



Regiany Paula Gonçalves de Oliveira
Reginaldo Gonçalves de Oliveira Filho
(Organizadores)

Revisão da Teoria e da **Prática Médica**

**Atena**
Editora
Ano 2019

Regiany Paula Gonçalves de Oliveira
Reginaldo Gonçalves de Oliveira Filho
(Organizadores)

Revisão da Teoria e da Prática Médica

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Geraldo Alves
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof.ª Dr.ª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
R449	Revisão da teoria e da prática médica [recurso eletrônico] / Organizadores Regiany Paula Gonçalves de Oliveira, Reginaldo Gonçalves de Oliveira Filho. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Revisão da Teoria e da Prática Médica; v. 1) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-606-5 DOI 10.22533/at.ed.065190309 1. Médicos – Prática. 2. Medicina – Pesquisa – Brasil. I. Oliveira, Regiany Paula Gonçalves de. II. Oliveira Filho, Reginaldo Gonçalves de. III. Série. CDD 610.696
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

Parafraseando um dos médicos mais brilhantes de toda história, considerado por muitos como o pai da medicina moderna, Sir Clàude Bernard, a Medicina é a ciência das verdades efêmeras e a arte das incertezas; tal máxima expressa o cerne da Medicina Baseada em Evidências.

Com o advento das tecnologias, o volume de informações se multiplica exponencialmente e a competitividade imposta pelo mercado de trabalho nos propõe que sejamos profissionais cada vez mais atualizados.

Posto isso, para que fiquemos afastados do “*burn out*”, devemos nos valer de ferramentas que otimizem o nosso tempo e, ao mesmo tempo, nos ofereça o diferencial que precisamos para impulsionar nossa vida profissional.

Neste contexto, coletâneas como a proposta pela Atena Editora em “Revisão da Teoria e Prática Médica” apresentam-se como uma opção contemporânea, prática e multidisciplinar. Dividido em dois volumes, o primeiro enfatiza trabalhos em Medicina Paliativa, Estratégia em Saúde da Família, Obstetrícia, Toxicologia e Parasitologia.

Ao decorrer destes capítulos serão expostos trabalhos de diversos autores que contribuíram com o desenvolvimento da ciência em suas respectivas áreas, tornando assim, principalmente pela pluralidade, este material único e especial.

Desejamos-lhe uma boa leitura!

Regiany Paula G. de Oliveira
Reginaldo G. de Oliveira Filho

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
VALIDAÇÃO DE ESCALAS PSICOMÉTRICAS DE QUALIDADE DE VIDA EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	
<i>Jônatas Ferreira de Sá</i> <i>Andréia Carla Sarubi Lobo</i> <i>Bruno Luis Nunes da Silva</i> <i>Isaac Daniel França Corado</i> <i>Larissa Tsukuda</i> <i>Marcello Bertoldi Sanchez Neves</i> <i>Taiza de Oliveira Zago</i> <i>Juliana Dias Reis Pessalácia</i>	
DOI 10.22533/at.ed.0651903091	
CAPÍTULO 2	13
PAPEL DOS FISIOTERAPEUTAS ONCOLÓGICOS NOS CUIDADOS PALIATIVOS EFETUADOS EM CRIANÇAS COM CÂNCER: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	
<i>Wellington Jose Gomes Pereira</i> <i>Simone Cristina Pires Domingos</i> <i>Cristiane Gonçalves Ribas</i> <i>Edson Cit junior</i> <i>Sonia Aparecida de Almeida Brito</i>	
DOI 10.22533/at.ed.0651903092	
CAPÍTULO 3	26
DESORDENS MENTAIS PROVOCADAS PELA SÍNDROME DE ALIENAÇÃO PARENTAL	
<i>Irismar Pereira</i> <i>Adailson Silva Moreira</i> <i>Silvia Araújo Dettmer</i> <i>Elton Fogaça Costa</i>	
DOI 10.22533/at.ed.0651903093	
CAPÍTULO 4	38
ESTIGMATIZAÇÃO E ARTE: A REPRESENTAÇÃO ARTÍSTICA DA LEPROSA EM PINTURAS DE BRUEGEL – O VELHO	
<i>Wenberger Lanza Daniel De Figueiredo</i> <i>Diego Monteiro de Carvalho</i>	
DOI 10.22533/at.ed.0651903094	
CAPÍTULO 5	44
UP, ALTAS AVENTURAS E O ENVELHECIMENTO ATIVO	
<i>Luis Eduardo Gloss de Moraes Marquardt</i> <i>Anelise Côbo Prata</i> <i>Caroline Gabriela Xavier Ferreira</i> <i>Ellen Moreira Cordeiro</i> <i>Fernando Sugimoto</i> <i>Adailson da Silva Moreira</i>	
DOI 10.22533/at.ed.0651903095	

CAPÍTULO 6	55
ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL PARA PREVENÇÃO DA OCORRÊNCIA E RECIDIVA DE UROLITÍASE	
<i>Priscylla Tavares Almeida</i>	
<i>Maria Auxiliadora Macêdo Callou</i>	
DOI 10.22533/at.ed.0651903096	
CAPÍTULO 7	59
ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DOS CUIDADORES NO MANEJO DE PACIENTES SEQUELADOS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	
<i>Kleitton Ferreira Sousa</i>	
<i>Pedro Henrique Rocha Martins</i>	
<i>Aldicleya Lima Luz</i>	
DOI 10.22533/at.ed.0651903097	
CAPÍTULO 8	69
PERFIL FARMACOLÓGICO DE PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNIAS NÃO- TRANSMISSÍVEIS (DCNT)	
<i>Danielle Cristina Tonello Pequito</i>	
<i>Monica Mussolini Larroque</i>	
<i>Silvana Cristina Pando</i>	
<i>Jessica Penha Passos</i>	
<i>Letícia Nunes Gontijo</i>	
<i>Letícia Ferreira Amaral</i>	
<i>Rusllan Ribeiro de Paiva Ferreira</i>	
<i>Josnei De Menech</i>	
<i>Laisa Mansano</i>	
<i>Luiz Gustavo Bernardes</i>	
<i>Laís Queiroz Moraes</i>	
<i>Julie Massayo Maeda Oda</i>	
DOI 10.22533/at.ed.0651903098	
CAPÍTULO 9	81
PERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ DO CÂMPUS JOÃO UCHÔA – RJ SOBRE A IMPORTÂNCIA DA SUA INSERÇÃO NA PRÁTICA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	
<i>Tereza Claudia de Andrade Camargo</i>	
<i>Amanda Aparecida da Silva Machado</i>	
<i>Vitoria Sousa Melo de Oliveira</i>	
DOI 10.22533/at.ed.0651903099	
CAPÍTULO 10	90
RELATO DE EXPERIÊNCIA: CONTRIBUIÇÃO DO GENOGRAMA E ECOMAPA PARA A EFETIVIDADE DAS AÇÕES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	
<i>Amany Hatae Campoville</i>	
<i>Stephanie Moreira</i>	
<i>Karine Bianco da Cruz</i>	
<i>Marcelo Kwiatkoski</i>	
<i>Tatiana Carvalho Reis Martins</i>	
DOI 10.22533/at.ed.06519030910	

CAPÍTULO 11	98
O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE DIABÉTICOS NO SUDOESTE DO MARANHÃO E UMA RELAÇÃO ENTRE O USO DA GLIBENCLAMIDA E O INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	
<i>Pedro Henrique Rocha Martins</i>	
<i>Kleitton Ferreira Sousa</i>	
<i>Guilherme Cartaxo de Sousa Melo</i>	
DOI 10.22533/at.ed.06519030911	
CAPÍTULO 12	111
O VENENO DE JARARACA E OS INIBIDORES DA ENZIMA CONVERSORA DE ANGIOTENSINA	
<i>Álvaro Hadad Filho</i>	
DOI 10.22533/at.ed.06519030912	
CAPÍTULO 13	123
PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS DO HIPERDIA SOBRE QUALIDADE DE VIDA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, EM OLINDA, PERNAMBUCO	
<i>Moab Duarte Acioli</i>	
<i>Mariana Beatriz Silva Torres Galindo</i>	
<i>Gabrielle Lins Serra</i>	
<i>Bárbara Azevedo Neves Cavalcanti</i>	
DOI 10.22533/at.ed.06519030913	
CAPÍTULO 14	135
SUSPEIÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS ENTRE MULHERES USUÁRIAS DO PROGRAMA HIPERDIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM OLINDA	
<i>Moab Duarte Acioli</i>	
<i>Gabrielle Lins Serra</i>	
<i>Bárbara Azevedo Neves Cavalcanti</i>	
<i>Mariana Beatriz Silva Torres Galindo</i>	
DOI 10.22533/at.ed.06519030914	
CAPÍTULO 15	146
DISTRIBUIÇÃO DE NASCIMENTO POR VIA VAGINAL E CESÁRIA NO ESTADO DO PARÁ	
<i>Talita Pompeu da Silva</i>	
<i>Flávia Andrea Costa Silva;</i>	
<i>Juliane Serrão Bitencourt</i>	
<i>Kleber Augusto Fernandes de Moraes</i>	
<i>Tyanna Maria Bonfim de Moraes</i>	
<i>Raphael Caetano Rosa Abreu</i>	
DOI 10.22533/at.ed.06519030915	
CAPÍTULO 16	158
RELATO DE EXPERIÊNCIA DO V MUTIRÃO DE SÍNDROME DE ZIKA CONGÊNITA DO ESTADO DO CEARÁ	
<i>Erlane Marques Ribeiro</i>	
<i>Joana Amaral Acioly</i>	
<i>Érika Suyane Freire</i>	
DOI 10.22533/at.ed.06519030916	

CAPÍTULO 17	164
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E A PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA: REVISÃO INTEGRATIVA	
<i>Vitoria Christini Araújo Barros</i>	
<i>Rita de Cássia Sousa Lima Neta</i>	
<i>Dailane Ferreira Sousa</i>	
<i>Carolina Heitmann Mares Azevedo Ribeiro</i>	
<i>marcelino Santos Neto</i>	
<i>Janaina Miranda Bezerra</i>	
DOI 10.22533/at.ed.06519030917	
CAPÍTULO 18	174
A EPISIOTOMIA COMO PRÁTICA ROTINEIRA NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO	
<i>Jônatas Ferreira de Sá</i>	
<i>Isaac Daniel França Corado</i>	
<i>Larissa Tsukuda</i>	
<i>Letícia Costa Coêlho</i>	
<i>Taiza de Oliveira Zago</i>	
<i>Renata Campos de Pieri</i>	
<i>Vitor Ricobello Tavares</i>	
DOI 10.22533/at.ed.06519030918	
CAPÍTULO 19	186
SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON EM UM PACIENTE COM ARTRITE GOTOSA: UM RELATO DE CASO	
<i>Marcus Henrique Bandeira Dourado</i>	
<i>Murilo Lima Diniz Barbosa Romero</i>	
<i>Renata Brito Marinho</i>	
<i>João Menezes Júnior</i>	
<i>Aldicléya Lima Luz</i>	
DOI 10.22533/at.ed.06519030919	
CAPÍTULO 20	187
CINQUENTA ANOS DA LAGOQUILASCARIÁSE NO BRASIL (1968-2018)	
<i>Darlan Moraes Oliveira</i>	
<i>Jussara da Silva Nascimento Araújo</i>	
<i>Alice Silau Amoury Neta</i>	
<i>Jael Sanches Nunes</i>	
DOI 10.22533/at.ed.06519030920	
CAPÍTULO 21	192
LEISHMANIOSE VISCERAL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS EM HUMANOS	
<i>Tyanna Maria Bonfim de Moraes</i>	
<i>Cecilma Miranda de Sousa Teixeira</i>	
<i>Raphael Caetano Rosa Abreu</i>	
<i>Talita Pompeu da Silva</i>	
<i>Kleber Augusto Fernandes de Moraes</i>	
DOI 10.22533/at.ed.06519030921	

SOBRE OS ORGANIZADORES.....	202
ÍNDICE REMISSIVO	203

PERFIL FARMACOLÓGICO DE PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS (DCNT)

Danielle Cristina Tonello Pequito

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
(UFMS), Campus de Três Lagoas
Três Lagoas – MS

Monica Mussolini Larroque

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
(UFMS), Campus de Três Lagoas
Três Lagoas – MS

Silvana Cristina Pando

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
(UFMS), Campus de Três Lagoas
Três Lagoas – MS

Jessica Penha Passos

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
(UFMS), Campus de Três Lagoas
Três Lagoas – MS

Letícia Nunes Gontijo

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
(UFMS), Campus de Três Lagoas
Três Lagoas – MS

Letícia Ferreira Amaral

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
(UFMS), Campus de Três Lagoas
Três Lagoas – MS

Rusllan Ribeiro de Paiva Ferreira

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
(UFMS), Campus de Três Lagoas
Três Lagoas – MS

Josnei De Menech

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
(UFMS), Campus de Três Lagoas
Três Lagoas – MS

Laisa Mansano

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
(UFMS), Campus de Três Lagoas
Três Lagoas – MS

Luiz Gustavo Bernardes

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
(UFMS), Campus de Três Lagoas
Três Lagoas – MS

Laís Queiroz Moraes

Secretaria Municipal de Saúde de Três Lagoas
Três Lagoas – MS

Julie Massayo Maeda Oda

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
(UFMS), Campus de Três Lagoas
Três Lagoas – MS

RESUMO: As doenças crônicas não-transmissíveis são consideradas, na atualidade, uma epidemia. Representam grande parte das internações hospitalares, gerando custo elevado ao sistema de saúde. Complicações a longo prazo ocorrem nestas doenças acarretando perda de mão-de-obra e, como consequência da capacidade produtiva. Dentre os exemplos de doenças crônicas incluem-se hipertensão, diabetes, neoplasias e doenças respiratórias crônicas, entre outras. Intervenções não-farmacológicas, como mudança de hábitos de vida, podem ser suficientes para alguns pacientes, por alterarem fatores de risco.

Entretanto, a maioria dos casos requer um esquema de tratamento farmacológico. Diversas classes de fármacos são utilizadas e, muitas vezes o tratamento exige a associação de medicamentos de diferentes classes, o que pode aumentar o risco de efeitos adversos e reduzir a adesão ao tratamento. A reduzida eficácia terapêutica compromete o tratamento e pode resultar na piora do quadro clínico e da qualidade de vida do paciente. Desta forma, o objetivo deste trabalho foi avaliar o perfil de fármacos prescritos em unidades de saúde do Município de Três Lagoas, MS, Brasil. Este estudo transversal permitiu a determinação dos principais medicamentos utilizados em cada doença crônica considerada, tais como hipertensão, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, dislipidemias e transtornos mentais.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças crônicas, medicamentos, prescrição

PHARMACOLOGICAL PROFILE OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASE PATIENTS

ABSTRACT: Chronic non-communicable diseases are now considered an epidemic. They represent a large part of hospital admissions, generating a high cost to the health system. Long-term complications occur in these diseases leading to loss of labor and, as a consequence of, productive capacity. Examples of chronic diseases include hypertension, diabetes, neoplasias and chronic respiratory diseases, among others. Non-pharmacological interventions, such as changes in lifestyle, may be sufficient in some patients because they change risk factors. However, there may be a need for pharmacological treatment. Several classes of drugs are used and often treatment requires the combination of drugs of different classes, which may increase the risk of adverse effects and reduce adherence to treatment. Reduced therapeutic efficacy compromises treatment and may result in worsening of clinical picture and quality of life of the patient. Thus, the objective of this work is to evaluate the profile of drugs prescribed in health units of the Municipality of Três Lagoas, MS, Brazil. This cross-sectional study allowed the determination of the main drugs used in each chronic disease, such as hypertension, diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, asthma, dyslipidemias and mental disorders.

KEYWORDS: Chronic diseases, medicines, prescription

1 | INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas as principais causas de óbito no Brasil e no mundo, gerando aumento de casos de morte prematura, redução ou perda da qualidade de vida, além de prejuízos econômicos e sociais para famílias, comunidades e sociedade. Os óbitos estão principalmente relacionados a doenças do aparelho circulatório, doenças respiratórias crônicas, diabetes, e câncer, todas elas com alta prevalência nas camadas mais pobres da população (LOBO et al., 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Um dos principais fatores de risco para DCNT é a hipertensão arterial sistêmica

(HAS). Contudo, esta condição é tratável e quando controlada corretamente pode retardar e até mesmo evitar o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Neste sentido a utilização de fármacos e suas combinações tem demonstrado ser uma das estratégias custo-efetiva de grande relevância.

As principais classes de anti-hipertensivos utilizados são: antagonistas de angiotensina II, betabloqueadores, bloqueadores de canais de cálcio, diuréticos tiazídicos e inibidores da enzima conversora de angiotensina (iECA). O tratamento medicamentoso pode ser realizado por meio da associação de dois ou mais anti-hipertensivos ou pela monoterapia (MENGUE et al., 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Outra importante DCNT é a diabetes que trata-se de uma doença crônica que requer tratamento e monitoramento contínuos para reduzir a morbidade e a mortalidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que glicemia elevada é o terceiro fator, em importância, para a causa de mortalidade prematura, superada apenas por pressão arterial aumentada e uso de tabaco (MUHURI; MACHLIN, 2018; SBD 2017).

As doenças respiratórias crônicas (DRC) representam cerca de 7% da mortalidade global (GOULART, 2011). Essas doenças acarretam limitações físicas, emocionais e intelectuais, gerando consequências negativas na qualidade de vida do paciente e de sua família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). As principais DRC são a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), os estados alérgicos, a hipertensão pulmonar, algumas doenças relacionadas ao processo de trabalho e a asma, sendo esta última a mais comum (GOULART, 2011).

A DPOC é reconhecida como um problema da saúde pública. Trata-se de uma das principais causas de morbidade crônica e mortalidade, no Brasil e no mundo (MENEZES et al, 2005). A DPOC é definida como uma doença respiratória prevenível e tratável, caracterizada pela obstrução crônica do fluxo aéreo, geralmente progressiva e não totalmente reversível, manifestada por sinais e sintomas como dispneia, tosse e expectoração (VESTBO et al. 2013).

Tanto a asma quanto a DPOC são doenças crônicas tratáveis, e, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de DPOC do Ministério da Saúde inclui as seguintes classes de medicamentos: 1) broncodilatadores de curta ação (salbutamol e fenoterol - em monoterapia) para os pacientes sintomáticos; 2) broncodilatadores de longa ação (LABA) (salmeterol e formoterol - em monoterapia) para os portadores de DPOC em estágio avançado (III e IV) que persistem sintomáticos e com limitação funcional significativa; 3) corticosteróides inalatórios (ICS) (budesonida e beclometasona – em monoterapia) e 4) LABA + ICS (formoterol + budesonida) para os pacientes com DPOC moderada a grave e, por fim, incluem 5) corticosteróides orais (prednisona) para pacientes graves que não respondem aos demais medicamentos (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2011).

Outra importante vertente dentre as DCNT é relativa aos transtornos psiquiátricos.

Os principais transtornos são: transtornos de ansiedade, transtornos depressivos, esquizofrenia, transtorno bipolar, obsessivo-compulsivo, transtornos do sono-vigília, entre outros (ARAÚJO; NETO, 2014).

Ainda no cenário de saúde mental cerca de 24 milhões de pessoas em todo o mundo com idade superior a 18 anos possui esquizofrenia. Esta costuma ter início em idade precoce, causando perda das habilidades adquiridas. Trabalhos mais recentes, conduzidos com metodologia mais sofisticada, têm apresentado resultados próximos a 1% da população (REGIER et al, 1988). Os principais psicofármacos em uso na atualidade indicados para doenças mentais são: benzodiazepínicos, antidepressivos, antipsicóticos ou neurolépticos e estabilizadores do humor. É importante ressaltar que a utilização desses medicamentos deve ser realizada de maneira racional por conta dos efeitos adversos e dos problemas de saúde relacionados ao seu uso prolongado (BRASIL, 2013b).

Por fim, o acesso gratuito a medicamentos para tratamento das DCNT no SUS tem auxiliado profundamente o tratamento de várias doenças em todo território brasileiro fortalecendo políticas públicas importantes, como a Atenção Básica, o que vem contribuindo na manutenção da qualidade de vida e na redução das complicações e dos óbitos.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo é observacional de delineamento transversal. Foram coletadas informações referentes ao perfil farmacológico de 139 prontuários de unidades de saúde do Município de Três Lagoas, Mato Grosso do Sul (MS). As coletas ocorreram entre os anos de 2015 a 2016, avaliando-se prontuários a partir do ano de 2014. Os critérios de inclusão foram: paciente com idade superior a 18 anos, portador de alguma DCNT, estar cadastrado nas unidades de saúde do município, e ter realizado tratamento com utilização de pelo menos um medicamento para DCNT. Os dados foram analisados com o software Microsoft Excel® e expressos como número de prescrições medicamentosas para cada DCNT considerada. O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o número 1.044.867, em 30 de abril de 2015.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam importante fator causal de morbimortalidade no Brasil, correspondendo a cerca de 72% das causas de morte, no ano de 2007. A transição demográfica aliada ao desenvolvimento econômico e social ocorridas no Brasil podem ter contribuído para este quadro (SCHMIDT et al. 2011). Outro importante aspecto diz respeito à adesão ao tratamento medicamentoso

dos pacientes portadores de DCNT. Sabe-se que a baixa adesão resulta em maior número de hospitalizações e, conseqüentemente em aumento dos gastos públicos (LEMSTRA et al, 2018). Assim, o conhecimento do perfil farmacológico dos pacientes portadores de DCNT pode auxiliar na definição de possíveis fatores que promoveriam baixa adesão ao tratamento.

DCNT	Média de idade feminino	Média de idade masculino
DPOC	67,8 anos	52,4 anos
ASMA	46,5 anos	52,5 anos
DISLIPIDEMIAS	63 anos	45 anos
HIPERTENSOS	61,6 anos	57,5 anos
DIABETES <i>MELLITUS</i>	64,4 anos	53,6 anos
TRANSTORNOS MENTAIS	39,5 anos	32,4 anos

Tabela 01 – Média de idade dos pacientes

Baseado nesse contexto, foram analisados 139 prontuários de pacientes atendidos na atenção básica em saúde da Região Leste do Mato Grosso do Sul que apresentavam algumas das DCNT, a saber hipertensão, transtornos mentais, diabetes *mellitus* e doenças respiratórias crônicas. Na tabela 01 encontram-se as médias de idades, por sexo, dos pacientes portadores das DCNT consideradas no presente estudo. Observou-se que a média de idade para o sexo feminino foi de 57,1 anos e para o sexo masculino foi de 48,9 anos. A média de idade de pacientes portadores de transtornos mentais foi menor (35,9 anos) comparados aos portadores das demais DCNT (Tabela 01). MULÈ et al (2017) encontraram, na população italiana, que a média de idade do primeiro contato com serviços psiquiátricos foi de 28 anos, para todos os tipos de psicoses, sendo menor nos homens (26,5 anos) do que nas mulheres (32,5 anos). Na tabela 02 encontram-se as distribuições dos fármacos prescritos para hipertensão, diabetes e dislipidemias, na tabela 03 encontram-se os fármacos prescritos para as doenças respiratórias crônicas e a tabela 04 demonstra os fármacos de atuação no sistema nervoso central. Deste total, 56,8% (n=79) consistiram em prontuários de pacientes hipertensos, 14,4% (n=20) de pacientes com transtornos mentais, 9,3% (n=13) de pacientes diabéticos, 11,5% (n=16) de pacientes com doenças respiratórias crônicas (sendo, n=12 para DPOC e n=4 para asma) e 7,9% (n=11) de pacientes portadores de dislipidemias.

Considerando-se os fármacos prescritos para os pacientes com as diversas patologias supracitadas, os hipertensos corresponderam ao maior número analisado (n=79), constando de 197 prescrições. Hidroclorotiazida teve 23,8% das prescrições (n=47) (Tabela 02). Hidroclorotiazida é um diurético tiazídico que atua por meio do aumento na excreção urinária de sódio e, conseqüentemente promovem redução do volume de líquido extracelular (LEC). (FUCHS; WANNMACHER, 2017; MALACHIAS

et al, 2016). Diuréticos, como um dos fármacos para tratamento de primeira linha na HAS, são fármacos bem tolerados e com considerável relação custo-benefício. Possuem boas evidências na redução de eventos cardiovasculares (BRASIL, 2013; BURNIER et al, 2019). Diuréticos tiazídicos podem ser considerados agentes preferenciais para a HAS, em monoterapia, no início do tratamento, em casos indicados (MALACHIAS et al, 2016). Losartana foi outro fármaco com elevado número de prescrições (22,3%) (Tabela 02). É um fármaco da classe dos antagonistas do receptor de angiotensina. Agem por meio do bloqueio da ação da angiotensina II, a qual promove vasoconstrição e aumento da liberação de aldosterona, ocasionando retenção de sal e água, ao atuar em receptores específicos. A angiotensina II apresenta importantes efeitos proliferativos, que contribuem para as complicações associadas à HAS (FUCHS; WANNMACHER, 2017; MALACHIAS et al, 2016). Considera-se que o sistema renina-angiotensina-aldosterona atue de forma regulatória e contribua para o remodelamento ventricular. Eventos proliferativos e fibróticos estão envolvidos e auxiliam na ocorrência de dilatação cardíaca, piorando o prognóstico dos pacientes (SILVA-CARDOSO et al, 2019; REIS FILHO et al, 2015). BERTOLUCI et al (2019) encontraram efeitos benéficos semelhantes entre diuréticos e losartana, como terapêutica inicial, em parâmetros ecocardiográficos.

Assim, o antagonismo à ação da angiotensina II promove efeitos benéficos no controle da pressão arterial e no remodelamento reverso, ou seja, previnem a dilatação cardíaca, além do próprio efeito benéfico advindo do controle da PA (BERTOLUCI et al, 2019; MALACHIAS et al 2016; REIS FILHO et al, 2015). Captopril é um fármaco pertencente à classe dos inibidores da enzima conversora da angiotensina (iECA). A inibição desta enzima acarreta em redução da produção de angiotensina II a partir da angiotensina I (FUCHS; WANNMACHER, 2017). iECA também são utilizados como fármacos preferenciais para HAS, em condições indicadas (MALACHIAS et al, 2016). Estes fármacos também atuam no processo de remodelamento reverso, prevenindo a dilatação cardíaca, como citado para os BRA (REIS FILHO et al, 2015). Fármacos das classes iECA e BRA estão relacionados com desfechos benéficos em pacientes portadores de doença cardiovascular, uma vez que podem promover redução da pré-carga e inibir a proliferação de cardiomiócitos e, assim reduzir o remodelamento cardíaco (GONG et al, 2018).

FÁRMACOS HIPERTENSÃO	N	(%)
Hidroclorotiazida	47	23,86
Losartana	44	22,34
Captopril	24	12,18
Enalapril	14	7,11
Atenolol	14	7,11
Anlodipino	11	5,58
Propranolol	10	5,08
Furosemida	10	5,08
Metildopa	8	4,06

Espironolactona	6	3,05
Nifedipina	4	2,03
Carbidiol	2	1,02
Valsartana	1	0,51
Isossorbida	1	0,51
Verapamil	1	0,51
Total	197	100
FÁRMACOS DIABETES MELLITUS	N	(%)
Metformina	14	60,9
Gliclazida	3	13,04
Glimepirida	1	4,35
Glibenclamida	4	17,39
Insulina	1	4,35
Total	23	100
FÁRMACOS DISLIPIDEMIAS	N	(%)
Sinvastatina	10	90,91
Rosuvastatina	1	9,09
Total	11	100

Tabela 02 – Fármacos prescritos para DCNT

Pode-se considerar que o controle da glicemia é o pilar do tratamento medicamentoso do diabetes *mellitus* (DM). Sabe-se que o descontrole glicêmico pode estar associado com o desenvolvimento das complicações de longo prazo do DM, tais como neuropatia e nefropatia. Assim, ressalta-se a importância do adequado controle glicêmico para evitar-se a ocorrência das complicações crônicas, melhorar a qualidade de vida do paciente e reduzir a mortalidade (BRASIL, 2011). No presente trabalho, metformina foi o fármaco com maior prescrição (60,9%) (Tabela 02). Insulina foi prescrita para um paciente (4,35%, tabela 02), diagnosticado com diabetes insulino-dependente com complicações (cetoacidose) (dados não mostrados). Diversos fatores podem explicar a predominância da metformina no presente estudo. É um fármaco pertencente à classe das biguanidas que é capaz de aumentar a sensibilidade à insulina e reduzir a produção hepática de glicose, assim é um fármaco anti-hiperglicemiante (SBD, 2017). Por ser um fármaco considerado seguro a longo prazo e capaz de reduzir a incidência de desfechos cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio, ela é o fármaco preferencial como primeira escolha farmacológica no tratamento do DM tipo 2. A associação de insulina ou outros agentes antidiabéticos deverão ser considerados, dependendo do paciente e de suas condições (ADA, 2019; BRASIL, 2011).

Para pacientes portadores de dislipidemias, houve a prescrição de sinvastatina (90,9%) e rosuvastatina (9,09%), dois exemplos de estatinas (Tabela 02). O tratamento da dislipidemia, juntamente com a da HAS, é uma importante estratégia para o controle da aterogênese, processo em que o colesterol possui papel-chave na fisiopatologia, principalmente aquele relacionado às lipoproteínas de baixa densidade (LDL-C) (GOLAN et al, 2018; FALUDI et al, 2017). Para a escolha do fármaco, é

importante o conhecimento das alterações de lipídios séricos do paciente, uma vez que as classes terapêuticas de fármacos usados para o tratamento das dislipidemias são definidas de acordo com o tipo de dislipidemia (FALUDI et al, 2017). As estatinas inibem a enzima HMG-CoA redutase (hidroximetilglutaril coenzima A redutase), que participa da biossíntese de colesterol, reduzindo a concentração intracelular de colesterol associado à maior expressão do receptor de LDL. Isto resulta em redução da concentração plasmática de LDL, em virtude de sua maior captação (FUCHS; WANNMACHER, 2017; GOLAN et al, 2018).

Dentre os principais objetivos do tratamento com as estatinas, pode-se considerar sua capacidade em reduzir a ocorrência de eventos cardiovasculares e suas consequências, fatores de impacto positivo na qualidade de vida da população acometida e na queda da mortalidade. A redução de LDL-colesterol, a partir do aumento na expressão do receptor de LDL (LDLR), é um importante fator que explica a eficácia destes fármacos (GOLAN et al, 2018; FALUDI et al, 2017).

Doenças respiratórias crônicas possuem grande impacto na população acometida. O tratamento destas doenças visa a melhora da qualidade de vida do indivíduo acometido. Para o tratamento da asma e da DPOC observou-se predomínio de prescrição de metilxantinas (Tabela 03). Mucolíticos também obtiveram elevado número de prescrições na DPOC (Tabela 03). O objetivo do tratamento da DPOC é o alívio dos sintomas, além da melhora da qualidade de vida, sendo baseado na gravidade da doença. Enquanto o da asma consiste em controle do processo inflamatório e alívio sintomático (BRASIL, 2013a; MENEZES et al, 2011). Metilxantinas possuem efeito broncodilatador por inibição de fosfodiesterase e, conseqüente relaxamento do músculo liso. Além disso, exercem efeitos imunomoduladores que podem ser úteis em pacientes portadores de asma (GOLAN et al, 2018). Possuem estreita janela terapêutica, sendo maior o seu efeito broncodilatador quando em doses mais altas. A teofilina é menos eficaz que os beta 2 – agonistas. O maior número de prescrições pode ser devido ao custo mais baixo deste fármaco e à maior facilidade de administração, uma vez que pode ser administrado via oral (FUCHS; WANNMACHER, 2017).

A hipersecreção de muco é comum em pacientes portadores de asma e DPOC (HILAL-DANDAN; BRUNTON, 2014). A prescrição de mucolíticos sobressaiu-se em pacientes portadores de DPOC no presente estudo. O uso de mucolíticos foi associado somente com melhora na prevenção das exacerbações na DPOC, sem efeitos importantes sobre qualidade de vida, alívio de sintomas (como a dispneia), melhora da função pulmonar e mortalidade (MENEZES et al, 2011).

Formoterol associado a budesonida teve ampla prescrição para pacientes portadores de DPOC (Tabela 03). Formoterol é agonista beta 2 - adrenérgico de longa ação (LABA), enquanto budesonida é corticosteróide. Broncodilatadores são os pilares do tratamento farmacológico da DPOC. A combinação de um fármaco broncodilatador (formoterol) com um corticosteróide (budesonida) melhora a adesão do paciente ao tratamento, pela maior facilidade de administração, além

de promover um efeito sinérgico. Formoterol garante longa ação broncodilatadora enquanto budesonida age no controle da inflamação associada ao quadro crônico (HILAL-DANDAN; BRUNTON, 2014; BRASIL, 2013). A associação de LABA mais corticosteroide inalatório demonstrou melhora sutil dos sintomas, redução da taxa de declínio da função pulmonar e da qualidade de vida, além da prevenção das exacerbações, sem efeitos demonstrados na mortalidade (MENEZES et al, 2011).

FÁRMACO DPOC	N	%
Mucolítico	8	33,33
Metilxantina	7	29,17
Formoterol+Budesonida	5	20,83
B2CA (Salbutamol)	1	4,17
Brometo de ipratrópio	1	4,17
Brometo de tiotrópio	1	4,17
Sulfametoxazol+Trimetoprima	1	4,17
Total	24	33,33
FÁRMACO ASMA	N	%
Metilxantina	4	25
Corticosteróides não inalatórios	4	25
Anti- histamínico	3	18,75
B2CA (Salbutamol)	2	12,5
Mucolítico	2	12,5
Beclometasona+Formoterol	1	6,25
Total	16	100

Tabela 03 – Fármacos prescritos para Doenças Respiratórias

Considerando-se os fármacos prescritos para doenças neuropsiquiátricas (n=48), carbamazepina e clonazepam foram aqueles com maior número de prescrições (12,5%, cada), seguidos por fenitoína e biperideno (8,3%, cada). Carbamazepina e fenitoína agem bloqueando canais de sódio dependentes de voltagem e, assim promovem redução da transmissão sináptica. São fármacos antiepilépticos, indicados para o tratamento das crises epiléticas, uma condição crônica que se caracteriza por atividade neuronal anormal, sendo classificadas como focais/parciais ou generalizadas (FUCHS; WANNMACHER, 2017). Epilepsia é uma condição caracterizada pela predisposição permanente para gerar crises epiléticas (BRASIL, 2018; FUCHS; WANNMACHER, 2017). Neste trabalho eles foram indicados para pacientes com diagnóstico de epilepsia não especificada e convulsões dissociativas, além de um paciente com hemiplegia não especificada e disfasia e afasia, provavelmente decorrentes de AVE. A carbamazepina foi indicada também para um paciente diagnosticado com esquizofrenia paranóide. Outras indicações foram para pacientes sem diagnóstico definido (dados não mostrados). A escolha do fármaco para o tratamento da epilepsia deve ser individualizado e levar em consideração o tipo de crise (BRASIL, 2018; FUCHS; WANNMACHER, 2017). A carbamazepina é considerada um fármaco de primeira linha no tratamento das crises epiléticas focais

(BRASIL, 2018).

O clonazepam é um fármaco pertencente à classe dos benzodiazepínicos (GOLAN et al, 2018). Neste trabalho, ele foi indicado para pacientes diagnosticados com insônia não orgânica, convulsões dissociativas, esquizofrenia, episódio depressivo leve, atrofia cerebral circunscrita e epilepsia não especificada (dados não mostrados). Os benzodiazepínicos podem apresentar efeito hipnótico, sendo capazes de induzir o sono em certas doses, além disso o clonazepam é indicado no tratamento de crises epilépticas (BRASIL, 2018; FUCHS; WANNMACHER, 2017).

O tratamento de escolha para a esquizofrenia são os fármacos antipsicóticos (FUCHS; WANNMACHER, 2017). A Portaria nº 1203, do Ministério da Saúde (2014) não incluiu alguns fármacos não pertencentes à classe dos antipsicóticos, como a carbamazepina e benzodiazepínicos, no Protocolo para Transtornos Esquizoafetivos, pela ausência de evidências clínicas.

Classe	Medicamento	Prescrições	% por Classe
	Ácido Valproico	1	2,1
	Carbamazepina	6	12,5
	Fenitoína	4	8,33
	Fenobarbital	2	4,2
	Oxcarbazepina	1	2,1
	Topiramato	2	4,2
	Amitriptilina	3	6,25
	Fluoxetina	1	2,1
	Imipramina	1	2,1
	Nortriptilina	1	2,1
	Sertralina	3	6,25
	Bromazepam	1	2,1
	Clonazepam	6	12,5
	Diazepam	1	2,1
	Clorpromazina	2	4,2
	Flufenazina	1	2,1
	Haloperidol	1	2,1
	Periciazina	1	2,1
	Risperidona	3	6,25
	Biperideno	4	8,3
	Prometazina	2	4,2
	Tramadol	1	2,1
Total		48	100

Tabela 04 - Fármacos prescritos para Doenças Neuropsiquiátricas

4 | CONCLUSÃO

O conhecimento do perfil de fármacos utilizados para algumas das principais DCNT deve seguir protocolos bem definidos, de acordo com as evidências clínicas

disponíveis. A instituição de regimes terapêuticos inadequados pode resultar em piora do quadro clínico do paciente e abandono da terapêutica. Estes fatores acarretam em maiores gastos públicos. A polifarmácia também é outro fator importante, principalmente em pacientes idosos portadores de diversas condições crônicas. A relação médico-paciente é imprescindível e auxilia na adesão ao tratamento. O levantamento dos fármacos realizado neste trabalho permitiu o estabelecimento do perfil farmacológico para as DCNT consideradas. Isto auxiliará na compreensão de questões referentes à adesão ao tratamento farmacológico, bem como possíveis estratégias para melhorá-la.

REFERÊNCIAS

- American Diabetes Association. 9. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Medical Care in Diabetes 2019. *Diabetes Care* 2019;42(Suppl.1):S90–S102.
- ARAÚJO, A.C.; NETO, F. L. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. Vol. XVI, no. 1, 67 – 82, 2014.
- BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS no 609, de 06 de junho de 2013, retificada em 14 de junho de 2013a. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas. Doença pulmonar obstrutiva crônica.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013b. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). ISBN 978-85-334-2019-9.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos. Portaria Conjunta N° 17, De 21 De Junho De 2018. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Epilepsia.
- BERTOLUCCI et al. Diuréticos são Similares à Losartana na Avaliação Ecocardiográfica de Lesão a Órgãos-Alvo no Estágio I da Hipertensão. Estudo PREVER-Treatment. *Arq Bras Cardiol*. 2019; 112(1):87-90.
- BURNIER, M.; BAKRIS, G.; WILLIAMS, B. Redefining diuretics use in hypertension: why select a thiazide-like diuretic? *Journal of Hypertension* 2019, 37:000–000.
- FALUDI A. A. et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. *Arq Bras Cardiol* 2017; 109(2Supl.1):1-76.
- FUCHS, FD; WANNMACHER, L. Farmacologia clínica e terapêutica. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 5 ed. 2017.
- GOLAN, D. E. et al. Princípios de farmacologia: a base fisiopatológica da farmacoterapia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. ISBN 978-85-277-2599-6.
- GONG, X.; ZHOU, R.; LI, Q. Effects of captopril and valsartan on ventricular remodeling and inflammatory cytokines after interventional therapy for AMI. *EXPERIMENTAL AND THERAPEUTIC MEDICINE* 16: 3579-3583, 2018.

GOULART F.A.A. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os Sistemas de Saúde [Internet]. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2011. [citado 2014 nov 14]. Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf.

HILAL-DANDAN, R.; BRUNTON, L. Manual de farmacologia e terapêutico de Goodman e Gilman. Porto Alegre:AMGH. 2014.

LEMSTRA, M. et al. Primary nonadherence to chronic disease medications: a meta-analysis. *Patient Preference and Adherence* 2018;12 721–731.

LOBO, L.A.C, CANUTO, R, DIAS-DA-COSTA, J.S, PATUSSI, M.P. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2017 33 (6): 1-12 DOI: 10.1590/0102-311X00035316.

MENEZES A.M., PEREZ-PADILLA R., JARDIM J.R., MUIÑO A., LOPEZ M.V., VALDIVIA G., et al. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study. *Lancet*. 2005; 366(9500):1875-81.

MENEZES, A. M. B. et al. Tratamento farmacológico da DPOC. *J Bras Pneumol*. 2011 ;37(4):527-543.

MENGUE, S.S, BERTOLDI, A.D, RAMOS, L.R, FARIAS, M.R, OLIVEIRA, M.A, TAVARES, N.U.L, ARRAIS, P.S.D, LUIZA, V.L, PIZZOL, T,S,D. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 2016, 50 (supl 2): 1-8, DOI: 10.1590/S1518-8787.2016050006154.

MUHURI, P.; MACHLIN, S. Treatment and Monitoring of Adults with Diagnosed Diabetes by Race/ Ethnicity, 2015-2016. *Statistical Brief #518*. December 2018. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.

MULÈ, A. et al. Low incidence of psychosis in Italy: confirmation from the first epidemiological study in Sicily. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017 February ; 52(2): 155–162. doi:10.1007/s00127-016-1322-4.

REGIER D.A; BOYD JH; BURKE JD.Jr; RAE D.S; et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five epidemiologic catchment area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:977-86.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 377(9781):1949-61, 2011.

SILVA-CARDOSO, J. et al. Neurohormonalmodulation: The new paradigma of pharmacological treatment of heart failure. *RevPortCardiol*.2019;38(3):175---185.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Editora Clannad. 2017.

VESTBO J, HURD SS, AGUSTÍ AG, JONES PW, VOGELMEIER C, ANZUETO A, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013; 187(4):347-65. DOI: 10.1164/rccm.201204-0596PP.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis. World Health Day 2013. Geneva: World Health Organization; 2013.

SOBRE OS ORGANIZADORES

Dra Regiany Paula Gonçalves de Oliveira - Graduada em Medicina realizou residência médica em Pediatria pela Universidade Estadual de Londrina (2003); título de especialização em Pediatria pela Sociedade Brasileira de Pediatria; especialização em Preceptoria de Residência Médica no SUS pelo Instituto Sírio Libanês (2017). Atua como médica pediatra no Município de São José dos Pinhais - PR sendo Coordenadora da Pediatria do Hospital e Maternidade São José dos Pinhais e do Programa de Residência Médica de Pediatria da Secretária Municipal de Saúde de São José dos Pinhais - MEC. Médica responsável Técnica da maternidade e do Banco de Leite Humano do município.

Dr Reginaldo Gonçalves de Oliveira Filho - Graduado em Medicina pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Região de Joinville (2013). Pós-Graduado em Medicina de Urgência e Emergência pelo Hospital Israelita Albert Einstein(2015). Mestrando em Bioética com ênfase em Cuidados Paliativos da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Atualmente atua como médico Hospitalista do Serviço de Cuidados Paliativos em Oncologia do Hospital São Vicente - Curitiba/PR.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acidente Vascular Cerebral (AVC) 59, 60, 65, 67, 68, 101
Alienação parental 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37
Alimentação 48, 55, 57, 58, 59, 63, 66, 128, 162
Artrite 9, 186
Atenção primária à saúde 86, 87, 91, 123, 135

B

Bothrops Jararaca 111, 118, 121

C

Captopril 74, 79, 111, 112, 117, 119, 120
Cesárea 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156
Crianças 6, 8, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 26, 28, 29, 31, 32, 35, 37, 158, 159, 160, 161, 162, 175, 185, 194, 196, 197, 199
Cuidadores 1, 2, 4, 7, 8, 9, 10, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 160
Cuidados paliativos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 25

D

Diabetes 48, 56, 69, 70, 71, 73, 75, 79, 80, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 107, 108, 109, 110, 123, 124, 127, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 140, 142, 143, 144, 145
Diabetes Mellitus 73, 75, 99, 103, 109, 110, 123, 124, 127, 132, 133, 135, 136, 137, 145
Doença Rural/Amazônica 187
Doenças crônicas 70, 72, 80

E

Ecomapa 90, 92, 93, 94, 95, 96
Educação em saúde 67, 81, 158
Envelhecimento 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 68, 99
Episiotomia 174, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185
Escala Psicométrica 1, 4, 9
Estigma 38
Estratégia de saúde da família 86, 97, 133

F

Filme 44, 45, 47, 49, 50, 51, 52, 53
Fisioterapia oncológica 14, 21
Formação médica 81, 88, 89

G

Genograma 90, 92, 93, 94, 95, 96, 97
Gestante 147, 148, 156, 169, 170, 171, 198
Glibenclamida 75, 98, 103, 105, 106, 107, 108

H

Hiperdia 103, 123, 124, 125, 126, 128, 129, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 141, 142, 143, 144, 145

Hipertensão arterial 58, 60, 70, 80, 98, 100, 101, 103, 107, 110, 112, 113, 114, 117, 119, 123, 127, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 145

História da medicina 111

Humanização 15, 93, 174, 177, 183, 184

I

Idosos 10, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 65, 66, 67, 68, 79, 104, 127, 130, 133, 137, 141, 142, 145, 196

IECA 105

Infarto 75, 98, 101, 103, 105, 106

L

Lagochilascaris Minor 187, 188, 190, 191

Leishmaniose Visceral 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201

Lepra 38, 39, 40, 42

Litíase Urinária 55, 56

M

Marcadores 38

Medicina preventiva 192, 194

Microcefalia 158, 159, 160

Multidisciplinar 5, 13, 20, 136, 144, 158, 160, 162, 182, 183

Mutirão 158, 160, 162, 163

Mycobacterium Leprae 39

N

Nascimento 9, 25, 146, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 165, 175, 176, 177, 183, 184, 187

Neoplasias 14, 69, 70

P

Parto 146, 147, 148, 149, 155, 156, 157, 171, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 182, 183, 184, 185

Pinturas 38, 39

Pré-Natal 164, 165, 166, 168, 169, 170, 171, 172, 173

Prevenção 19, 47, 55, 56, 57, 58, 76, 77, 79, 83, 91, 93, 96, 101, 105, 117, 137, 144, 162, 166, 171, 172, 197

Q

Qualidade de vida 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 18, 19, 23, 24, 34, 44, 46, 47, 48, 50, 51, 53, 54, 57, 65, 70, 71, 72, 75, 76, 77, 95, 96, 99, 102, 123, 124, 125, 126, 128, 129, 130, 132, 133, 134, 135, 137, 141, 142, 143, 144, 145, 177

R

Risco 25, 47, 48, 50, 52, 56, 57, 69, 70, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 107, 108, 110, 126, 130, 137, 138, 139, 140, 141, 143, 147, 155, 164, 166, 170, 172, 174, 175, 178, 180, 181

S

Saúde mental 32, 34, 35, 47, 51, 53, 72, 79, 100, 123, 125, 126, 131, 135

Saúde pública 16, 25, 54, 56, 71, 80, 86, 97, 133, 142, 144, 145, 147, 150, 156, 157, 159, 163, 165, 168, 173, 192, 200

Senescência 44, 46, 47, 52

Sífilis 164, 165, 166, 168, 169, 170, 171, 172, 173

Síndrome 9, 22, 26, 27, 28, 32, 33, 34, 35, 36, 56, 60, 100, 101, 109, 158, 159, 160, 161, 163, 186

Síndrome da Zika Congênita 158

Sistema Renina-Angiotensina 74, 111, 112, 113, 114, 117, 118, 119

T

Transtornos Mentais 27, 51, 70, 73, 79, 126, 135, 137, 138, 139, 140, 141, 143, 144, 145

V

Vaginal 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 175, 176, 178, 181, 183

Violência obstétrica 174, 184

Visita domiciliar 90, 92, 94

Z

Zika Vírus 158, 163

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-606-5

