



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

Carina Pereira Acco

Educação em saúde para promover a qualidade de vida
da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e
Diabetes Mellitus tipo 2 em Soledade-RS

Florianópolis, Março de 2023

Carina Pereira Acco

Educação em saúde para promover a qualidade de vida da pessoa
com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2 em
Soledade-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: Maiara Suelen Mazera
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Carina Pereira Acco

Educação em saúde para promover a qualidade de vida da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2 em Soledade-RS

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

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Maiara Suelen Mazera
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: A Unidade Básica de Saúde onde a intervenção acontecerá chama-se São Bom Jesus localizada no município de Soledade no estado do Rio Grande do Sul. Possui 3.358 moradores em sua área de abrangência. O perfil da área conta com uma população majoritariamente constituída por adultos. Doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo dois estão presentes como doenças que mais afetam a população da área adscrita a unidade de saúde. Na região do Botucaraí, na qual o município de Soledade se inclui, as causas de morte por doenças evitáveis correspondem a 57.6%, evidenciando a importância de doenças crônicas na mortalidade. **Objetivo:** Diminuir as descompensações de doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo dois e suas complicações. **Metodologia:** Primeiramente foi realizada uma revisão narrativa da literatura que possibilitou caracterizar as produções sobre o assunto, além disso, fomentar teoricamente a intervenção. Posteriormente, será realizada uma busca ativa dos pacientes hipertensos e diabéticos tipo dois que não visitam a unidade de saúde por seis meses ou mais, em conformidade com a Secretaria de Saúde Municipal. **Resultados esperados:** Espera-se que haja maior prevenção e controle de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes Mellitus tipo dois, e menos descompensações com consequente diminuição de morbidade e mortalidade cardiovasculares e por possíveis doenças oportunistas através do estado pró-inflamatório que as doenças de bases acarretam. Deseja-se diminuir fatores de risco associados como a obesidade, dislipidemia e tabagismo, com base em conscientização da população quanto ao estilo de vida. Também espera-se diminuir os gastos públicos com essas doenças, tendo em vista a ampla porcentagem da população acometida por elas utilizando as estratégias bem elaboradas pelo Ministério da Saúde e dos recursos disponíveis na Unidade de Saúde da Família.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Diabetes Mellitus Tipo 2, Doença Crônica, Educação em Saúde, Hipertensão

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

A cidade de Soledade localizada no estado do Rio Grande do Sul tem, segundo dados estimados pelo IBGE (2017) para o ano de 2019 um total de 31.002 habitantes. A Unidade Básica de Saúde (UBS) onde o estudo se passa chama-se S. Bom Jesus, possuindo 3.358 pessoas em sua área de abrangência.

O perfil da área conta com uma população majoritariamente constituída por adultos, seguida de crianças, e por fim, adolescentes e idosos equiparando-se em número, de acordo com os dados obtidos pelas agentes de saúde da família da UBS, até o ano de 2018 haviam 431 crianças, 337 adolescentes, 2.399 adultos e 331 idosos.

A comunidade adscrita a área é em geral de baixa renda, possui famílias numerosas que vivem aglomeradas em casas de madeira, sem saneamento básico e expostas a fumaça oriunda dos tradicionais fogões a lenha.

Os fatores que interferem na saúde da população assistida consistem em situações culturais, o tabagismo é um desses fatores que é uma prática passada de pais para filhos. A queima de lenha dentro das residências devido ao clima da região, que é uma das cidades mais frias do estado, alcançando temperaturas negativas durante o inverno, contribui para o alto número de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e reações de hipersensibilidade de vias aéreas, tanto em crianças quanto em adultos.

Somado ao clima e as infecções de vias aéreas superiores e inferiores, há a ocorrência da população não fazer uso de água filtrada para a ingestão, ingerindo água apenas com o preparo da central de abastecimento local.

Doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus tipo dois estão presentes como doenças que mais afetam a população da área adscrita a unidade de saúde. Destacam-se os hábitos de vida e alimentação, que por ser uma cidade de ascendência europeia tem hábito da ingerir massas em grande quantidade. Também é cultural da população local a ingestão de carne vermelha com grande quantidade de gordura animal, e o uso demasiado de sal.

Segundo dados do DATASUS, na região do Botucaraí, na qual o município de Soledade se inclui, as causas de morte por doenças evitáveis correspondem a 57.6%, o que evidencia a grande quantidade de doenças crônicas preveníveis encontrada na população local, cujo acometimento e complicações são preveníveis através de medidas socioeducativas e controle do tratamento.

O não comparecimento dos indivíduos suscetíveis ou que possuem doenças preveníveis aos grupos de apoio, a má adesão terapêutica e o baixo nível socioeconômico contribuem para que as pessoas adquiram as doenças e para a sua descompensação, quando pré existentes.

Nesse sentido, ocorre o aumento da mortalidade, aumento do custo com a doença e

suas complicações pelo município, superlotando as salas de atendimento, prejudicando dessa forma a população que possui outras doenças, causadas por outras variáveis que não estilo de vida e má adesão terapêutica, encarecendo o Sistema Único de Saúde (SUS).

O tema morbimortalidade por doenças crônicas é interessante ao SUS, a comunidade, e a equipe de saúde, pois as doenças crônicas constituem a maioria dos meus atendimentos médicos diários. Nesse contexto, a atenção será direcionada às doenças mais prevalentes: hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus tipo 2.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Diminuir as descompensações de doenças crônicas HAS e diabetes mellitus tipo 2 e suas complicações.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Realizar busca ativa de pessoas com HAS e diabetes mellitus tipo 2 na área de abrangência;
- b) Incentivar pessoas com HAS e diabetes mellitus tipo 2 a participar dos grupos de apoio realizados na Unidade Básica de Saúde;
- c) Realizar educação em saúde quanto estilo de vida saudável durante consultas médicas com pessoas com HAS e diabetes mellitus tipo 2;
- d) Conhecer de que forma as pessoas com HAS e diabetes mellitus tipo 2 estão realizando a terapia medicamentosa e orientar o uso adequado dos medicamentos.

3 Revisão da Literatura

O aumento da esperança de vida, associado às modificações dos estilos de vida da sociedade tem levado ao aumento de fatores de risco de doenças crônicas, designadamente, o excesso de peso, o sedentarismo, o baixo consumo de frutos e produtos hortícolas, bem como o consumo de álcool (MATOS et al., 2020), que podem resultar em doenças crônicas não transmissíveis.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam um grave problema mundial de saúde pública, e corresponde a um elevado número de mortes no mundo. Mundialmente, do total de óbitos ocorridos no anos de 2012, 68% estavam relacionados às DCNT. No Brasil, esse grupo de doenças corresponde a aproximadamente 75% das causas dos óbitos em pessoas de 30 a 69 anos, período da vida de maior produtividade (BRONDANI et al., 2012).

Dentre as doenças responsáveis pela maior parte da morbimortalidade decorrente de DCNT, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes *Mellitus* (DM) (CRUZ et al., 2018).

A Hipertensão Arterial Sistêmica é constantemente associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco como a obesidade abdominal, dislipidemia, intolerância à glicose e diabetes mellitus. Essa doença é caracterizada pela elevação sustentada da pressão arterial em valor maior ou igual a 140 mmHg de sistólica e 90 mmHg de diastólica (MALACHIAS et al., 2016).

Segundo Malachias et al. (2016) a Hipertensão Arterial Sistêmica, independente de outras doenças associadas, aumenta o risco de morte súbita, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca e doença renal crônica e arterial periférica, e que acomete 32,5% dos adultos no Brasil, correspondendo a 36 milhões de pessoas adultas, e mais de 60% dos idosos.

Conforme Radovanovic et al. (2014) as pessoas obesas têm mais chances de serem hipertensas do que a população de peso adequado. No estudo de Siviero, Scatena e Jr (2005) mais da metade de infartados eram hipertensos. (BRITO; PANTAROTTO; COSTA, 2011) em seu estudo trazem que 94,1% dos pacientes com Acidente Vascular Encefálico eram hipertensos, e conforme Sousa et al. (2019) os tabagistas que são hipertensos têm maior risco de doenças cardiovasculares, mesmo com tratamento clínico otimizado. Nesse estudo o tabagismo mostrou relevância estatística significativa com infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e coronariopatias.

No que concerne o diabetes mellitus (DM), essa é uma doença endócrino-metabólica de etiologia heterogênea, caracterizada por hiperglicemia crônica, resultante de anomalias da secreção, no caso do DM tipo 1, ou da ação da insulina, no caso do DM tipo 2 (SOUSA

et al., 2019). SBD (2019) afirma que o DM é considerado uma epidemia, atingindo 425 milhões de indivíduos em todo o mundo e com perspectiva de aumento nas próximas décadas, se persistir o cenário atual.

Dentro dos tipos de diabetes, o tipo dois corresponde a, por volta de 90 e 95 % dos casos, e envolve genética e fatores ambientais em sua origem, incluindo dieta e falta de atividade física (SBD, 2019).

O diagnóstico de Diabetes Mellitus se dá com duas glicemias de jejum de 8 horas em duas ocasiões diferentes, correspondendo a valores iguais ou maiores a 126 mg/dL (SBD, 2019)

Segundo é elencado por Matos et al. (2020) a educação em saúde para pessoas com diabetes deve ser baseada em orientação quanto a dieta, exercício físico, terapêutica medicamentosa, *empowerment*, autocuidado dos pés, monitoração de glicemia capilar e autogestão da doença. Nesse mesmo estudo, foi observado que o sedentarismo estava correlacionado com coronariopatias como complicação; nele também o grupo que apresentava apenas hipertensão arterial sistêmica sem diabetes mellitus associada não apresentou doença renal estatisticamente significativa.

Quanto aos programas relacionados a assistência de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, o Ministério da Saúde criou o sistema HiperDia, que ocorreu nos ambulatórios do SUS, descrevendo perfil epidemiológico dos pacientes, gerando informações para os gestores em saúde, permitindo acompanhamento da assistência ao paciente (MS, 2001)

Sousa et al. (2019) em seu estudo, realizaram a caracterização dos usuários cadastrados no HiperDia no município de Sobral no estado do Ceará, e como resultado houve prevalência de mulheres entre 50 e 59 anos; nele o tabagismo, como fator de risco, foi mais frequente nos pacientes que tiveram acidente vascular cerebral como complicação, assim como o sedentarismo, sobrepeso e obesidade dividiram o acidente vascular cerebral e o infarto agudo do miocárdio como complicação mais frequente.

Em 2004 o Programa Farmácia popular do Brasil surge como uma modalidade de copagamento e é sustentado por meio de convênios entre firmados com parceiros públicos e privados sem fins lucrativos, sem gastos aos usuários do SUS. Já para os usuários, não há gastos, pois o objetivo do programa é distribuir de modo universal, igualitário e gratuito, entre outros, os medicamentos para a hipertensão e diabetes, em toda a extensão do território brasileiro (PINTO et al., 2010).

O Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Promoção da Saúde, com a finalidade de levar qualidade de vida e redução de vulnerabilidade e riscos à saúde, focando na atenção básica, definindo como prioridades a alimentação saudável, atividade física e práticas corporais (MS, 2008)

Em 2006 foi realizado o Pacto Pela Vida, exigindo estratégias mais efetivas pelos municípios para a abordagem da hipertensão e a vigilância epidemiológica. Existe tam-

bém o Inquérito Nacional de Fatores de Risco para Doenças Crônicas e Violências que abrangem vigilância e monitoramento dos principais fatores de risco desses agravos para levantamento de estimativas (MS, 2008)

Conforme Chaves-Costa et al. (2019) as ações de vigilância em saúde são importantes pois, apontam cumprimento das metas através dos mais diversos programas estabelecidos. Segundo estudo de Fortes et al. (2011) 50,86% dos casos atendidos no grupo HiperDia não percebiam seu estado de saúde alterado, relacionando a hipertensão como sendo uma doença silenciosa.

No estudo de Carriello e Souza (2019) foi relatado causas de futura internação hospitalar que poderiam ser evitadas a hipertensão e diabetes. Conforme Cruz et al. (2018) a forma de realizar grupo HiperDia mudou, passando a utilizar vídeos, rodas de conversa, dinâmicas de grupo variadas e surgimento do grupo de caminhada, com relato de um paciente que pela primeira vez teve sua pressão arterial em valor adequado, após a modificação da abordagem no grupo.

O nível básico de atenção à saúde, primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, possui grande potencial de resolver boa parte das queixas que a ele chegam, uma vez que sistemas de saúde baseados no fortalecimento da atenção básica estão organizados de modo a atender à maioria dos problemas de saúde e a enfatizar ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos (BRONDANI et al., 2012).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) vem se moldando no interior das políticas de saúde, com intuito de promover, expandir e consolidar a Atenção Primária no Brasil. Ao longo de sua consolidação e de acordo com as realidades e necessidades locais, a ESF agregou novas dimensões à sua dinâmica, ampliando seu alcance e considerando o modo de vida da população (CARRIELLO; SOUZA, 2019).

Logo, por se caracterizarem como doenças muitas vezes silenciosas, altamente incidentes na população em geral e com complicações a longo prazo já estabelecidas, a hipertensão arterial sistêmica e diabetes tipo 2 merecerem atenção especial, com vigilância e monitoramento desses pacientes de forma rotineira, prevenindo agravos e internações desnecessárias e/ou evitáveis, nesse mérito, merece destaque a importância do cuidado da atenção básica na mudança do padrão da doença nesses pacientes.

4 Metodologia

Este projeto de intervenção tem a finalidade de diminuir as descompensações de doenças crônicas como a Hipertensão Arterial Sistêmica, diabetes mellitus tipo 2 e suas complicações. Primeiramente foi realizada uma revisão narrativa da literatura, que possibilitou caracterizar as produções sobre o assunto, além disso, fomentar teoricamente a intervenção, que, através da revisão de literatura será possível ter um apoderamento da temática para identificar as melhores formas de atingir o objetivo desse estudo (BRUM, 2016, p. 124).

Posteriormente, será realizada uma busca ativa dos pacientes hipertensos e diabéticos tipo 2 que não visitavam a unidade de saúde S. Bom Jesus em Soledade, Rio Grande do Sul, por seis meses ou mais, em conformidade com a secretaria de saúde municipal, o projeto será executado sem custos adicionais utilizando pessoal e material previamente existentes na unidade de saúde S. Bom Jesus e iniciado no dia 25 de maio de 2020.

As agentes de saúde da família da unidade irão a campo realizar busca ativa, observando disponibilidade de horários. Com a equipe da enfermagem será realizada marcação de consultas em horários compatíveis com a disponibilidade dos pacientes e agenda do centro de saúde, ao comparecerem a unidade de saúde em horário previamente agendado, esses pacientes terão a pressão arterial sistêmica aferida e a glicemia do horário medida pela equipe de enfermagem, após isso comparecerão à consulta médica.

Na consulta médica será perguntado aos pacientes sobre o uso dos fármacos, quais medicamentos fazem uso, há quanto tempo fazem uso, quem os prescreveu inicialmente, as doses, frequências e adesão. Também será indagado quanto a alimentação e prática de exercícios físicos, além do controle da pressão arterial sistêmica e diabetes mellitus, solicitando se os mesmos mantêm as aferições em casa de forma rotineira, e se as mantêm, em quais valores permanecem ou se as possuem anotadas, indagando ainda se os mesmos mantêm acompanhamento com médico clínico, equipe multidisciplinar ou especialistas nas suas doenças de base como endocrinologista e cardiologista, especialmente nos últimos seis meses ou mais que se mantiveram sem acompanhamento na unidade de saúde. Também será questionado quanto a doenças pré-existentes que não seja a hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2, e quanto ao tabagismo, fatores que podem aumentar o risco cardiovascular dos pacientes ou prejudicar sua adesão ao tratamento.

As orientações quanto a mudança do estilo de vida no que tange atividade física, alimentação saudável e diminuição dos fatores de estresse serão realizados de forma rotineira e continuada em cada consulta de maneira conjunta com a orientação enfática e persistente ao uso correto dos medicamentos e controle da doença de base, com monitoração ambulatorial da pressão arterial e glicemias por sete dias em caderneta adequada a esse fim distribuída pela Secretaria Municipal de Saúde.

O público alvo será incentivado ativamente a retornar a consulta para acompanhar as doenças crônicas de base, as monitorando e as compensando, fazendo mudança do estilo de vida e uso de fármacos ajustados em dose, frequência e previamente orientados, podendo diminuir as morbimortalidade e futuras internações hospitalares devido às doenças descompensadas e suas possíveis complicações, pois conforme o quadro atual, a pandemia de SARS-CoV-2 que temos enfrentando é importante que os pacientes estejam com suas doenças de base compensadas, como possível fator incrementador de sobrevida já que os mesmos são considerados população de risco segundo o Ministério da Saúde. Nesse sentido é aconselhável que os mesmos não compareçam a internações em unidades hospitalares que possuem pacientes infectados pelo coronavírus (Covid-19), podendo os mesmos serem infectados.

Além do levantamento de dados relativos ao controle da doença de base em condição prévia ao primeiro atendimento, também serão levantados dados quanto ao controle após o primeiro atendimento.

5 Resultados Esperados

Tendo em vista que, no Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) correspondem a aproximadamente 75% das causas dos óbitos em pessoas de 30 a 69 anos, período da vida de maior produtividade (BRONDANI et al., 2012) e que dentre as doenças responsáveis pela maior parte da morbimortalidade decorrente de DCNT, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) (CRUZ et al., 2018), e que o perfil da área adscrita a unidade de saúde S. Bom Jesus, em Soledade, conta com uma população majoritariamente constituída por adultos, foi realizada, com base nisso, busca ativa dos paciente hipertensos e/ou diabetes mellitus tipo 2 com a finalidade de realizar esse projeto de intervenção.

Dos 25 pacientes hipertensos e/ou diabéticos que não acompanhavam há um período maior ou igual a 6 meses e que compareceram na unidade de saúde, 18 estavam descompensados de suas doenças de base, com a Pressão Arterial Sistêmica maior ou igual a 160x100 mmHg e/ou glicemia capilar na ocasião maior ou igual a 200 mg/dL.

Os 13 pacientes hipertensos e/ou diabéticos que já compareciam a Unidade Básica de Saúde de forma rotineira, ou seja, aqueles que não foram captados pela busca ativa, mas sim, por cuidado continuado na unidade de saúde, apenas três deles estavam descompensados de suas doenças de base, demonstrando a importância do acompanhamento na Estratégia de Saúde da Família.

A maior parte dos pacientes usavam medicamentos que não eram ajustadas há anos, tendo em vista a cronicidade das doenças e necessidade de acompanhamento rotineiro das mesmas, quanto ao uso de insulina, havia paciente que aplicava a insulina de maneira incorreta, a maioria dizia fazer uso correto das medicações prescritas, porém ao longo das consultas foi dado ênfase na necessidade da adesão terapêutica correta e atualizada, tendo em vista possíveis consequências na morbimortalidade dos pacientes.

No retorno dos pacientes chamados na busca ativa e que não consultavam na unidade de saúde há 6 meses ou mais, após as devidas orientações em relação aos medicamentos, ajuste de dose, forma de uso, importância da adesão ao tratamento, acompanhamento regular na Unidade Básica de Saúde, mudanças no estilo de vida, além de sanção de possíveis dúvidas ou questionamentos que os pacientes apresentavam, foram monitoradas pressão e glicemia em casa ou via ambulatorial, a depender das condições do paciente, então os pacientes retornaram. Dos pacientes em retorno, 10 já haviam alcançado meta de pressão arterial e dois pacientes haviam alcançado meta de glicemia.

O retorno de um modo geral foi realizado após sete dias da data da primeira consulta, como orientado, porém, em alguns casos houve atrasos. No retorno, entretanto, cinco pacientes hipertensos ainda não haviam alcançado metas de pressão arterial e três pacientes diabéticos ainda não haviam alcançado metas de glicemia, porém todos os pacientes no

retorno estavam melhores em relação a sua condição basal antes da primeira consulta, no que se refere a níveis pressóricos e glicêmicos e ao bem estar de forma geral, incluindo sintomas secundários a hipertensão e/ou hiperglicemia.

O grupo do HiperDia realizado na unidade S. Bom Jesus não tinha boa adesão da população, diferentemente do grupo HiperDia da unidade adjacente ao S. Bom Jesus, o S. Rita que contava com uma participação de aproximadamente 30 pacientes por dia no grupo, porém foi realizada uma chamada dos pacientes a participarem do grupo local do S. Bom Jesus, os pacientes foram convidados durante as consultas e também durante a triagem pela equipe de enfermagem, as agentes de saúde também informaram os pacientes sobre a realização de um grupo com atividade diferente do habitual, foram levadas então aproximadamente 50 pacientes ao parque municipal local, com apoio da secretaria de saúde local que disponibilizou dois ônibus para levar os pacientes às atividades, realizando na ocasião uma caminhada coletiva, lanche com salada de frutas, alongamento com educador físico, e atividade em grupo com psicóloga, porém devido a pandemia os grupos de HiperDia foram suspensos no município pela secretaria de saúde após a realização dessa atividade.

Observou-se que os pacientes que retornaram a unidade de saúde após o período definido, ou próximo dele, na sua maior parte, tiveram boa adesão terapêutica, melhora do estilo de vida quando perguntados, e alcance de metas pressóricas e glicêmicas, fato que alguns declararam nunca antes ter sido alcançado, ainda que acompanhados anteriormente por especialistas, porém de forma ocasional, ou melhora dos níveis de pressão arterial e glicêmica prévios; além disso, alguns pacientes entenderam os malefícios do cigarro como fator que desabonava sua saúde, manifestando por vezes, desejo em parar ou diminuir a quantidade de cigarros consumida.

Com isso, espera-se que haja maior controle e menores descompensações com consequente diminuição de morbidade e mortalidade cardiovasculares e por possíveis doenças oportunistas do estado pró-inflamatório que as doenças de bases, hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus tipo 2 podem ocasionar, também menos internações e também reduzidas as mortes evitáveis por descontrole dessas doenças, que elevariam o risco cardiovascular dos pacientes de uma maneira geral, sendo as DCNT responsáveis comprovadamente por grande causa de mortalidade.

Além disso, diminuir fatores de risco associados como obesidade, dislipidemia e tabagismo, com base em conscientização da população quanto ao estilo de vida, também espera-se prevenção primária de hipertensão arterial sistêmica e diabetes e diminuição de risco cardiovascular, tendo em vista que na etiopatogenia dessas doenças o fator ambiental está presente, observando que uma população mais consciente é agente promotora de saúde na comunidade adscrita e em seus núcleos familiares.

Contudo, também espera-se diminuir os gastos públicos com essas doenças, tendo em vista a ampla porcentagem da população acometida por elas se utilizando de estratégias

já bem elaboradas pelo Ministério da Saúde e dos recursos disponíveis na unidade de saúde da família.

Referências

- BRITO, E.; PANTAROTTO, R.; COSTA, L. A hipertensão arterial sistêmica como fator de risco ao acidente vascular encefálico (ave). *J Health Sci Inst*, v. 29, n. 4, p. 265–268, 2011. Citado na página 13.
- BRONDANI, S. et al. Hipertensão arterial: abordagem interdisciplinar na atenção básica. *Anais do 3º Fórum de Fisioterapia*, v. 21, n. 3, p. 29–31, 2012. Citado 3 vezes nas páginas 13, 15 e 19.
- BRUM, C. N. de. Revisão narrativa de literatura: aspectos conceituais e metodológicos na construção do conhecimento da enfermagem. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (Ed.). *Metodologias da pesquisa para enfermagem e saúde*. Porto Alegre: Moriá, 2016. p. 123–142. Citado na página 17.
- CARRIELLO, L. dos S. S.; SOUZA Ândrea Cardoso de. Estratégia saúde da família e internações por condições sensíveis à atenção básica: caminhos possíveis. *Revista Pró-UniverSUS*, v. 10, n. 2, p. 97–100, 2019. Citado na página 15.
- CHAVES-COSTA, F. B. et al. Avanços para redução da morbimortalidade das doenças crônicas não transmissíveis na população brasileira. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, v. 18, n. 37, p. 1–15, 2019. Citado na página 14.
- CRUZ, P. J. S. C. et al. Popular education as a guideline of health promotion groups for persons with hypertension and diabetes in basic attention: pathways and learning based on an experience. *Rev. APS*, v. 21, n. 3, p. 387–398, 2018. Citado 3 vezes nas páginas 13, 15 e 19.
- FORTES, A. F. A. et al. Perfil epidemiológico de usuários hipertensos cadastrados no programa hiperdia. *Enfermagem Brasil*, v. 10, n. 1, p. 5–11, 2011. Citado na página 15.
- IBGE. *Censo Demográfico*. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/soledade/panorama>>. Acesso em: 21 Mai. 2017. Citado na página 9.
- MALACHIAS, M. V. B. et al. Vii diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 3, n. 107, p. 1–103, 2016. Citado na página 13.
- MATOS, A. et al. Health education for the elderly with diabetes mellitus: A scoping review. *Revista da UIIPS*, v. 8, n. 1, p. 293–309, 2020. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- MS, M. da S. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus*. Brasília: Editora MS, 2001. Citado na página 14.
- MS, M. da S. *Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis: Promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência*. Brasília: Editora MS, 2008. Citado na página 14.
- PINTO, C. D. B. S. et al. Preços e disponibilidade de medicamentos no programa farmácia popular do brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 44, p. 1–9, 2010. Citado na página 14.

RADOVANOVIC, C. et al. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. *Rev Latinoam Enferm*, v. 22, n. 4, p. 547–553, 2014. Citado na página 13.

SBD, S. B. de D. *A Sociedade Brasileira de Diabetes: Diretrizes 2019-2020*. Brasília: Clannad, 2019. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.

SIVIERO, I.; SCATENA, M.; JR, M. C. Fatores de risco numa população de infartados. *Rev Enferm UERJ*, v. 23, p. 319–324, 2005. Citado na página 13.

SOUSA, N. A. de et al. Fatores de risco e complicações em diabéticos/hipertensos cadastrados no hiperdia. *SANARE*, v. 18, n. 1, p. 31–39, 2019. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.