicas do Ministério da Saúde, responsável pela coordenação e gerência de todas as ações de sua implantação em nível nacional, além da assessoria contínua aos estados e municípios estabelece que:

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, implantado pelo Ministério da Saúde (MS), tem por objetivo estabelecer as diretrizes e metas para essa reorganização no Sistema Único de Saúde (SUS), investindo na atualização dos profissionais da rede básica, oferecendo a garantia do diagnóstico e proporcionando a vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, promovendo a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores^{7:1}.

Os objetivos gerais do Plano foram desmembrados em quatro etapas previstas para a implantação dessa grande estratégia e são: capacitação de multiplicadores para atualização de profissionais da rede básica na atenção à HA e ao DM; campanha de informação e de identificação de casos suspeitos e promoção de hábitos saudáveis de vida; confirmação diagnóstica e início da terapêutica; e cadastramento, vinculação e acompanhamento dos pacientes portadores de HA e DM às unidades básicas de saúde. Cabe à União, Estados e Municípios a operacionalização do Plano.

Parte importante do Plano de Reorganização é o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*, cujo objetivo é garantir o acesso à população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade⁷, através da implantação do cadastramento dos portadores de HA e DM através da instituição do Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão e Diabetes, a oferta de maneira contínua para a rede básica de saúde dos medicamentos⁸.

No município do Rio de Janeiro, o custo médio mensal do tratamento farmacológico de um paciente hipertenso cadastrado e atendido na rede básica era, em janeiro de 2003, de R\$ 1,54, o que comprova que

se pode, em larga escala, comprar medicamentos de qualidade a preços significativamente reduzidos⁶.

Os medicamentos definidos a serem distribuídos gratuitamente na rede pública de saúde para o tratamento dos portadores de HA são: captopril 25 mg, hidroclorotiazida 25 mg e propranolol 40 mg, já para os portadores de DM são: insulina NPH-100 e os hipoglicemiantes orais glibenclamida 5 mg e metformina 500 mg e 850 mg. Estes são considerados medicamentos essenciais pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)⁷.

O Projeto Remédio em Casa, implantado progressivamente a partir de janeiro de 2003, no município do Rio de Janeiro, e que tem por público-alvo os pacientes com HA e/ou DM já em fase de manutenção, vem para assegurar a continuidade do tratamento farmacológico dessa clientela⁶.

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RIO) desenvolve as ações do PHA simultaneamente ao PDM, com estratégias de promoção de saúde e de controle multifatorial dos fatores de risco cardiovascular, apresentando como foco primário de atuação o clínico generalista e equipes multidisciplinares⁶.

Em janeiro de 2003, o PHA e o PDM da SMS-RIO abrangiam 346.631 e 80.570 pacientes ativos, respectivamente. Isso corresponde a uma cobertura de 60,5% e 46,6% em relação às populações-alvo estimadas entre usuários do SUS na cidade. E os objetivos que vêm sendo desenvolvidos, a partir de 2001, pela SMS-RIO para o PHA e PDM são: aumentar a cobertura; incrementar a adesão, com diminuição dos índices de abandono; e aumentar o grau de controle da pressão arterial e dos distúrbios metabólicos⁶.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo no qual se utilizou o método epidemiológico que é definido por Pereira^{9,3} como “estratégias adaptadas para aplicação a situações próprias do estudo da saúde da população”. O estudo aqui apresentado é de fundo descritivo uma vez que objetiva observar, descrever e documentar dados colhidos na população¹⁰.

Pereira⁹ e Polit¹⁰ diferenciam metodologicamente os estudos em experimentais e não-experimentais. Segundo Pereira^{9,3}, “os estudos não-experimentais predominam na área da saúde”; assim, esta é a linha do presente estudo ao colher e organizar dados com intuito de investigar uma situação de ocorrência natural.

O campo deste estudo foi um Centro Municipal de Saúde (CMS) do Município do Rio de Janeiro. Sua escolha se deu pela existência dos Programas de HA e DM nessa unidade da rede básica de saúde e o contato previamente existente entre os pesquisadores com a instituição.

O projeto foi encaminhado à coordenação do CMS para avaliação e aprovação. Iniciou-se a coleta de dados após o recebimento do parecer da Comissão de Ética em Pesquisa.

A população-alvo foi constituída pelos clientes do CMS portadores de HA e/ou DM, inscritos e não inscritos no(s) respectivo(s) programa(s). Resalva-se que todas as questões éticas relativas a pesquisas com seres humanos foram respeitadas, bem como os demais princípios éticos presentes na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde¹¹.

Foi utilizada amostra aleatória de 73 indivíduos da população-alvo, garantindo, assim, a representatividade das informações geradas. Para o procedimento de seleção aleatória, foi observada a ordem de chegada dos indivíduos da população-alvo, aos quais foi atribuído uma numeração ordinal seqüencial, sendo os de número ímpar selecionados para responderem à pesquisa.

A forma de coleta de dados foi o auto-relato estruturado, que é utilizado pelo pesquisador que conhece as necessidades de sua pesquisa e pode, assim, estruturar questões apropriadas para obter as informações de que precisa¹⁰.

O instrumento conta com 23 perguntas abertas e fechadas e foi aplicado, no período de novembro de 2005, por graduandos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Para tratamento dos dados, foi construído um banco específico utilizando-se o aplicativo *Epi-Info 6.04 for Windows*. Nele estão variáveis de natureza qualitativa e quantitativa discreta do estudo, em sua maioria variáveis pessoais, as quais são fundamentais para a caracterização da população-alvo escolhida¹².

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na amostra de 73 indivíduos, a faixa etária mais freqüente foi entre 67 e 72 anos (23,3%), seguida da faixa etária de 61 a 66 anos (17,8%), demonstrando que parte expressiva dos usuários se encontra na terceira idade. Além disso, em sua maioria, são do sexo feminino, representando 71,2%, enquanto que o sexo masculino representa 28,8% da amostra. A prevalência da HA e do DM aumenta com a idade dos indivíduos, soma-se a isto o considerável crescimento da popula-

ção idosa no país. Desse modo, o incremento da atenção básica se faz fundamental, com vistas a suprir as demandas da comunidade em acordo com os princípios do sistema de saúde vigente (SUS).

Na análise foram encontrados 15,1% de indivíduos moradores de bairros não pertencentes à região adstrita ao CMS pesquisado. Aqui cabe ressaltar a possibilidade de redução do número de consultas, além do aumento do espaçamento entre elas, devido à demanda extra. Esta situação revela-se como um problema para a administração da unidade, uma vez que as estimativas de vagas e atendimentos tornam-se prejudicadas.

Consultando a Tabela 1 a seguir, pode-se ler que a maior parte dos indivíduos (65,8%) apresenta Hipertensão Arterial, apenas 11% têm *Diabetes Mellitus* e 23,3% apresentavam as duas patologias, o que demonstra o potencial de associação delas.

TABELA 1: Patologias apresentadas pelos clientes do CMS entrevistados. Rio de Janeiro, novembro, 2006.

Patologia	f	%
Hipertensão arterial	48	65,80
Diabetes mellitus	8	11,00
Ambas	17	23,20
TOTAL	73	100,00

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 65% do total de óbitos na faixa etária de 30 a 69 anos. Entre as doenças cardiovasculares, o acidente vascular encefálico (AVE) e o infarto agudo do miocárdio (IAM) são as mais prevalentes. Sem dúvida, a HA constitui o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, cuja primeira causa de morte, o AVE, tem como origem a hipertensão não-controlada¹.

Foi observado que os indivíduos que apresentam DM – 8 (11%) estão inscritos no respectivo Programa e os 17 clientes com HA e DM, em sua maioria (88,2%), também estão inscritos em ambos os Programas. Já entre os que apresentam HA, apenas 32 (66,7%) estão inscritos. A parcela de portadores ainda desvinculada dos Programas mostra que o desenvolvimento das estratégias junto às DANT é ainda um desafio à saúde pública.

Com relação aos indivíduos inscritos em um dos Programas (75,3% da amostra), foram coletados dados referentes: às dificuldades de inscrição, ao tempo que levou para se matricular, ao uso de medicamentos, à opinião acerca do atendimento oferecido e às sugestões para melhorar o atendimento.

Sobre dificuldade de inscrição, os usuários, majoritariamente, não relataram dificuldades para se inscrever (83,6%). Entretanto, entre as dificuldades encontradas com maior frequência houve: realização/ concretização da matrícula, seguida do grande tempo de espera para realizá-la. Entre os que responderam a pergunta sobre tempo de espera para inscrição, a maioria (55,5%) levou de 1 a 6 meses para se inscrever. Observa-se que a inscrição não ocorre imediatamente, caracterizando uma barreira, o que pode contribuir para a redução na captação de portadores, prejudicando mais uma vez o aumento da cobertura assistencial.

Os medicamentos mais utilizados são os anti-hipertensivos (69,4% dos medicamentos mencionados), entre eles o enalapril (19,2%), a hidroclorotiazida (18,4%) e o atenolol (9,6%), o que está ligado ao elevado percentual de hipertensos da amostra. O hipoglicemiante mais utilizado é a glibenclâmida (6,4%). Isso confirma o uso e distribuição das medicações aprovadas nos manuais do Ministério da Saúde⁸.

No entanto, sobre dificuldade de obter medicamento, entre os que responderam à questão, mais da metade (55,6%) relatou alguma dificuldade, e a dificuldade mais encontrada (95,45%) foi a própria falta dos medicamentos para distribuição.

A oferta contínua dos medicamentos cadastrados pelo Ministério da Saúde é um dos objetivos do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e *Diabetes Mellitus*⁸. O fornecimento dos medicamentos aos inscritos nos Programas é importante não só para o tratamento em si, mas também para a adesão do portador ao tratamento.

Quando questionados acerca do que achavam do atendimento nos Programas em que estavam inscritos, a maioria dos usuários classificou o atendimento como *bom* (70% dos que mencionaram).

A opinião dos usuários sobre os Programas é relevante não só para análise do atendimento prestado, mas também como medida de satisfação e está expressa na Tabela 2.

TABELA 2: Opinião dos clientes do CMS entrevistados e inscritos nos Programas sobre o atendimento recebido. Rio de Janeiro, novembro, 2006.

Opinião	f	%
Ruim	4	7,30
Regular	3	5,50
Bom	35	63,60
Ótimo	8	14,50
Não mencionado	5	9,10
TOTAL	55	100,00

CONCLUSÃO

A cronicidade da Hipertensão Arterial e do *Diabetes Mellitus* gera grande impacto econômico na sociedade. Os gastos públicos com o tratamento das complicações destas patologias comprometem a busca pelo modelo preventivo.

O atendimento em nível municipal através das unidades de Rede Básica de Saúde é fundamental para o desenvolvimento das estratégias que possibilitem a atenção a um quantitativo significativo de portadores.

Na amostra estudada, foram encontrados, em sua maioria, indivíduos do sexo feminino, na terceira idade e uma maior prevalência de Hipertensão Arterial.

Os dados analisados revelam que os benefícios de cadastramento, fornecimento de medicação, consultas regulares, entre outros, têm chegado apenas a uma parcela da população de hipertensos e diabéticos, contrariando o objetivo primordial de ampliação da cobertura dos Programas e reduzindo os avanços para a saúde pública em relação à atenção aos portadores de patologias crônicas.

As tentativas sem êxito de inscrição nos Programas contribuem para a redução do contingente de beneficiários, podendo aumentar, então, o número de complicações e incapacitações derivadas do não tratamento do DM e HA.

Alcançar uma atenção de qualidade aos portadores com abrangência expressiva significaria proporcionar à população uma assistência à saúde digna. Se essa atenção se estendesse cada vez mais, os gastos públicos com internações prolongadas, tratamentos de emergência e aposentadorias precoces seriam reduzidos significativamente e os benefícios à saúde pública, mesmo que em longo prazo, seriam inúmeros.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*. Brasília (DF): Secretaria de Políticas de Saúde; 2001.

2. Schoen FJ. Os vasos sanguíneos. In: Kumar V, Abbas A, Fausto N. Patologia: bases patológicas das doenças. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. p. 537-81.
3. Anderson JW. Tratamento nutricional do diabetes *mellitus*. In: Shils E, Olson JA, Shike M, Ross AC. Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença. 9ª ed. v.2. Barueri (SP): Manole; 2003. p. 1459-70.
4. Prefeitura do Rio de Janeiro (Br). Suplemento Especial de Saúde. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD 2003. [site de Internet] [citado em 10 abr. 2006] Disponível em: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br>.
5. Silva Junior JBS, Gomes FBC, Cezário AC, Moura L. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 289-311.
6. Ramos ACMF, Seixas TC, Rocha CRM, Ávila RT. O programa de controle da hipertensão arterial no sistema público de saúde do Município do Rio de Janeiro. [site de Internet] [citado em 10 abr. 2006]. Disponível em: <http://www.socerj.org.br/revista/abr-2003/art06.pdf>.
7. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Políticas Públicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Rev Saúde Pública. [SciELO-Scientific Economic Library Online] 2001; 35: 06. [citado em 10 abr. 2006]. Disponível em: <http://www.scielo.br>.
8. Ministério da saúde (Br). Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica: hipertensão e diabetes. Portaria nº 371/GM de 04 de março de 2002. [site de Internet] [citado em 10 abr. 2006]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/hipertensãodiabetes/portaria_371.php.
9. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.; 1999.
10. Polit, DF. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Tradução de Ana Thorell. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.
11. Ministério da Saúde (Br). Fundação Oswaldo Cruz. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Brasília (DF): MS/Fiocruz; 1996.
12. Rouquayrol, MZ, Barreto M. Abordagem descritiva em epidemiologia. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 83-121.