



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

Patrícia Moraes de Carvalho

Consulta coletiva como tecnologia para implementação  
da adesão de pacientes portadores de Diabetes Mellitus  
e Hipertensão Arterial Sistêmica na Estratégia da Saúde  
da Família São José Operário, Marau-RS

Florianópolis, Março de 2023



Patrícia Morais de Carvalho

Consulta coletiva como tecnologia para implementação da adesão  
de pacientes portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão  
Arterial Sistêmica na Estratégia da Saúde da Família São José  
Operário, Marau-RS

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: Luciana Bihain Hagemann  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023



Patrícia Morais de Carvalho

Consulta coletiva como tecnologia para implementação da adesão  
de pacientes portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão  
Arterial Sistêmica na Estratégia da Saúde da Família São José  
Operário, Marau-RS

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

---

**Luciana Bihain Hagemann**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023



# Resumo

**Introdução:** A Estratégia da Saúde da Família São José Operário, Marau –RS apresenta diversas fragilidades para a assistência aos usuários e intervenções que ultrapassem os limites das consultas individuais se fazem necessárias. Neste sentido, medidas educativas configuram-se como tecnologias em saúde e uma boa oportunidade de orientar a população e promover saúde. O **objetivo** deste estudo é realizar consultas coletivas com os pacientes diabéticos e hipertensos da referida Unidade Básica de Saúde. **Metodologia:** trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, exploratório e transversal a ser realizado na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde São José Operário, Marau, Rio Grande do Sul. Os participantes serão pacientes hipertensos e diabéticos, com diagnóstico há, no mínimo, seis meses, e com faixa etária entre 40 e 79 anos, identificados através dos dados gerados pelo sistema G-MUS®, utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde. Serão realizadas cinco consultas coletivas, estruturadas, semanais, que irão abordar temas que envolvem ações educativas contando com a participação de toda equipe multiprofissional. Destaca-se que todas as etapas do estudo seguirão as orientações do comitê de ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde. **Resultados esperados:** Espera-se que as intervenções coletivas de cuidado otimizem o atendimento na Unidade de Saúde para os usuários do estudo e subsidie a organização e funcionamento do grupo como modalidade de atenção coletiva, identificando as potencialidades e dificuldades para a sua implantação como ferramenta no cuidado em saúde. Além disto, acredita-se que o envolvimento de toda a equipe multiprofissional no processo de capacitação e educação em saúde se configure como uma oportunidade de fortalecer e prática assistencial. O estudo poderá também gerar indicadores que subsidiarão a unidade no planejamento de estratégias e ações de promoção e vigilância em saúde.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus, Educação em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Hipertensão, Promoção da Saúde



# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	9
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	13
2.1	Objetivo Geral . . . . .	13
2.2	Objetivos Específicos . . . . .	13
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	15
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	19
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	21
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	23



# 1 Introdução

A cidade de Marau está localizada na região norte do estado do Rio Grande do Sul, é considerada um dos municípios brasileiros mais promissores, destacando-se como referência em modernidade e qualidade de vida, resultados decorrentes de investimentos em ações de sustentabilidade, em projetos de segurança pública, limpeza e revitalização de espaços comunitários.

Trata-se de uma cidade colonizada por italianos, tendo eles se dedicado à agricultura (plantações de soja e milho) e pecuária (avicultura e suinocultura). Há também descendentes de poloneses e alemães, porém em menor número. Tem uma economia que se destaca como polo industrial no cenário nacional e internacional, com cerca de 200 empresas, entre elas, 12 empresas de grande porte, que atuam em vários segmentos. Isso atraiu imigrantes do Haiti, Senegal e Colômbia, que representam uma pequena parcela da população que usufrui os serviços de saúde. Tem-se assim uma forte influência de culturas estrangeiras, contudo, a cultura italiana se destaca, sendo evidenciada nos costumes, hábitos alimentares, religião e tradições.

O município tem população estimada em 46.076 habitantes ([MARAU, 2020](#)), contudo, de acordo com o último censo oficial do IBGE realizado em 2017, a população é de 41.170 habitantes, dos quais 20.429 são homens e 20.741 são mulheres. A comunidade na qual atuou como médica é composta por uma população de 3.822 habitantes de quatro bairros e 1 distrito industrial, de acordo com o último Relatório Consolidado de Cadastro, datado em julho de 2019. Essa população é composta por 1.981 mulheres e 1.841 homens, conforme os dados coletados através do G-MUS, sistema utilizado pelo município que é vinculado ao prontuário eletrônico. Em relação à faixa etária, a população é distribuída em 576 crianças (0 a 9 anos), 568 adolescentes (10 a 19 anos), 2.312 adultos (20 a 59 anos) e 366 idosos (a partir de 60 anos).

A Equipe de Saúde da Família (ESF) está localizada no Bairro São José Operário, polo industrial, e apresenta uma área de abrangência que engloba outros bairros: Nova Alternativa, Frei Adelar e Loteamento Busnello. Esses quatro bairros comportam aproximadamente 10% dos habitantes da cidade. A população adscrita na área de abrangência da ESF do bairro São José Operário é composta por famílias de classes média e média baixa. A maioria da população ativa é constituída por trabalhadores industriais menos especializados, trabalhadores rurais e prestadores de serviços não qualificado. Contudo, a comunidade não tem grande vulnerabilidade, pois possui uma renda per capita alta, oferecendo bom padrão de vida aos moradores. Verifica-se também a presença de escolas e creches públicas, tratamento de água e esgoto com baixo índice de parasitoses, áreas de lazer, limpeza urbana com coleta seletiva do lixo (lixões foram extintos). As condições de moradia são adequadas, contando com saneamento básico, sistema elétrico e acesso à água

tratada. As casas são, em sua maioria, de alvenaria, mas encontramos muitas construções de madeira.

Observa-se nesta população que os hábitos alimentares são a base de uma dieta rica em carboidratos (pães, massas, sobremesas) e gorduras (carnes/churrascos, salames e outros embutidos), associados a um estilo de vida sedentário, o que contribui para o surgimento de doenças metabólicas e cardiovasculares em grande parte da população adulta e idosa (SANTOS et al., 2006). Destaca-se a prevalência de doenças como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2), sendo que a incidência de diabetes em idosos é bastante expressiva e está associado aos hábitos alimentares e estilo de vida.

A prevalência de HAS registrada no mês de junho de 2019, via G-MUS, foi de 348 pessoas e de DM foi de 88 casos. Não devemos ignorar que o estilo de vida de muitos usuários contribui para o surgimento e instalação dessas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a literatura sustenta que os maus hábitos alimentares, sedentarismo e excesso de peso relacionados às DCNT representam a maior carga de morbimortalidade no Brasil (DUNCAN et al., 2012), fenômeno que também pode ser identificado na maioria dos pacientes que recebem atendimento na ESF do bairro São José Operário.

Quanto a população infanto-juvenil, as doenças respiratórias são motivo de procura por muitos atendimentos, principalmente no período do inverno (devido às baixas temperaturas) e na primavera (por causa da floração), podemos evidenciar mais idas à Unidade Básica de Saúde, e busca por atendimento médico. Outra fragilidade que podemos destacar na população adscrita é a alta incidência de gestação em adolescentes e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), levando a equipe de saúde a adotar medidas de educação sexual em ambientes escolares e projetos que possam atrair essa população aos postos de saúde. Quanto à população pediátrica, as cinco queixas mais comuns que fizeram as mães de crianças menores de 1 ano a procurar a unidade de saúde no último mês de registro foram: doenças respiratórias (tendo como sintomas mais frequentes tosse, sibilos e coriza), dermatológicas (picada de insetos e dermatites), alterações dos hábitos gastrointestinais (refluxo gastrointestinal, diarreia ou constipação), dúvidas quanto aos cuidados gerais como alimentação (aleitamento materno, desmame e introdução de alimentos) e sobre desenvolvimento neuropsicomotor.

Além das doenças e agravos descritos acima, destacam-se outras patologias, do ponto de vista epidemiológico, tais como IST (Sífilis), doenças do aparelho respiratório (Asma, DPOC), Tuberculose (principalmente em usuários de drogas ilícitas e indivíduos com diagnóstico de HIV e contactantes), doenças metabólicas associadas à obesidade e dislipidemias mistas. Outros agravos observados estão associados à dependência de psicotrópicos (em especial, os Benzodiazepínicos), principalmente pela população idosa, ao abuso de substâncias psicoativas por parte dos jovens (substâncias lícitas e ilícitas), prática sexual sem proteção e gestação de adolescentes. Nenhum caso de Dengue, Zika ou Chikungunya foram notificados no município, apesar da grande incidência em outros estados vizinhos.

Em relação a população de imigrantes que frequentam a UBS, evidencia-se a maior dificuldade de comunicação no atendimento devido a barreira linguística, muitos destes usuários não têm fluência em língua portuguesa, tendo que contar com a presença de intérpretes durante as consultas. Outra dificuldade é em relação ao histórico de saúde destas pessoas, a maioria delas apresenta história vacinal indefinida. Verifica-se que entre a população feminina o vínculo com a ESF é mais forte uma vez que elas buscam a unidade para realizar planejamento familiar. Todavia, não tem o hábito de realizar exame para rastreio de câncer de colo de útero e de mama, sendo um desafio a conscientização da sua importância para a saúde da mulher.

Frente ao exposto, são muitos os desafios que a ESF – São José Operário enfrenta. Dentre tantos problemas de saúde que ainda se somam aos problemas sociais, surge a necessidade de intervenções que ultrapassem os limites das consultas individuais. Sabe-se que as medidas educativas são importantes e uma boa oportunidade de orientar a população e promover saúde (SALCI et al., 2013), entretanto, o tempo disponível nas consultas médicas é insuficiente para gerar o empoderamento do paciente mediante sua condição patológica. Para superar esta realidade, algumas estratégias são criadas como por exemplo: criação de grupos, consultas coletivas, medidas que melhorem o vínculo do usuário com a equipe e que sejam um espaço para assistência continuada.

Emergem desta temática diversos questionamentos, como: Como atuar nessa área? Como orientar e acompanhar um paciente que é hipertenso, diabético, obeso, sedentário, tabagista e que tem hábitos alimentares que contribuem para manter ou até agravar as comorbidades? Será que enquanto profissionais conseguimos educar e impactar nossos pacientes a ponto de transformar seus hábitos de vida tão enraizados? Como melhorar a adesão ao tratamento? Quais estratégias são comprovadamente eficazes para ajudar que um paciente com IMC elevado atinja valores dentro da normalidade e consiga mantê-los? Para responder essas questões, acredita-se que através das consultas coletivas possa impactar na mudança de estilo de vida dos usuários portadores de DCNT. Essas mudanças incluíam perda e manutenção de peso, mudança do estilo alimentar, inclusão de atividade física que retirasse os pacientes do nível de sedentarismo e a adesão ao tratamento medicamentoso.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes e a Sociedade Brasileira de Cardiologia, o sucesso do tratamento e o controle básico das DCNT são obtidos com medidas nutricionais e dependem da adoção de um plano alimentar saudável e sustentável, atividade física regular e no uso adequado de medicação (DIABETES, 2014). Neste sentido, os indivíduos com condições crônicas convivem com seus problemas diariamente por longos períodos de tempo, sendo fundamental que sejam conhecedores de suas condições de saúde e motivados a lidar com elas, além de capacitados a cumprirem seu plano de tratamento de forma adequada. Precisam entender sua enfermidade, reconhecer possíveis complicações e saber como agir mediante tais enfrentamentos.

Vale a pena destacar que os pacientes diagnosticados com Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus ou a associação das duas afecções compõem uma parcela significativa dos portadores de DCNT que utilizam regularmente o serviço de saúde, e a atenção básica, entretanto, observa-se que o nível de compreensão sobre o curso natural da doença e os desafios relativos ao tratamento são informações desconhecidas pela maioria dos pacientes, somado a isso, a dificuldade que a equipe de saúde tem para conscientizar esse grupo sobre a mudança do estilo de vida e adesão ao tratamento é um desafio constante.

Sendo assim, surge a necessidade de intervenções que ultrapassem os limites das consultas individuais. As medidas educativas são estratégias significativas para o desenvolvimento do auto-cuidado e uma boa oportunidade de promover conscientização sobre as condições de saúde. As consultas coletivas são uma forma prática de desenvolver o autocuidado apoiado, através desta estratégia é possível aplicar os pilares educação do autocuidado: manejo clínico, mudança do estilo de vida e intervenção sobre os aspectos emocionais, buscando assim uma abordagem holística do tratamento.

Por fim, é papel das equipes de Atenção Primária em Saúde (APS) dar apoio ao paciente com diagnóstico de doença crônica e sua família utilizando estratégias de colaboração à assistência, entendemos que o autocuidado apoiado será uma tarefa para a vida toda e esse papel vai ser desempenhado através da seleção de problemas prioritários, estabelecimento de metas e planos conjuntos de cuidado, identificando as dificuldades em cumpri-los e resolvendo as dificuldades de responsabilidades dos serviços de saúde.

## 2 Objetivos

### 2.1 **Objetivo Geral**

Realizar consultas coletivas com os pacientes diabéticos e hipertensos da Unidade Básica de Saúde São José Operário, Marau, Rio Grande do Sul.

### 2.2 **Objetivos Específicos**

Estimular mudanças no estilo de vida dos pacientes diabéticos e hipertensos da Unidade Básica de Saúde São José Operário.

Estimular a adesão ao tratamento farmacológico e não-farmacológico dos pacientes diabéticos e hipertensos.

Estabelecer metas de cuidado compartilhado em conjunto com os pacientes.

Aumentar a conscientização sobre alimentação saudável, prática de atividades físicas e controles das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.



### 3 Revisão da Literatura

O envelhecimento populacional, fenômeno mundial, apresenta-se de maneira célere, especialmente nos países em desenvolvimento. Com o envelhecimento temos também o acréscimo da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tais como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), sendo a idade, a crescente prevalência da obesidade e do sedentarismo, e os processos de urbanização considerados os principais fatores responsáveis pelo aumento dessas afecções (FLOR; CAMPOS, 2017).

Por conceito, a HAS é definida como uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação mantida dos níveis pressóricos igual ou acima de 140 e/ou 90 mmHg. Comumente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e estruturais de órgãos-alvo, levando a agravos, devido a presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e DM. No Brasil, a HAS atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo para metade das mortes por doença cardiovascular (MALACHIAS et al., 2016). É considerada um importante fator de risco, sendo a causa mais frequente das demais doenças do aparelho circulatório. Além disso, a hipertensão está, ainda, associada às demais doenças e condições crônicas, tais como doença renal crônica, diabetes, entre outras (SAÚDE, 2011).

O DM consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos. Mundialmente, estima-se que 425 milhões de pessoas tenham DM, atingindo-se assim proporções epidêmica. Os níveis séricos elevados de forma persistente estão associados às complicações vasculares, diminuição da qualidade de vida e aumento de morbimortalidade. A literatura sustenta que existem atualmente, no Brasil, mais de 13 milhões de pessoas acometidas da doença, o que representa 6,9% da população brasileira (DIABETES, 2019).

Semelhante a HAS, o DM possui diversos fatores que favorecem o aumento da prevalência, por exemplo a rápida urbanização, transição epidemiológica e nutricional, maior frequência de sedentarismo e excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional e, também, a maior sobrevivência dos indivíduos com DCNT (FLOR; CAMPOS, 2017). Indivíduos acometidos com esta doença apresentam maiores taxas de hospitalizações e maior duração da hospitalização para um mesmo problema de saúde. Junto com HAS, suas complicações têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (DIABETES, 2019) (MALACHIAS et al., 2016).

O tratamento das DCNT (HAS, DM) está amparado na adesão medicamentosa e não medicamentosa, e é um problema subdimensionado. Sabe-se que o acesso a terapia é universal através do Sistema Único de Saúde (SUS) e mesmo assim verifica-se a dificuldade

de adesão. Em consonância com a literatura, o reconhecimento prévio do paciente com tendência a não aderir ao tratamento proporciona à equipe de saúde a possibilidade de priorizar ações educativas específicas, podendo ajudá-los a seguir o tratamento de forma adequada, evitando complicações associadas. A adesão ao tratamento é o ponto mais expressivo para a diminuição das elevadas taxas de morbimortalidade, sendo essencial a compreensão desse evento na prática clínica, considerando a sua avaliação sistemática na assistência aos portadores de HAS e DM (MEDEIROS *et al.*, 2014).

Frente ao exposto, as DCNT compõem o conjunto de condições crônicas e geralmente têm associação com causas múltiplas. Caracterizam-se por apresentar início gradual, prognóstico comumente incerto, com longa ou indeterminada duração. O curso clínico das DCNT pode mudar ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, gerando incapacidades (SAÚDE, 2019). Demandam intervenções com o uso de tecnologias leves a duras, associadas a mudanças de estilo de vida, uma vez que possuem fatores de risco modificáveis em comum, tais como tabagismo, consumo abusivo de álcool, inatividade física e obesidade, um processo de cuidado contínuo que nem sempre gera a cura mas vislumbra melhoria da condição clínica do paciente (SAÚDE, 2014).

Os achados epidemiológicos das DCNT constataam que se trata de uma das principais causas de óbito no mundo, responsáveis, em 2016, por 71% de todas as mortes ocorridas no mundo, estimando-se cerca de 41 milhões de mortes anuais. A maioria dessas mortes foram causadas por doenças cardiovasculares (17,9 milhões de mortes representando 44% de todas as mortes por DCNT) e DM (1,6 milhão de mortes; 4%) (SAÚDE, 2018).

No cenário nacional o Brasil possui a taxa de 72,6% das mortes causadas por DCNT na população com faixa etária de 30 a 69 anos, o panorama mundial é de 74% do total de mortes atribuídas às DCNT, com destaque para doenças cardiovasculares (28%) (SAÚDE, 2018) por este motivo são consideradas um dos maiores problemas globais de saúde pública da atualidade (SAÚDE, 2019). A literatura assevera um declínio médio de 2,5% ao ano no conjunto das quatro principais DCNT no Brasil entre 2000 e 2013, são elas as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e DM. A probabilidade de morte foi reduzida de 30% em 2000 para 26,1% em 2013, e estima-se que caia para 20,5% em 2025 (MALTA *et al.*, 2019). Outros autores estimam que para 2020 a magnitude das DCNT serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento sendo que a aderência aos tratamentos nestes países chega a ser apenas de 20% (DUNCAN *et al.*, 2012).

A repercussão das DCNT, principalmente HAS e DM é sistêmica, e ocasiona perda de qualidade de vida gerando alto grau de limitação nas atividades laborativas e lúdicas, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, aumentando as iniquidades e agravando a pobreza. Sabe-se que os custos socioeconômicos associados com as DCNT foram estimados em US\$ 7 trilhões, durante 2011-2025, em países em desenvolvimento. Assim, o arrefecimento global das DCNT é uma condição necessária

para o desenvolvimento deste século (MALTA et al., 2017).

Com base nesse cenário brasileiro e mundial, as DCNT têm se declarado como um novo desafio para a saúde coletiva (SAÚDE, 2014). São um importante problema de saúde, ocasionando grande parte das mortes em todo mundo, bem como a maioria das consultas em atenção primária e das internações hospitalares. Na atualidade, é a mais significativa causa de incapacidade, uma vez que o modo de viver, trabalhar e se alimentar da população foram impactados com o envelhecimento, a urbanização, as transformações socioeconômicas e a globalização o que resultou em incremento no número de doenças crônicas não transmissíveis (SILOCCHI; JUNGES, 2017).

Neste meandro, a fim de uma atuação mais efetiva dos profissionais de saúde no atendimento aos pacientes acometidos pelas DCNT é necessário o aprimoramento da assistência integral aos indivíduos que acessam a Atenção Primária à Saúde (APS) uma vez que muitos são os problemas de saúde, que se somam aos problemas sociais da população atendida. Sendo assim, torna-se inevitável refletir sobre as ações que a equipe desempenha em favor da comunidade e as ações que embasam o diagnóstico da realidade em que estamos inseridos bem como as alternativas utilizadas para transformá-la. Deve-se propor à ampliação de um conjunto de intervenções variadas capazes de uma abordagem irrestrita da saúde visando a prevenção e o controle dessas afecções (MALTA; NETO; JUNIOR, 2011).

Considerando o exposto sobre as DCNT e os impactos nos custos dos serviços públicos de saúde com exames e cirurgias especializados, fato que remete à necessidade de expandir a organização da oferta de atendimento a esse contingente populacional, conforme suas necessidades, em especial desenvolver ações efetivas de prevenção de agravos e promoção da saúde preconiza-se a realização de intervenções efetivas para controle das DCNT por parte do SUS. Assim, fortalecer o comprometimento governamental em priorizar os programas de doenças crônicas se torna fundamental para expandir essa capacidade (MALTA et al., 2017).

Esse trabalho se justifica pela alta prevalência de hipertensos e diabéticos na APS sustentada pelos achados da literatura corroborando as DCNT como um problema de ampla magnitude com repercussão social. A atenção básica possui um papel de evitar que o paciente necessite seguir para cuidados secundários e terciários, onde provavelmente necessitará de recursos diagnósticos e terapêuticos de alta tecnologia e alto custo. Nesse aspecto, a promoção da saúde, ao priorizar o conceito ampliado de saúde-doença, (diferente do modelo biomédico), mostra-se uma intervenção populacional custo-efetiva no enfrentamento das DCNT, com ações intersetoriais e de empoderamento coletivo (CONFORTIN et al., 2017) que dá resposta às metas de redução da mortalidade prematura, prioridade nacional (SAÚDE, 2019).



## 4 Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, exploratório e transversal a ser realizado na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde São José Operário, Marau, Rio Grande do Sul. Participarão do estudo pacientes portadores de doença crônica não transmissível (DCNT) hipertensos e diabéticos, com diagnóstico há, no mínimo, seis meses, e com faixa etária entre 40 e 79 anos. Para definição da população de estudo, serão identificados portadores de DCNT hipertensos e diabéticos, através dos dados gerados pelo sistema G-MUS<sup>®</sup>, utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Marau, que é compatível com os sistemas do Ministério de Saúde, como o e-SUS AB.

Os indivíduos serão convidados a participar de cinco consultas coletivas a serem realizadas na unidade de saúde. A amostragem a ser utilizada será sistemática e aleatória, na listagem final de pacientes ordenada por sexo e idade, para garantir proporcionalidade. Do total de amostrados, serão excluídos por mudança de endereço para área de outra ESF, estarem fora da faixa etária definida, não terem histórico de DCNT (hipertensão arterial e Diabetes Mellitus tipo 2) nos últimos 6 meses e não terem participado dos cinco encontros.

Por conseguinte, serão realizadas cinco consultas coletivas, estruturadas, semanais, que irão abordar temas que envolvem ações educativas de hábitos saudáveis e mudanças no estilo de vida, estimulando a conscientização sobre alimentação saudável (redução do sal e de alimentos industrializados e incentivo ao consumo de frutas, legumes, verduras e carnes magras), medidas regulatórias para o tabaco e o álcool, prática de atividades físicas, e conscientização da importância do tratamento farmacológico e, assim, estabelecer metas de cuidado compartilhado em conjunto com os pacientes durante cada consulta. Estima-se a participação de toda equipe multiprofissional em saúde na execução das ações deste estudo.

Antecedendo à coleta de dados, será concebido um questionário estruturado para entrevista, construído especificamente para esta pesquisa, baseado em aspectos levantados através de revisão da literatura sobre a temática. Será proposto aos participantes, a realização de auto avaliação mediada pela médica e autora desta pesquisa, oportunizando que os mesmos possam analisar seu processo de compreensão após a intervenção. Os dados serão coletados por meio das entrevistas auto avaliativas, semiestruturadas, no período de tempo ainda a ser definido. As entrevistas serão transcritas em banco de dados elaborado para o estudo e analisadas por meio da análise de conteúdo. Destaca-se que todas as etapas do estudo seguirão as orientações do comitê de ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Marau.



## 5 Resultados Esperados

Espera-se ao final deste estudo maior adesão aos tratamentos propostos para os portadores de DCNT da Unidade Básica de Saúde São José Operário, Marau, Rio Grande do Sul através da compreensão dos benefícios farmacológicos e não farmacológicos e através do cuidado compartilhado. Estima-se que as intervenções coletivas de cuidado na temática dos pacientes hipertensos e diabéticos contribuirão para otimizar o atendimento na Unidade de Saúde da Família, além disso espera-se que o estudo aponte os aspectos positivos na qualidade da atenção, nos resultados em saúde e no nível de satisfação por parte dos usuários que participam de atividades em grupo. Os alvos a serem alcançados incluem adoção de medidas profiláticas contribuindo para a qualidade de vida, redução dos agravantes e promoção de saúde.

Alinhado ao objetivo do estudo, espera-se que o estudo subsidie a organização e funcionamento do grupo como modalidade de atenção coletiva, identificando as potencialidades e dificuldades para a sua implantação como ferramenta no cuidado em saúde e com isso acredita-se que o grupo coletivo também permite a abordagem clínica, incluindo anamnese, medidas antropométricas, aferição de pressão arterial e de glicemia capilar, avaliação de resultados de exames e estratificação de risco, entre outras atividades de cuidado, como incentivo à alimentação saudável e prática de atividades físicas e assim será possível obter um melhor controle das afecções crônicas.

Outro resultado esperado com a realização do estudo é o envolvimento de toda a equipe da Unidade de Saúde da Família no processo de capacitação e educação em saúde, configurando-se como uma oportunidade de fortalecer e sua prática assistencial relacionado ao processo de cuidar e de promover saúde em coletividades. Além disto, o estudo poderá gerar indicadores que subsidiarão a unidade no planejamento de estratégias e ações de promoção e vigilância em saúde.

Por fim, todas as ações propostas visam a melhora do acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos da unidade, acredita-se que com o conhecimento adquirido pelos pacientes a partir das ações educativas em saúde propostas pelo estudo possibilite aos usuários a compreensão da necessidade de comprometimento pessoal no tratamento de sua doença.



## Referências

CONFORTIN, S. C. et al. Condições de vida e saúde de idosos: resultados do estudo de coorte epifloripa idoso. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 26, n. 2, p. 305–317, 2017. Citado na página 17.

DIABETES, S. B. de. *A Nutrição no controle das doenças crônicas não transmissíveis*. 2014. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/publico/columnistas-nutricao/113-dra-deise-regina-baptista/843-a-nutricao-no-controle-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>>. Acesso em: 21 Mai. 2020. Citado na página 11.

DIABETES, S. B. de. *DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2019-2020*. 2019. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>>. Acesso em: 25 Jun. 2020. Citado na página 15.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, p. 126–134, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 16.

FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, n. 1, p. 16–29, 2017. Citado na página 15.

MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial: Capítulo 1 - conceituação, epidemiologia e prevenção primária. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 107, n. 3, p. 1–6, 2016. Citado na página 15.

MALTA, D. C.; NETO, O. L. de M.; JUNIOR, J. B. da S. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol. Serv. Saúde.*, v. 1, n. 4, p. 425–438, 2011. Citado na página 17.

MALTA, D. C. et al. Noncommunicable diseases and the use of health services:: analysis of the national health survey in brazil. *Rev. Saúde Pública*, v. 51, n. 1, p. 1–4, 2017. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.

MALTA, D. C. et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, brasil e regiões, projeções para 2025. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 22, p. 1–13, 2019. Citado na página 16.

MARAU, P. M. de. *História de Marau*. 2020. Disponível em: <<http://www.pmmarau.com.br/conheca-marau/historia-de-marau>>. Acesso em: 20 Mai. 2020. Citado na página 9.

MEDEIROS, A. R. C. et al. Modelo de suporte à decisão aplicado à identificação de indivíduos não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo. *Saúde Debate*, v. 38, n. 100, p. 104–118, 2014. Citado na página 16.

- SALCI, M. A. et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 22, n. 1, p. 224–230, 2013. Citado na página 11.
- SANTOS, C. R. B. et al. Fatores dietéticos na prevenção e tratamento de comorbidades associadas à síndrome metabólica. *Revista de Nutrição*, v. 19, n. 3, p. 389–401, 2006. Citado na página 10.
- SAÚDE, M. da. *PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO BRASIL 2011-2022*. 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf)>. Acesso em: 25 Jun. 2020. Citado na página 15.
- SAÚDE, M. da. *Panorama da vigilância de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2018*. 2019. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/03/Boletim-epidemiologico-SVS-40.pdf>>. Acesso em: 24 Jun. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- SAÚDE, O. M. da. *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. 2014. Disponível em: <<https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>>. Acesso em: 25 Jun. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- SAÚDE, O. M. da. *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1&ua=1>>. Acesso em: 25 Jun. 2020. Citado na página 16.
- SILOCCHI, C.; JUNGES, J. R. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 15, n. 2, p. 599–615, 2017. Citado na página 17.