



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

Alexandre Wagner Cardoso Ferreira

Educação em Saúde e Acompanhamento de Pacientes
Portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis na
Comunidade Engenho da Rainha na Cidade do Rio de
Janeiro-RJ

Florianópolis, Março de 2023

Alexandre Wagner Cardoso Ferreira

Educação em Saúde e Acompanhamento de Pacientes Portadores
de Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Comunidade Engenho
da Rainha na Cidade do Rio de Janeiro-RJ

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: Silvia Mônica Bortolini Braga
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Alexandre Wagner Cardoso Ferreira

Educação em Saúde e Acompanhamento de Pacientes Portadores
de Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Comunidade Engenho
da Rainha na Cidade do Rio de Janeiro-RJ

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

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Silvia Mônica Bortolini Braga
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: Na comunidade Engenho da Rainha foi detectada alta prevalência de pacientes hipertensos e diabéticos. Muitos destes pacientes encontravam-se com dificuldade para aderir ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, sem o adequado acompanhamento e alguns com pseudos diagnósticos. **Objetivo:** implementar ações em promoção de saúde que visem diminuir a incidência de casos de hipertensão, diabetes e suas complicações, assim como promover melhor adesão aos tratamentos propostos, mudança no estilo de vida, cessação do tabagismo e abuso de bebidas alcoólicas. **Metodologia:** Projeto de intervenção, direcionado primeiramente a equipe técnica sendo propostas atividades voltadas para reciclagem, capacitação, atualização em condutas e adequado acompanhamento e segmento dos pacientes acometidos por doenças crônicas não transmissíveis. No que tange o acompanhamento dos pacientes, serão implementadas ações voltadas para promoção e educação em saúde, para que esses pacientes possam compreender essas doenças, aderir aos tratamentos propostos, como práticas esportivas supervisionados, grupos de nutrição e orientação dietéticas, cessação de tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas. **Resultados Esperados:** Oferecer atendimento para população com equipe técnica qualificada e proporcionar educação em saúde para pessoas com diabetes e hipertensão visando aumento de conhecimento acerca das doenças. Contudo, espera-se diminuir casos de internação por estas doenças diminuindo gastos públicos e melhorando a qualidade de vida e autocuidado dos pacientes.

Palavras-chave: Abandono do Hábito de Fumar, Adesão ao tratamento medicamentoso, Diabetes Mellitus, Doenças Cardiovasculares, Hipertensão

Sumário

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

1 Introdução

Início essa atividade apresentando a comunidade onde atuo como médico. Estou atualmente alocado no município do Rio de Janeiro, no bairro Engenho da Rainha, local que era habitado por índios Tamoios que deixaram como herança vários nomes de ruas neste bairro. A origem do nome Engenho da Rainha se deu pelo fato deste bairro ser parte da fazenda da Rainha Carlota Joaquina, que tinha como atividades comerciais o engenho de cana-de-açúcar e o plantio de café, a mão-de-obra na época era escravista. A unidade está formada por vários profissionais. Temos 7 equipes de atendimento, porém, todas estão desfalcadas, onde atualmente atuam 5 médicos (contando comigo), 4 enfermeiras, 7 técnicos de enfermagem e vários agente comunitários de saúde. A equipe odontológica está formada por 2 dentistas, 2 técnicas e 3 auxiliares.

A minha equipe está formada por 7 pessoas, sendo 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnico de enfermagem e 4 agentes comunitários de saúde. A equipe tem sido bem aceita pela comunidade e seguimos trabalhando para melhorar a cada dia o atendimento e demandas desta comunidade. É reconfortante e prazeroso poder atender essas pessoas e vermos nos olhares de cada um, o agradecimento pela pequena ajuda que por nós foi ofertada.

A comunidade em si é em sua maioria vulnerável, grande parte dos moradores não contam com serviços básicos de saneamento e esgoto. Muitas famílias relataram que o abastecimento de água e energia elétrica são feitos por eles mesmos sem autorização ou regulação da empresa fornecedora, visto isso pode-se subentender que há um grande risco de contaminação desta água e riscos de choques elétricos pela precariedade das redes de energia criadas por esses moradores. O bairro conta com coleta de lixo, porém muitos moradores reclamam que outros moradores descartam o lixo na própria rua, colaborando para a disseminação de doenças e atraindo vetores e animais peçonhentos para a região. Muitas casas são denominadas barracos, pois são extremamente precárias e sem condições alguma de moradia, outras estão alicerçadas em áreas de risco.

Atualmente temos enfrentado dificuldade em relação a educação sanitária, esse tem sido nosso maior desafio. A educação em saúde será nosso principal foco nesta jornada, pois em meu diagnóstico social percebi que essa comunidade carece de educação sanitária básica, como por exemplo a importância de lavar as mãos, os alimentos, o consumo de água filtrada ou fervida, o corte das unhas, descarte do lixo, etc...Com a chegada da pandemia muitos pacientes começaram a entender a necessidade de lavar as mãos e vemos que apresentaram alguma melhora neste sentido. Ainda há muito por realizar, mas seguimos em frente trabalhando juntos com a comunidade.

A população da área de abrangência da CF Bibi Vogel, localizada no município do Rio de Janeiro, segundo dados atualizados pela secretaria municipal de saúde até o dia 10 de julho deste ano é de aproximadamente 23.150 pessoas, sendo de 0 -14 = 4.226 crianças,

15-19 = 1.618 adolescentes, 20-59 = 24.651 adultos e de 60 em diante 4281 idosos.

Taxa de mortalidade por doenças crônicas (HAS/DM): 62,5%, sendo 4 óbitos por DM + 6 óbitos por HAS = $10 \times 100 /$ número de óbitos 16.

A prevalência de pacientes HAS é de 17,32%, sendo o cálculo da prevalência número de casos HAS (4010) $\times 100 /$ 23150.

Temos atualmente registrados 13 pacientes identificados com HIV em tratamento (com a mudança de sistema alguns dados foram perdidos). A incidência de diabetes em idosos > 60 anos é de 20,4 casos para cada 100 habitantes, sendo número de casos novos de DM (877) $\times 100 /$ número de idosos > 60 anos (4281).

As queixas de consulta mais comuns que recebemos são relacionadas as doenças crônicas como HAS e DM, IST's e alguns casos de TB pulmonar, entre outras temos muitas gestantes realizando pré-natal que apresentam sífilis gestacional, relacionada a pediatria as queixas mais comuns são referentes as IVAS, infecções de pele e diarreia.

Os principais agravos e doenças que ao meu ponto de vista merecem destaque são as doenças crônicas não infecciosas como hipertensão arterial e diabetes mellitus, visto que causam diversas complicações que acabam invalidando e incapacitando estes pacientes que ao longo da vida tendem a gerar um maior gasto público com o tratamento das complicações provocadas e afetam diretamente a qualidade de vida dos mesmos.

As doenças crônicas HAS e DM em adultos e idosos, realmente somam a maioria dos nossos atendimentos diários. Existe uma grande dificuldade de adesão ao tratamento, visto que muitos dos nossos pacientes não são alfabetizados e dependem de outras pessoas para fazerem o uso correto das medicações. A presença de complicações também provocam uma série de outros problemas a estes pacientes, como retinopatias, nefropatias, sequelas de AVE's, Insuficiência cardíaca, amputações e etc...

Constantemente os nossos trabalhos são dirigidos baseado nos dados epidemiológicos, priorizamos o atendimento dos pacientes diabéticos, hipertensos, tuberculosos, idosos, crianças menores de 2 anos e gestantes. O nosso agendamento é feito conforme o tipo da patologia base, estado da doença, idade, etc... e isso se deve aos dados epidemiológicos que são coletados em cada consulta e visitas realizadas pelos agentes de saúde.

Pudemos identificar a partir de nossas avaliações baseadas na percepção pessoal e da equipe em consultas diárias que os maiores problemas detectados na população, através do diagnóstico social e epidemiológico, que está sendo assistida por nós se tratam das doenças crônicas que lideram a lista de problemas obtidos em nossas consultas, mas como agravo temos outras doenças que são resultantes da falta de educação em saúde, falta de higiene, saneamento básico e coleta de lixo, como por exemplo como por exemplo as doenças sexualmente transmissíveis, escabiose, infecções de pele secundárias, as diarreias infecciosas e outras. Durante nosso dia a dia sempre avaliamos as questões de vulnerabilidade para determinar nossa conduta e estabelecermos os desafios para logarmos o êxito na promoção da saúde em particular a cada paciente atendido.

Destacamos então o ALTO ÍNDICE DE DOENÇAS CRÔNICAS (HAS E DM) como um problema atual, terminal, de baixo controle, estruturado.

A prevalência de pacientes HAS é de 17,32%, sendo o cálculo da prevalência número de casos HAS (4010) x 100/ 23150. A incidência de diabetes em idosos > 60 anos é de 20,4 casos para cada 100 habitantes, sendo número de casos novos de DM (877) x 100/ número de idosos >60 anos (4281).

Diante dos dados expostos, vemos o tema das doenças crônicas como de suma importância para a saúde pública local e nacional. Vejo também que é um trabalho que depende não só apenas dos pacientes, mas de nós profissionais da saúde, pois através de nossos esforços unidos poderemos impactar diariamente a cada paciente gerando mudança na vida e gerando qualidade a cada um de nossos usuários. Visamos a oportunidade de mudança neste momento em que temos grande exposição ao risco enfrentando por estes pacientes, diante desta pandemia que temos enfrentado, ademas é de grande interesse de nossa unidade de saúde gerar qualidade de vida a estas pessoas e comunidade.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Implementar ações que visem diminuir a incidência de novos casos de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) otimizando o controle e acompanhamento destes pacientes na Clínica de Família Bibi Vogel na cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

2.2 Objetivos específicos

1. Melhorar a acurácia no diagnóstico de HAS e DM, descartando pseudos diagnósticos e outras causas, como por exemplo a correção da técnica para aferimento da pressão arterial.
2. Orientar no momento do diagnóstico a importância de manter controlada a doença, adoção de medidas para mudança de estilo de vida saudável, como atividades físicas e dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension - Metodos para combater a hipertensão).
3. Fomentar através de grupos de apoio, distribuição de panfletos e durante as consultas orientar a importância da adequada adesão ao tratamento, alertar quanto aos riscos de morbidades associadas a tais doenças.
4. Instigar a cessação do tabagismo através da formação de grupos de apoio e diminuição do consumo e abuso de álcool.

3 Revisão da Literatura

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas não transmissíveis consideradas um grave problema de saúde pública não só no Brasil, mas também em outros países, devido aos altos índices de morbimortalidade e comprometimento da qualidade de vida destes pacientes. Por se tratarem de doenças muitas vezes silenciosas e assintomáticas em estágios iniciais, o diagnóstico pode ser tardio levando ao aumento de casos de angina, infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico, doença arterial coronariana, aneurisma, nefropatias, retinopatias e neuropatias. Por outro lado, é fundamental o acompanhamento regular dos pacientes já diagnosticados e a observação da adesão terapêutica, visando a melhoria na qualidade de vida dos mesmos e diminuição das complicações associadas a elas.

Em 2017, a Federação Internacional de Diabetes (International Diabetes Federation, IDF) estimou que 8,8% (intervalo de confiança [IC] de 95%: 7,2 a 11,3) da população mundial com 20 a 79 anos de idade (424,9 milhões de pessoas) vivia com diabetes. Se as tendências atuais persistirem, o número de pessoas com diabetes foi projetado para ser superior a 628,6 milhões em 2045. Cerca de 79% dos casos vivem em países em desenvolvimento, nos quais deverá ocorrer o maior aumento dos casos de diabetes nas próximas décadas, conforme (GOLBERT *et al.*, 2019).

Entre os adultos norte-americanos com hipertensão entre 2009 e 2012, 15,5% eram fumantes atuais, 49,5% eram obesos, 63,2% apresentavam hipercolesterolemia, 27,2% tinham DM e 15,8% tinham doença renal crônica (DRC; definido como taxa estimada de filtração glomerular [TFGe] <60 mL /min / 1.73 m² e / ou albumina na urina: creatinina 300 mg / g). Os fatores de risco para DCV não são comuns apenas em adultos com hipertensão, uma porcentagem maior de adultos com fatores de risco para DCV apresentam hipertensão. Por exemplo, 71% dos adultos nos EUA com DM diagnosticado têm hipertensão arterial (WHELTON *et al.*, 2017, p. 20).

A obtenção de sucesso terapêutico no controle do diabetes, se dá através do desenvolvimento e associação de ações sociais e governamentais fundamentadas na prevenção, detecção e controle do diabetes. são de extrema importância adoções de modificações no estilo de vida hábitos alimentares saudáveis, prática esportiva, cessação de tabagismo entre outros. O problema atual tornou-se tema suficiente para Assembleia das Nações Unidas em setembro de 2011.(GOLBERT *et al.*, 2019, p. 1) Existem evidências de que indivíduos mal controlados ou não tratados desenvolvem precocemente complicações se comparados com indivíduos em regular acompanhamento médico e terapêutico, porém em algumas situações, mesmo antes da hiperglicemia, foram evidenciadas complicações deste distúrbio metabólico, destacando sua heterogeneidade.

As doenças cardiovasculares e seu grau de severidade, estão diretamente relacionados

a presença de diabetes. Pacientes hipertensos apresentam risco cardiovascular aumentado em presença do diabetes mellitus, visto que esta é definidora de doença aterosclerótica.

O sedentarismo e o tabagismo têm sido considerados fatores de risco para a mortalidade prematura. Estima-se que anualmente a falta de atividade física seja responsável por 10% a 16% dos casos de diabetes e 22% das doenças isquêmicas.([FERREIRA; FERREIRA, 2008](#))

Sabe-se atualmente que grande parte das doenças cardiovasculares, são ocasionados pelo uso indiscriminado de substâncias hipersódicas compostas em nossos alimentos, gorduras, excesso de carboidratos e consumo abusivo do tabaco e álcool.

Precocemente são observada a tendência ao sedentarismo e obesidade já na infância e adolescência. O consumo das comidas rápidas, são fatores conhecidos para o desenvolvimento e aparecimento das doenças crônicas não transmissíveis. Com a chegada da tecnologia, as redes sociais, jogos eletrônicos, etc... cada vez mais, crianças e adolescentes têm trocado a prática de atividades ao ar livre por maior tempo de tela, favorecendo o sedentarismo e a obesidade.

A obesidade e o aumento da circunferência abdominal, principalmente nas mulheres, tem sido descritos como fatores de risco para o aparecimento e desenvolvimento das DCNT. Outros estudos apontam que mais da metade dos pacientes que apresentam hipertensão arterial sistêmica e ou diabetes mellitus, apresentavam sobrepeso ou obesidade. O controle do peso e a prática de atividades físicas influenciam diretamente na melhoria dos índices pressóricos e glicêmicos.

O tratamento medicamentoso, a prática de atividades físicas regulares e a mudança e adequação a dieta DASH, constituem os pilares terapêuticos que buscam diminuir o risco de complicações e aumentar a sobrevida dos pacientes. Hoje possuímos uma grande disposição de medicações para o controle destas doenças.

A escolha terapêutica para HAS/DM deve ser baseada na eficácia do medicamento e na tolerabilidade ao mesmo, e o tratamento inicial inclui a associação de dois ou mais fármacos de classes diferentes. Nos hipertensos diabéticos sem nefropatia, todos os anti-hipertensivos podem ser utilizados. Entretanto, na presença de nefropatia diabética, o uso de medicamentos inibidores do SRAA é preferencial.([MALACHIAS et al., 2017](#), p. Cap 8)

A prática de atividades físicas regulares e a mudança no estilo de vida são pilares fundamentais no tratamento das DCNT, sendo ferramentas importantes na atenção primária.

As ações para adoção das mudanças de estilo de vida são executadas pela ESF, juntamente com Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que são compostas por educador físico, nutricionista, psicólogos e fisioterapeutas, proporcionando assim uma melhor qualidade na atenção e segmento deste paciente.

Dados obtidos da Federação Internacional de Diabetes do ano de 2017, faz estimativa

alarmante de que no ano de 2045 o Brasil ocupará a quinta colocação no ranking mundial de pacientes com DM com aproximadamente 20,3 milhões de doentes, ficando atrás de países como Índia, China, EUA e México, atualmente, o país ocupa a quarta colocação.

No Brasil se observou nas últimas décadas um avanço nos casos de HAS e DM e suas complicações. Grande parte se deve as condições sociais e econômicas, fatores estes que influem diretamente na evolução dos casos e seus desfechos. Uma maior prevalência de hipertensão arterial, foi observado nas pessoas com menor escolaridade, independentemente dos anos estudados e do sexo. Observou-se que as prevalências aumentaram nos anos estudados para as pessoas de menor escolaridade. Por exemplo, a prevalência de hipertensão arterial referida entre os analfabetos era cerca de 30% no ano de 1998, chegando a 36,4% em 2008. (LOBO et al., 2017, p. 4) Posteriormente notou-se, segundo os dados da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada no ano de 2011, que a prevalência de pacientes HAS era de 21,4% conforme aumentava a idade, maior nos indivíduos de baixo nível escolar, sexo feminino e a raça/cor da pele preta.

No caso do DM foram apontados pela Pesquisa Nacional de Saúde uma maior prevalência de casos no sexo feminino, idade maior que 30 anos, população com baixa escolaridade, com excesso de peso e obesidade. Entretanto, as distribuições destas doenças não ocorrem igualmente entre as regiões e cidades brasileiras.

No Brasil, as estimativas da prevalência de DM são em geral autorreferidas. O Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) estima que ocorreu crescimento da prevalência nas capitais do Brasil, aumentando de 5,5% em 2006 para 7,6% em 2017. A PNS (Pesquisa Nacional de Saúde), utilizando o mesmo critério, identificou prevalência de 6,2% da população brasileira em 2013, o que representaria um contingente populacional de cerca de nove milhões de portadores de DM. (MALTA et al., 2019)

Atualmente nossa unidade de saúde trabalha com o acompanhamento integral destes pacientes, através de consultas periódicas e visitas domiciliares. Existe ainda reuniões semanais voltados para HIPERDIA com conscientização da adesão terapêutica e orientações nutricionais. Atividades físicas supervisionadas por profissional do NASF, além de fornecimento de material educativo distribuído pelo Ministério da Saúde.

As ações para adoção das mudanças de estilo de vida são executadas pela ESF, juntamente com Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que são compostas por educador físico, nutricionista, terapeutas ocupacionais, psicólogos e fisioterapeutas, proporcionando assim uma melhor qualidade na atenção e segmento deste paciente.

Esse trabalho vem sendo desenvolvido já a algum tempo, onde foi observado que a prática de atividades físicas melhoram a condição física, estabilizam os níveis pressóricos e glicêmicos, diminuem os riscos de complicações cardiovasculares além de proporcionar bem estar mental.

O acompanhamento e desenvolvimento do hábito da prática de atividades físicas e mudança no estilo de vida são desafiadores. Temos observado em nossa unidade, que muitos pacientes ainda apresentam dificuldades de aderir a essa forma terapêutica que tem-se demonstrada eficaz. Contamos com a total colaboração da equipe do NASF, que através de projetos sociais, juntamente com o auxílio dos agentes comunitários de saúde (ACS), tem apoiado e divulgado este trabalho a toda comunidade.

Nossa Unidade Básica de Saúde possui uma academia, onde são desenvolvidas tais atividades. Atualmente esta academia encontra-se equipada com diversos aparelhos que proporcionam aos nossos pacientes, condições para que possam desenvolverem diversas atividades e distintas modalidades. todo treinamento e prática de exercícios são supervisionados diretamente por nosso educador físico. neste mesmo ambiente são desenvolvidas outras atividades voltadas para a laborterapia como por exemplo o cultivo de hortaliças, estas por sua vez servem também desenvolver hábitos saudáveis e melhorar a educação alimentar, além de ser um trabalho prazeroso, trabalho este desenvolvido em conjunto com terapeuta ocupacional e nutricionista, onde são salientados os benefícios e valores nutricionais desses alimentos.

4 Metodologia

Este trabalho será direcionado a dois públicos. Primeiramente desenvolveremos um trabalho com os profissionais de saúde (equipe médica, enfermagem e técnicos de enfermagem), voltado para educação permanente, atualização, atividades práticas, técnicas de aferição da pressão arterial, tomada de glicemia capilar e acompanhamento dos pacientes DM e HAS em nossa unidade. Serão realizadas oficinas de capacitação e treinamento com estes profissionais, onde serão discutidas através de palestras, o funcionamento dos instrumentos e aparelhos usados no diagnóstico, os protocolos, indicações, técnicas de execução, interpretação de resultados, condutas e acompanhamento destes pacientes na UBS pelas equipes.

Tais atividades serão realizadas em nossa sala de reuniões, em nossa unidade, através da utilização de vídeos e multimídias, com treinamento prático e execução de atividades. O projeto está previsto para ser realizado no mês de setembro, primeira semana deste mesmo mês, com tempo de duração de aproximadamente 4 horas. Estarão responsáveis pela atividade o Médico e enfermeira RT.

Posteriormente a etapa de capacitação e preparação, iniciaremos um trabalho de divulgação sobre as definições, complicações e importância da adesão terapêutica aos pacientes já diagnosticados e em tratamento para diabetes e hipertensão, através da distribuição de folhetos informativos aos pacientes, colocação de banners em nossa unidade e esclarecimento de dúvidas durante as consultas com médicos e enfermeiras.

Serão abertos grupos de apoio para darem orientações relacionadas a dieta prática de atividades físicas com nutricionista e educador físico. Este trabalho será realizado semanalmente por esses profissionais.

As atividades físicas serão voltadas para melhoria da qualidade cardiovascular, do bem-estar físico e mental e controle de obesidade. Tais atividades serão oferecidas 3 vezes por semana e supervisionadas pelo profissional educador físico, prévia avaliação individual de cada paciente pela equipe médica. Início das atividades previstas para o mês de outubro.

As reuniões voltadas para educação nutricional serão realizadas pela nutricionista de nossa unidade, juntamente com equipe de enfermagem. Serão executadas reuniões semanais com orientações referente a dieta saudável, conhecimento dos alimentos, benefícios e malefícios de cada grupo alimentar, orientações quanto ao preparo e adequação ao novo hábito alimentar. Durante as reuniões, os pacientes serão encorajados a diminuir o consumo e abuso bebidas alcoólicas. Quando identificados problemas de alcoolismo e dependência, estes pacientes serão encaminhados ao CAPS ad, posterior avaliação médica. As reuniões com informações nutricionais serão realizadas uma vez na semana. Esta atividade terá início na primeira quinzena do mês de novembro.

Nossa unidade disponibilizará grupos de apoio para cessação do tabagismo. Esse tra-

balho tem como objetivo, não apenas diminuir a carga tabágica mas também levar este paciente abandonar o tabagismo. O trabalho será executado por um médico e enfermeira, ambos capacitados previamente para controle do tabagismo. A implementação deste grupo é diretamente dependente da Secretaria Municipal de Saúde, pois devem ser solicitadas antecipadamente medicações específicas para realização do tratamento. O início do grupo e suas atividades estão previstas para o início do mês de novembro.

O segmento de cada paciente será realizado pelos profissionais envolvidos e os agentes comunitários, visando a criação de vínculo entre o profissional e o paciente, que resultará em uma relação de confiança e adesão ao tratamento.

5 Resultados Esperados

O diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica (doenças crônicas não transmissíveis) são um desafio de saúde pública, tanto pela prevalência como pela grande morbimortalidade gerada por elas, o que traz grande impacto na qualidade de vida, sendo uma das principais causas de morte no Brasil e no mundo.

Dentre as DCNT a hipertensão arterial (HA) é uma das que mais acomete a população, incrementa a taxa de mortalidade, o número de hospitalizações, os agravos à saúde e os gastos públicos.([PEREIRA et al., 2018](#))

O diabetes mellitus, uma das quatro doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) identificadas como prioritária para intervenção pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, 2011-2022.([MALTA et al., 2019](#))

Os trabalhos de capacitação da equipe técnica apresentaram resultados satisfatórios, sendo alcançados 80% dos profissionais, baixo custo para elaboração, fácil execução e planejamento, com disponibilidade moderada.

A segunda etapa, ainda em execução, tem apresentado resultados positivos porém ainda não mensuráveis visto que se trata de um trabalho a longo prazo, multifatorial, onde já se observam redução do número de pseudo diagnósticos de hipertensão arterial e diabetes mellitus, melhor adesão terapêutica medicamentosa e comportamental, maior demanda de pacientes em grupo de risco exercendo atividades físicas regulares, participação em grupos de controle ao tabagismo, o que tem gerado menos gastos publicos com complicações, internações e mortes precoces.

Referências

- FERREIRA, C. L. R. A.; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema hiperdia: Caracterização do diabetes no hiperdia. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2009;53/1, p. 80–86, 2008. Citado na página 16.
- GOLBERT, A. et al. *DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2019-2020*. São Paulo: Clannad, 2019. Citado na página 15.
- LOBO, L. A. C. et al. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, p. 1–13, 2017. Citado na página 17.
- MALACHIAS, M. V. B. et al. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia: 7ª* diretriz brasileira de hipertensão arterial. Rio de Janeiro: SBC - Setor Científico - Núcleo Interno de Publicação, 2017. Citado na página 16.
- MALTA, D. C. et al. Prevalência de diabetes mellitus determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira, pesquisa nacional de saúde. *REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA*, p. 1–13, 2019. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 21.
- PEREIRA, N. D. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de hipertensos acompanhados pela estratégia saúde da família. *O Mundo da Saúde*, p. 974–991, 2018. Citado na página 21.
- WHELTON, P. K. et al. 2017 acc/aha/aapa/abc/acpm/ags/apha/ ash/aspc/nma/pcna guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: A report of the american college of cardiology/american heart association task force on clinical practice guidelines. *American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association*, p. 13–115, 2017. Citado na página 15.