



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

Andre do Carmo Rezende

A Abordagem Terapêutica das Doenças Crônicas  
Circulatórias Não Transmissíveis (DCCNT) na  
Comunidade do Morro do Castro, São Gonçalo - RJ

Florianópolis, Março de 2023



Andre do Carmo Rezende

A Abordagem Terapêutica das Doenças Crônicas Circulatórias Não Transmissíveis (DCCNT) na Comunidade do Morro do Castro, São Gonçalo - 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: Rodrigo Otávio Moretti Pires  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023



Andre do Carmo Rezende

A Abordagem Terapêutica das Doenças Crônicas Circulatórias Não Transmissíveis (DCCNT) na Comunidade do Morro do Castro, São Gonçalo - RJ

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

---

**Rodrigo Otávio Moretti Pires**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023



# Resumo

**Introdução:** Com base no estudo realizado diretamente na comunidade do morro do castro, são Gonçalo, RJ, no período de setembro a dezembro de 2019, onde foram analisados seu perfil epidemiológico, identificado seus principais problemas e elaborado um projeto de intervenção envolvendo uma equipe multiprofissional, visando a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos dessa comunidades. **Objetivo:** este estudo tem como finalidade a elaboração de um plano terapêutico eficiente, baseado em evidências, que consiga resultados expressivos no combate a longo prazo às doenças crônicas circulatórias não transmissíveis na comunidade. Resultados esses, que abarque mais de uma faixa etária de idade. **Metodologia:** Analisar e colocar em pratica métodos e formas eficientes comprovadas por algumas das principais autoridades de saúde a nível nacional e internacionais, entre outras, que possuem em comum, metodologias parecidas e concordantes nas terapias ao combate as doenças crônicas circulatórias não transmissíveis (DCCNT). **Resultados esperados:** O que se espera com este projeto é um real impacto positivo na saúde da população da comunidade do morro do castro, traduzida no aumento da qualidade de vida, diminuição das comorbidades e consequentemente aumento da expectativa de vida da população. Uma real mudança no estilo de vida dos indivíduos abordados.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus, Hipertensão, Obesidade, Prevenção Primária, Tratamento Primário





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	9
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	13
2.1	<b>Objetivo geral:</b> . . . . .	13
2.2	<b>Objetivos específicos:</b> . . . . .	13
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	15
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	21
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	25
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	27



# 1 Introdução

A USF Armando Leão Ferreira está localizada dentro da comunidade do Morro do Castro, comunidade essa, atualmente comandada pelo crime organizado e por isso a prática do meu trabalho se torna comum a convivência com as violências e os perigos enfrentados dentro dessa realidade social. Logo a rotina de trabalho se adapta com dia a dia próximo a este contexto representado pela violência, tráfico de drogas e todos os dissabores que isso representa. Torna-se inevitável esse convívio quando os cuidados oferecidos estão intimamente ligados de forma direta ou indiretamente a esses personagens.

Além da violência, que é um problema que abrange a responsabilidade de várias esferas governamentais, existem outros problemas e dificuldades nesse cenário. Um grande número de desemprego, baixo índice de escolaridade, gravidez precoce, índice de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), sobre tudo na população mais jovem, alcoolismo e tabagismo, mortes por enfermidades crônicas não transmissíveis e o número cada vez maior de população jovem desenvolvendo precocemente tais enfermidades.

A unidade possui atualmente duas equipes de ESF: - a equipe 904 e a equipe 901, ambas estão compostas de um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (ACS). A maioria dos ACS da equipe são moradores da própria comunidade a mais de 10 anos, o que facilita bastante a aceitação e a integração da equipe com a comunidade. A atuação médica se pauta na atenção a família e (utilizando sempre a metodologia clínica centrada na pessoa e na família) está sendo muito bem aceita, quase que unanimemente por toda a população e obtendo resultados esperados dentro desse contexto. O território da unidade é dividido para duas equipes, e a área que abrange o território da minha equipe distribuídas entre os cinco ACS, em que cada um possui cerca de 530 a 570 usuários, somando um aproximado de 2700 usuários atendidos por equipe.

Segundo o levantamento no período estudado de setembro a dezembro de 2019, no território correspondente a minha equipe (901) com uma abrangência populacional de 2.386 moradores cadastrados no serviços do SUS, em 2019. Em relação a faixa etária, crianças e adolescentes corresponde a 735 usuários entre (0-19 anos); sendo 166 entre (0-5 anos), 295 entre (06-10 anos), e 274 entre 11-19 anos, 1427 adultos (20-59 anos) com prevalência de alcoolismo, 615 homens adultos (20-59 anos); 812 mulheres adultas (20-59 anos), 224 idosos (com 60 anos ou mais). 269 enfermidades crônicas de tipo circulatórias (HAS e DM) com correspondência de 190 hipertensos, 79 diabéticos. 07 gestantes com acompanhamento Pré-natal pela equipe no período estudado.

No período de setembro a dezembro do ano de 2019: Natalidade 02, Mortalidade 05 mortes, sendo 03 por causas violentas e 02 por enfermidades crônicas não transmissíveis. 01 caso de HIV atendido em consultório para controle, porém, com diagnóstico já Pré-

confirmado e pré-notificado, em tratamento com o setor epidemiológico do município. 04 casos de sífilis, 01 por diagnóstico com notificação realizada no consultório, 03 acompanhamentos. 09 casos novos de Hipertensão no período estudado, explicável por questão migratória e diagnósticos recentes. 05 casos novos de diabetes mellitus. O coeficiente de natalidade na comunidade do morro do castro ( $N^\circ$  de nascidos vivos no período 02 / população da metade do período 2386) no período de setembro a dezembro no ano de 2019 é de 0.83 para cada 1000 habitantes. 09 casos novos de Hipertensão. 05 casos novos de diabetes. 03 mortes violentas, 02 mortes por doenças crônicas. 04 casos de sífilis, 01 diagnóstico, 03 acompanhamento. 01 caso de HIV apenas para acompanhamento, já estava em tratamento com o setor epidemiológico.

Indicadores de mortalidade: de mortalidade geral da população correspondente a comunidade do morro do castro no período de setembro a dezembro no ano de 2019, (Cálculo  $n^\circ$  de óbitos 05 / população total 2386 x 1000) = CGM (taxa de coeficiente Geral de Mortalidade) corresponde a 2.0 mortes a cada 1000 habitantes ou 0.2%, em comparação com o total de óbitos do município de São Gonçalo que é de 6.9 mortes por cada 1000 habitantes, ou 0.69% em 2012.

Município de São Gonçalo: o CGM foi de ( $n^\circ$  de óbitos 7.098 / população total 1.016.128 em 2012 x 1000). Corresponde a 6.9 mortes a cada 1000 habitantes, ou 0.69% em 2012.

Taxa de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, no morro do castro foi de ( $n^\circ$  de óbitos 02 / população em risco 269) = 7.4 mortes por cada 1000 habitantes, ou 0.74% no período de setembro a dezembro no ano de 2019. (Cálculo:  $n^\circ$  de óbitos por determinada causa no período / total de óbitos no mesmo período x 100).

Taxa de mortalidade infantil no município de São Gonçalo em 2012 foi de ( $n^\circ$  de óbitos de menores de 1 ano de idade 144 / 11.811 no ano de 2012 x 1000) 12.1 por 1000 habitantes ou 1.2% no ano de 2012;

Mortalidade materna no morro do castro no período de setembro a dezembro foi zero (Cálculo:  $n^\circ$  de óbitos de mulheres residentes, por causas ligadas a gravidez, parto e puerpério /  $n^\circ$  de nascidos vivos no mesmo período x 1000).

Mortalidade materna em São Gonçalo no ano de 2012 (Cálculo:  $n^\circ$  de óbitos de mulheres residentes, por causas ligadas a gravidez, parto e puerpério 367 /  $n^\circ$  de nascidos vivos no mesmo período 11.811 x 1000) foi de 31.0 por 1000 habitantes, ou 3.1 %.

Frequência de doenças na sua comunidade na comunidade:

Foram identificadas 01 pessoas em tratamento com HIV no período de setembro a novembro no ano de 2019.

A incidência de diabetes em idosos foi de 2.0 por 1000 habitantes ou de 0.2% no ano de 2019.

(Cálculo de incidência:  $n^\circ$  de casos novos em um determinado período 5 /  $n^\circ$  de pessoas ou população expostas ao risco no mesmo período 2386 x 1000). A incidência corresponde a 2.0 a cada 1000 habitantes ou 0.2% no período de setembro a dezembro 2019.

A prevalência de Hipertensão Artéria Sistêmica na comunidade domorro do castro.

(Cálculo de prevalência: nº de casos existentes em um determinado período 190 / número de pessoas na população expostas no mesmo período 2386 x 1000),corresponde a 79.6 a cada 1000 habitantes ou 7.9 % no período estudado de setembro a dezembro 2019.

Informações relacionadas aos serviços de saúde:

Cobertura vacinal de crianças menores de 1 ano é de 99 %. O número de gestantes que a unidade conseguiu captar no período de setembro a dezembro de 2019 para receber o acompanhamento pré-natal foi de 7 gestantes.

A proporção de nascidos vivos com baixo peso foi de zero no período de setembro a dezembro de 2019.

As cinco queixas mais comuns que as mães de crianças menores de 1 ano que levaram a procura a sua unidade de saúde no mês de dezembro de 2019 foram a) rinites b) dor de garganta c) perda de apetite d) asma e) sinusites.

A procura dos serviços se dá de maneira fluente, já que a comunidade tem aderido bem aos serviços oferecidos pela ESF, e a procura pelos serviços tem sido satisfatória até o momento com tendência crescente, pela boa aceitação da metodologia centrada na pessoa e na família implantada pela equipe. O perfil de procura maior pelos serviços são de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis com predomínio das circulatórias como diabetes mellitus e hipertensão artéria sistêmica, também tem crescido o acolhimento de cuidados pré-natais e consultas com puericultura. A faixa etária predominante nos atendimentos é de adultos entre 20 e 59 anos e entre os maiores de 60 anos de idade.

As queixas mais comuns são as relacionadas com obesidade e aumento de peso corporal, mal estar relacionados a descontroles pressóricos de HAS, descompensação de hiperglicemia em pacientes portadores de diabetes mellitus e problemas respiratórios sazonais.

As doenças e os agravos mais comuns são pertinentes as Hipertensão Arterial Sistêmica e seus agravos tais como cefaleias, urgências hipertensivas, edema de membros inferiores entre outros; em segundo lugar a diabetes mellitus com ênfase em DM tipo II, tem sido bem frequente entre os usuários, sendo suas descompensações como agravos, levando a estados hiperglicêmicos de alerta, dificuldade de cicatrização de ferimentos, obesidade sobretudo com observação a acúmulos de gordura visceral abdominal.

Sempre é importante lembrar em que pacientes com características de enfermidades crônicas circulatórias não transmissíveis deve se atentar, além das já mencionadas, as situações de dislipidemia e risco cardiovascular.

Tendo em vista o perfil da comunidade e as principais necessidades de saúde evidenciadas no período estudado, entendo que o principal problema abordado seria o fato de o número de portadores de enfermidades crônicas circulatórias não transmissíveis dentro da comunidade ser de 269 casos, superando até mesmo o número de população de idosos acima de 60 anos de idade que é de 224 usuários.

A justificativa de um projeto de intervenção se dá, devido aos dados avançados que

claramente nos aponta ao entendimento de que o problema atinge a uma faixa etária de pessoas mais jovens, sobretudo entre 20 e 59 anos, que em tese não deveriam possuir esse perfil epidemiológico. Se nada for feito a respeito, a tendência é que a próxima geração de idosos terá um número cada vez maior de pessoas acometidas por esses agravos e com tendência de curva crescente. A unidade de saúde e a equipe de ESF possuem os componentes básicos para um projeto de intervenção direta nesse problema, podendo contar com o conhecimento superior e técnico de uma equipe multiprofissional, lideradas por um direcionamento médico e com o apoio das equipes do NASF, podendo utilizar o apoio de psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, educadores físicos entre outros profissionais.

O momento para o projeto de intervenção é oportuno porque ao intervir de imediato poderemos prevenir que o quadro social se agrave e ainda mudaríamos a qualidade de vida do público alvo. Um trabalho preventivo bem elaborado e bem direcionado pode ter um impacto positivo e direto sobre o problema mencionado.

Se observa que claramente o projeto estaria de acordo com os interesses da comunidade, já que teriam seus membros mais saudáveis e com maior expectativa de vida, e a unidade teria um maior controle sobre os agravos e também conseguiria bons números para mostrar resultados e alcance de metas na prevenção de tais doenças, diminuiria gastos futuros para o estado, já que os gastos com saúde caem consideravelmente quando se faz uma ação preventiva em relação às ações interventivas.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo geral:

Construir estratégia para minimizar a situação de adoecimentos por enfermidades crônicas circulatórias não transmissíveis entre a faixa etária dos idosos e outras faixas etárias, em percentuais abaixo ou igual ao número de idosos da USF da comunidade do Morro do Castro, no município de São Gonçalo, RJ.

### 2.2 Objetivos específicos:

1. Elaborar um plano para promover suporte e orientação para mudança de estilo de vida, hábitos e costumes, combate ao sedentarismo, obesidade e ao sobrepeso das pessoas acometidas. Também consiste na promoção de práticas esportivas e orientações alimentares, visando a obtenção de resultados expressivos dentro do contexto do problema. Organizar grupos de tabagismo e etilismo com público específico, com o apoio dos profissionais do NASF. As abordagens devem ter ênfase preferencial em Hipertensão Arterial Sistêmica e diabetes mellitus, junto aos grupos organizados com o público alvo.
2. Implantar o plano estratégico de intervenção com objetivos claros e devidamente direcionados para a resolução do problema abordado.
3. Desenvolver um projeto que vise como resultado a diminuição dos números de incidência e prevalência das enfermidades crônicas circulatórias não transmissíveis, através da prevenção, conscientização e tratamento da população.
4. Fortalecer as reuniões e grupos de pacientes hipertensos, diabéticos e dislipidêmicos, para esclarecimentos, com a clara intenção de sanar dúvidas, dar suporte e orientações.
5. Instituir um programa de mudança de estilo de vida elaborado pela ESF com o apoio dos profissionais do NASF.
6. Elaborar um documento para a gestão municipal relatando o problema junto a coordenação, sua gravidade e impacto a médio e a longo prazo na qualidade de vida das próximas gerações de idosos da comunidade.
7. Discutir melhor a ação da proposta estratégica junto aos profissionais do NASF, para a elaboração de uma abordagem multiprofissional.

8. Propor ações de minimização dos riscos de complicações inerentes, como risco cardiovascular, AVC entre outros.
9. Fazer palestras sobre hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e suas consequências na qualidade de vida dos indivíduos, direcionados ao público alvo, com rodas de conversas sobre os assuntos abordados
10. Realizar reuniões com a equipe e apresentar a situação, as causas e consequências do aumento dos casos de enfermidades crônicas circulatórias não transmissíveis e sua incidência em faixas etárias abaixo dos 60 anos de idade.



## 3 Revisão da Literatura

O presente trabalho, tem como objetivo abordar sistematicamente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus (DM), já que as duas juntas representam a grande maioria dos acometimentos do grupo de doenças Crônicas circulatórias não transmissíveis na Atenção primária. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA sistólica 140 / PA diastólica 90mmHg).

Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SBC, 2010). A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e da expectativa de vida dos indivíduos ((CORDEIRO et al., 2016), (BRASIL, 2013b)). A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, e sua mortalidade geralmente se dá por doenças cardiovasculares (DCV), porque essas aumentam progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SBC, 2010)

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo a maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos ((BURGOS et al., 2010), MS do BRASIL 2013).

O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três. A constatação de um valor elevado em apenas um dia, mesmo que em mais do que uma medida, não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de hipertensão. Cabe salientar o cuidado de se fazer o diagnóstico correto da HAS, uma vez que se trata de uma condição crônica que acompanhará o indivíduo por toda a vida. Deve-

se evitar verificar a PA em situações de estresse físico (dor) e emocional (luto, ansiedade), pois um valor elevado, muitas vezes, é consequência dessas condições. A história clínica e o exame físico de um paciente hipertenso devem ser obtidos de forma completa. Especial destaque precisa ser dado à pesquisa de fatores de risco para HAS (obesidade, abuso de bebidas alcoólicas, predisposição familiar, uso de contraceptivos hormonais, transtornos do sono), achados sugestivos de hipertensão arterial secundária, fatores de risco cardiovascular associados, evidências de dano em órgão-alvo e doença cardiovascular clínica. Também se deve dar especial atenção às síndromes clínicas de descompensação funcional de órgão-alvo, como insuficiência cardíaca, angina de peito, infarto do miocárdio prévio, episódio isquêmico transitório ou acidente vascular cerebral prévios, condições também consideradas para a decisão terapêutica (BRASIL, 2013a).

A abordagem terapêutica da PA elevada inclui medidas não medicamentosas e o uso de fármacos anti-hipertensivos, a fim de reduzir a PA, proteger órgãos-alvo, prevenir desfechos CV e renais. Medidas não medicamentosas têm se mostrado eficazes na redução da PA, apesar de limitadas pela perda de adesão a médio e longo prazo. Revisão sistemática de estudos com duração mínima de 12 a 24 meses, combinando intervenções dietéticas e atividade física de média a alta intensidade, em pacientes usando ou não medicações revelou redução da PAS e da PAD por período < 12 meses de -4,47 (-7,91 a -1,04) mmHg e de -1,10 (-2,39 a 0,19) mmHg, respectivamente. Para períodos de 12 a 24 meses, as reduções observadas foram de -2,29 (-3,81 a -0,76) mmHg e de -1,00 (-3,22 a 1,22) mmHg, respectivamente para PAS e PAD. O impacto direto dessas medidas sobre o risco de desfechos CV é incerto, os estudos são pequenos e breves e os efeitos sobre outros fatores de riscos (FR) poderiam contribuir para a proteção cardiovascular (CV). Por outro lado, resultados de estudos clínicos controlados e randomizados com uso de fármacos anti-hipertensivos placebo controlados em hipertensos, demonstraram claramente redução significativa de mortalidade cardiovascular (CV), acidente vascular encefálico (AVE), infarto do miocárdio e IC. Cabe destacar que a maioria desses estudos avaliou indivíduos com idade  $\geq$  55 anos, de alto risco CV e tempo de seguimento de 3 a 6 anos, limitando, portanto, a extrapolação desses benefícios para o tratamento de longo prazo e em pacientes com outras características. A decisão terapêutica deve basear-se não apenas no nível da PA, mas considerar também a presença de FR, lesão de órgão alvo (LOA) e/ou DCV estabelecida (SBC, 2016)

O termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (BRASIL, 2014)

O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado de condição Sensível à Atenção Primária, ou seja,

evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares ((CORDEIRO et al., 2016), MS do BRASIL 2014). A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. Nos países europeus e nos Estados Unidos (EUA) este aumento se dará, em especial, nas faixas etárias mais avançadas devido ao aumento na expectativa de vida, enquanto que nos países em desenvolvimento, o qual se enquadra o Brasil, este aumento ocorrerá em todas as faixas etárias, sendo que no grupo de 45 a 64 anos, a prevalência será triplicada e, duplicada nas faixas etárias de 20 a 44 anos e acima de 65 anos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012, MS do BRASIL 2014). Essa tendência explica o fato do problema abordado no estudo realizado na comunidade carente do morro do castro, São Gonçalo, RJ, onde se evidencia claramente um aumento crescente de tais enfermidades em faixas etárias mais jovens, dando sentido a afirmativa da problemática de o número de mortes por enfermidades crônicas não transmissíveis superar o número da população de idosos da comunidade.

No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico ((BUONANI et al., 2011), MS do BRASIL 2013) mostram que a prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011. Ao analisar esse dado de acordo com o gênero, apesar do aumento de casos entre os homens, que eram 4,4%, em 2006, e passaram para 5,2%, em 2011, as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 6% dessa população. Além disso, a pesquisa deixou claro que as ocorrências são mais comuns em pessoas com baixa escolaridade. Os números indicam que 7,5% das pessoas que têm até oito anos de estudo possuem diabetes, contra 3,7% das pessoas com mais de 12 anos de estudo, isso representa uma diferença de mais de 50% (BRASIL, 2013b). O levantamento apontou, também, que o DM aumenta de acordo com a idade da população: 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos referiram a doença, um índice bem maior do que entre as pessoas na faixa etária entre 18 e 24 anos, em que apenas 0,6% são pessoas com diabetes. Com relação aos resultados regionais da pesquisa, a capital com o maior número de pessoas com diabetes foi Fortaleza, com 7,3% de ocorrências. Vitória teve o segundo maior índice (7,1%), seguida de Porto Alegre, com 6,3%. Os menores índices foram registrados em Palmas (2,7%), Goiânia (4,1%) e Manaus (4,2%) (MS do BRASIL, 2013). É estimado que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030. Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados a esse incremento na carga de diabetes globalmente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003, BRASIL 2013).

Estudos epidemiológicos demonstram uma relação direta e independente entre os níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular (MOLITCH et al., 2003, MS do BRASIL 2013) fazendo com que a estratégia clínica de prevenção cardiovascular requeira

o conhecimento do estado diabético. No entanto, o diabetes mellitus (DM) pode permanecer assintomático por longo tempo e sua detecção clínica é frequentemente feita, não pelos sintomas, mas pelos seus fatores de risco. Por essa razão, é importante que as equipes de Atenção Básica estejam atentas, não apenas para os sintomas de diabetes, mas também para seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade).

A abordagem terapêutica dos casos detectados, o monitoramento e o controle da glicemia, bem como o início do processo de educação em saúde são fundamentais para a prevenção de complicações e para a manutenção de sua qualidade de vida (prevenção terciária). Algumas ações podem prevenir o diabetes e suas complicações. Essas ações podem ter como alvo rastrear quem tem alto risco para desenvolver a doença (prevenção primária) e assim iniciar cuidados preventivos; além de rastrear quem tem diabetes, mas não sabe (prevenção secundária), a fim de oferecer o tratamento mais precoce.

As pessoas com fatores de risco para DM deverão ser encaminhadas para uma consulta de rastreamento e solicitação do exame de glicemia. Não existem evidências para a frequência do rastreamento ideal. Alguns estudos apontaram que as pessoas que apresentam resultados negativos podem ser testadas a cada 3 a 5 anos [Grau de Recomendação E] (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013, BRASIL 2013). Casos de tolerância diminuída à glicose, glicemia de jejum alterada ou diabetes gestacional prévio, podem ser testados mais frequentemente, por exemplo, anualmente (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013, BRASIL 2013). Recomenda-se que a consulta de rastreamento para a população-alvo definida pelo serviço de Saúde seja realizada pelo enfermeiro da UBS, encaminhando para o médico em um segundo momento, a fim de confirmar o diagnóstico dos casos suspeitos. Os objetivos da consulta de rastreamento são: conhecer a história pregressa da pessoa; realizar o exame físico, incluindo a verificação de pressão arterial, de dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) e do cálculo do IMC; identificar os fatores de risco para DM; avaliar as condições de saúde e solicitar os exames laboratoriais necessários e que possam contribuir para o diagnóstico e para a decisão terapêutica ou preventiva. (BRASIL, 2013).

O DM tipo 2 abrange cerca de 90% dos casos de diabetes na população, sendo seguido em frequência pelo DM tipo 1, que responde por aproximadamente 8% (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010, MS do BRASIL 2013). Além desses tipos, o diabetes gestacional também merece destaque, devido a seu impacto na saúde da gestante e do feto (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010, BRASIL 2013). Em algumas circunstâncias, a diferenciação entre o diabetes tipo 1 e o tipo 2 pode não ser simples. Em alguns casos de dúvida, podem ser solicitados níveis de anticorpos anti-GAD e avaliação da reserva de insulina pancreática por meio da medida de peptídeo-C plasmático. Anticorpos positivos e peptídeo C abaixo de 0,9 ng/ml sugerem o diagnóstico de diabetes tipo 1, enquanto que anticorpos negativos e peptídeo C elevado sugerem diabetes tipo 2 (MARASCHIN et al., 2010, MS do BRASIL 2013). Outros tipos específicos de dia-

betes são mais raros e podem resultar de defeitos genéticos da função das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao DM (BRASIL, 2013). Todas as pessoas com DM, independente dos níveis glicêmicos, deverão ser orientados sobre a importância da adoção de medidas para (MEV) mudança do estilo de vida (NATHAN et al., 2009; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011; MCCULLOCH, 2011<sup>a</sup>, MS do BRASIL 2013) [Grau de Recomendação A] para a efetividade do tratamento. Hábitos de vida saudáveis são a base do tratamento do diabetes, sobre a qual pode ser acrescido – ou não – o tratamento farmacológico. Seus elementos fundamentais são manter uma alimentação adequada e atividade física regular, evitar o fumo e o excesso de álcool e estabelecer metas de controle de peso (GUSSO; LOPES, 2012, MS do BRASIL 2013).

O tratamento do DM tipo 1, além da terapia não farmacológica, exige sempre a administração de insulina, a qual deve ser prescrita em esquema intensivo, de três a quatro doses de insulina/ dia, divididas em insulina basal e insulina prandial, cujas doses são ajustadas de acordo com as glicemias capilares, realizadas ao menos três vezes ao dia. Esse esquema reduz a incidência de complicações microvasculares [GRADE B] e macrovasculares [GRADE C] em comparação com o tratamento convencional de duas doses de insulina/dia (THE DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS RESERCH TRIAL GROUP, 1993, MS do BRASIL 2013). Pela maior complexidade no manejo desses pacientes, eles são, em geral, acompanhados pela atenção especializada (DUNCAN et al., 2013, MS do BRASIL 2013). O DM tipo 2, que acomete a grande maioria dos indivíduos com diabetes, exige tratamento não farmacológico, em geral complementado com antidiabético oral e, eventualmente, uma ou duas doses de insulina basal, conforme a evolução da doença. Casos que requerem esquemas mais complexos, como aqueles com dose fracionada e com misturas de insulina (duas a quatro injeções ao dia), são em geral acompanhados pela atenção especializada (DUNCAN et al., 2013, MS do BRASIL 2013) e serão apenas brevemente abordados aqui. A abordagem das DCNT na Atenção Básica, tem papel importante tanto no tratamento, quanto na prevenção de possíveis comorbidades ou complicações decorrentes de tais transtornos.



## 4 Metodologia

Foi possível através de um diagnóstico da realidade e diagnóstico epidemiológico, estabelecer um perfil social, identificando cinco principais problemas de saúde pública dentro do território de aproximadamente 2.386 usuários cadastrados no SUS, no período estudado correspondente de setembro a dezembro de 2019. Utilizando-se de uma classificação de problemas, com critérios que classifica desde o mais grave ao menos grave, foram classificados de acordo as suas relevâncias e importâncias, com a finalidade de estabelecer uma intervenção direta no problema por meio de nossa equipe.

O problema escolhido para receber nossa intervenção foi um problema considerado como o de segunda maior importância de nossa lista de cinco. Isso porque o problema que mais se destaca da lista, como o de maior importância, caracteriza-se como sendo um problema que não possui o perfil para o nosso propósito, pois, embora sua priorização esteja classificada como sendo de magnitude 4, ser grande e envolver várias famílias, ele, entretanto, também possui a indisposição de ter sua governabilidade classificada como fora de controle, de forma que sua resolução não depende de uma ação direta de nossa equipe, motivo pelo qual optamos pela escolha do segundo problema da lista.

Já este segundo problema possui as características necessárias que buscamos, tais, como: Também ter uma priorização de magnitude 4, também ser grande, envolver várias famílias e muitos indivíduos, ter complexidade estruturada. Porém, diferentemente do primeiro problema, esse segundo se destaca por possuir uma governabilidade de baixo controle, sendo assim, permite uma possível intervenção da equipe sobre a raiz do problema, dando margem para bons resultados e resolubilidades futuras. Por esse motivo foi o problema escolhido para uma intervenção de nossa equipe.

Se torna evidente que o enfoque do trabalho terá que ser voltado nos grupos etários que dentro de duas ou três décadas farão parte do grupo de dos novos idosos da comunidade, para esse grupo serão feitas todas as ações. Desta forma estamos visando claramente faixas etárias entre 30 e 40 anos de idade. Entretanto, com trabalho a longo prazo direcionado a faixas etárias que incluam crianças e adolescentes, já que está muito claro que ao combater a obesidade, sobrepeso, mal alimentação, desnutrição, entre outras, estaremos combatendo diretamente e de forma precoce os casos novos de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, síndrome metabólica, dislipidemias tais como hipertrigliceridemia, hiperlipidemias, entre outras enfermidades que compõe o grupo das enfermidades crônicas circulatórias não transmissíveis (como conclui Cordeiro, na página 1, tópico conclusão, menciona que seus resultados sugerem a implementação de medidas preventivas e de tratamento dos fatores de risco cardiovascular, em crianças e adolescentes, no município de Vitória, ES).

### **Metas:**

1. Identificar o histórico familiar de enfermidades crônicas circulatórias não transmissíveis em parentes próximos de primeiro e segundo grau, para melhor direcionar as orientações e ações mais indicadas a cada caso específico. Indivíduos acima do peso, com obesidade, síndrome metabólica (como sugere Correa, na página 1, tópicos fatores de risco, síndrome metabólica, “a SM implicada na fisiopatologia da DM2, dislipidemia e HAS, compreende três dos seguintes critérios...”), acanthosis nigricans, resistência periférica à Insulina (RI), dislipidêmicos, síndrome de ovários policísticos (SOP), hipertensos, entre outros. Em casos de (DM) O teste a ser utilizado é a glicemia em jejum. A Diabetes Mellitus (DM), é definido por glicemia  $126\text{mg/dl}$  em jejum ou  $> 200\text{mg/dl}$  duas horas após administração de  $75\text{g}$  de glicose (TOTG). Intolerância oral à glicose é definida por glicemia  $140\text{mg/dl}$  e  $< 200\text{mg/dl}$  após o mesmo período de tempo, ou Hb A1C Glicada acima de  $5,3\%$  em mais de uma ocasião de maneira seguida, e glicemia média acima de  $126\text{ mg/DL}$ , também pode dar suporte diagnóstico relevante. Já a hipertensão arterial sistêmica (HAS) possui uma classificação própria, podendo ser essencial quando é a origem primária da patologia, secundária quando a HAS é secundária a algum problema de base como por exemplo AVC. Também possui uma classificação por estágios, segundo a medida casual em consultório a pressão arterial para maiores de 18 anos, pode ser classificada como ótima, normal, limítrofe, HAS estágio I, II e III, acelerada e acelerada maligna, complicada quando está associada a lesão de órgão alvo, HAS do avental branco, HAS mascarada, HAS refretaria ou resistente, urgência hipertensiva e emergência hipertensiva.
2. Promover orientação alimentar para causar uma mudança positiva nos hábitos alimentares das pessoas envolvidas, com palestras semanais na unidade de saúde.
3. Solicitar exames periódicos de controle que contenham uma base de pesquisa de no mínimo: MAPA, ou curva pressórica de Pressão Arterial sistêmica, (medida de acordo com a conclusão de Burgos, na página 1, tópico conclusão, “A presença da hipertensão arterial associada à obesidade e seu reflexo na capacidade cardiorrespiratória reforçam a importância de se propor, já na infância, um estilo de vida mais ativo e saudável”). Controle e prevenção de hiperglicemia e diabetes mellitus, como glicemia em jejum, Hb A1c, Glicada com glicemia média, e insulina total. Provas de função renal como ureia, creatinina, sódio, potássio. Provas de função hepática como hepatograma completo, contendo TGO, TGP, GGT, F/A e bilirrubinas. Função tireoidiana com TSH, T4 livre e T3 livre. Controle dos colesteróis, como exames de lipidograma completo com triglicerídeos e seus precursores, colesterol total e seus precursores. E outros também importantes como vitamina D3, vitaminas B, cálcio iônico, testosterona total, estradiol, progesterona e outros. Determinação de risco cardiovascular em 10 anos e sua respectiva prevenção.



4. Tratamento específico de cada caso diagnosticado, podendo ser desde medidas terapêuticas interventivas até medidas farmacológicas com uso de anti-hipertensivos, como diuréticos, IECA, etc, anti-agregantes plaquetários, anti-hiperglicêmicos, entre outros
5. Promover o combate ao sedentarismo para diminuir peso corporal, práticas esportivas para a diminuição da obesidade e normalidade da circunferência abdominal, com auxílio de um preparador físico do NASF, que atualmente promove atividades físicas as segundas-feiras pela manhã na quadra poliesportiva ao lado da unidade. Promover palestras de orientação alimentar e conscientização de sua importância na infância e adolescência trimestralmente nas escolas circunvizinhas a comunidade, ministradas por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.
6. Promover ao menos uma sessão mensal de grupo de tabagismo com participação da psicóloga, para uma ação efetiva ao problema.

As ações serão feitas na sua maioria dentro da unidade de saúde, estendendo-se as escolas circunvizinhas e na quadra poliesportiva da comunidade, podendo se dar também em ocasiões nas visitas domiciliares com busca ativa de pacientes que possuam o perfil ao problema. Ação: Realizar reunião com a equipe e profissionais do NASF, como preparador físico, nutricionista e psicólogo e apresentar a situação, as causas e consequências do problema na comunidade. Elaborar e pôr em prática o plano de ação. Responsável pela ação: médico, dará suporte e orientação, diagnóstico e tratamento terapêutico específico a cada caso.

Enfermeiro(a), dará suporte na elaboração, orientação e realizações de palestras de controle direcionados ao público alvo. Técnico de enfermagem, dará suporte técnico nos cuidados de enfermagem dos tratamentos e terapêutica propostos pelo médico e enfermeiro. Agente Comunitário de Saúde, realizara a busca ativa de cada paciente que tenha o perfil, também dará suporte nas ações realizadas, e fará orientações e terá participações em palestras educativas. Agrega-se como colaboradores da ação os seguintes profissionais do NASF: Preparador físico, para elaborar e pôr em prática atividades físicas direcionadas a cada paciente de maneira individual ou coletiva, direcionadas ao combate ao sedentarismo e diminuição do peso, circunferência abdominal e índice de massa corporal.

Nutricionista, com dietas alimentares a pacientes com extrema dificuldades de controle de peso, com dietas direcionadas a terapêutica envolvida. Psicólogo(a) do NASF, com orientação e suporte psicológico aos pacientes envolvidos.

Prazo para a realização do início da ação: 15 de dezembro de 2020, ação de longo prazo com tempo indeterminado para duração e frequência constante.



## 5 Resultados Esperados

A descrição do problema na íntegra é o número de portadores de enfermidades crônicas circulatórias não transmissíveis (que é de **269 casos ou 11,2% da população**), superar o número da população de idosos (que é de 224 idosos, ou 9,3% da população) com 60 anos ou mais.

Sem contar pelo fato de que não são todos os idosos em sua totalidade, portadores de enfermidades crônicas circulatórias não transmissíveis.

Devemos entender que o problema se torna ainda mais preocupante se nos atermos ao fato de que ainda existe entre a população idosa, mesmo que em um número bastante reduzido, aqueles que gozam de boa saúde. Dou como exemplo, três de agentes comunitários, da equipe 901, da unidade de saúde, que possuem as seguintes características: também são moradores da comunidade, são de faixa etária acima de 60 anos; são ativos, são produtores, e todos os três gozam de boa saúde.

Isso claramente nos direciona a um entendimento de que são indivíduos de outras faixas etárias que estariam elevando esse número de casos (como conclui Pereira, na página 1, tópico conclusão “o presente estudo fornece subsídios para hipótese de uma distinta prevalência de excesso de peso entre escolares da rede pública...detectando altos índices de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia...), (opinião similar tem Cordeiro, na página 1, tópico conclusão, menciona que seus estudos mostram altos índices de crianças e adolescentes acometidos tanto por excesso de peso quanto pela hipertensão arterial).

Com essa visão panorâmica podemos direcionar nossas ações de intervenção a um público mais complexo, devido ao fato de que esses indivíduos estão distribuídos em diversas faixas etárias de idade. Então, estamos falando das crianças com hábitos alimentares inadequados, se tornando obesas desde os primeiros anos de vida, pais que também possuem hábitos inadequados e costumes poucos saudáveis e que já encontram-se em sobrepeso ou até mesmo com algum grau de obesidade, adolescentes adictos a fast-food, e alimentos ultra processados, portadores de distúrbios que levam a ansiedade, insônia e depressão, jovens que cada vez mais cedo iniciam-se no vício de tabagismo, alcoolismo, drogadição ou toxicod dependência, sobe o risco de sofrer alguma lesão sistêmica que possa servir como enfermidade de base realçando um gatilho cardiovascular circulatório com danos permanentes ou não, com influência direta na HAS podendo classificar-se em HAS secundária, entre outros.

- que se espera como resultado das ações, seria: uma abrangente identificação de indivíduos de faixas etárias variáveis que possuam o perfil do público alvo, controle e monitoramento de quadros clínicos agudos ou crônicos com redução de sinais e sintomas atuais, diminuição de riscos cardiovasculares uma vez iniciado tratamento,

modificação significativa nos hábitos e costumes dos indivíduos envolvidos refletindo em um estilo de vida mais saudável, com rotinas de práticas esportivas e alimentações mais saudáveis. Diminuição considerável no número de tabagistas.

O tipo de ação escolhida possui forte tendência de caráter preventivo e educativo, já que a ideia principal é de um trabalho de ação a longo prazo com efetiva conscientização dos indivíduos formadores do público alvo. Seja com palestras ou seja com abordagem direta em consulta, ou até mesmo visitas em domicílios. A ideia é uma real mudança de estilo de vida, hábitos e costumes, combate a praticas pouco saudáveis, e combate ao sedentarismo. Porém, o trabalho se estende ao tratamento imediato de pacientes com perfil patológico que mérita uma intervenção a curto prazo, até mesmo com o imediato uso de medicações, em casos de descompensação de diabetes mellitus, urgências hipertensivas entre outras. Com as ações preventivas, educação e orientação do público alvo, o esperado é uma redução considerável de casos novos a longo prazo, e uma real evolução de quadros clínicos de casos atuais, podendo até mesmo chegar a um estado de ausência de sinais e sintomas patológicos, determinando um real controle sobre a enfermidade.

Redução e controle de casos atuais a curto prazo e conseqüentemente diminuição no quadro geral de casos novos a longo prazo. O que se espera dessas ações é uma tendência suficientemente influente e produtora de um impacto abrangente e positivo a longo prazo na qualidade de vida da população da comunidade nas próximas décadas.

# Referências

BRASIL, M. da Saúde do. *ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA DIABETES MELLITUS*: Cadernos de atenção básica, n° 36. Brasília, Distrito Federal, Ministério Da Saúde: MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria-Executiva Subsecretaria de Assuntos Administrativos, 2013. Citado na página 16.

BRASIL, M. da Saúde do. *ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA*: Cadernos de atenção básica, n° 37. Brasília, Distrito Federal, Ministério Da Saúde: MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria-Executiva Subsecretaria de Assuntos Administrativos, – MS – OS 2013/0358, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.

BRASIL, M. da Saúde do. *ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA*: Cadernos de atenção básica, n° 37. Brasília, Distrito Federal, Ministério Da Saúde: MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria-Executiva Subsecretaria de Assuntos Administrativos, 2014. Citado na página 16.

BUONANI, C. et al. Prevenção da síndrome metabólica em crianças obesas: uma proposta de intervenção. \* *Revista Paulista de Pediatria*, v. 29, n. 2, p. 1–1, 2011. Citado na página 17.

BURGOS, M. S. et al. Uma análise entre índices pressóricos, obesidade e capacidade cardiorrespiratória em escolares. *Arquivos Brasileiros de cardiologia. Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, Santa Cruz do Sul, RS - Brasil*, v. 94, n. 6, p. 1–1, 2010. Citado na página 15.

CORDEIRO, J. P. et al. Hipertensão em estudantes da rede pública de Vitória/es: Influência do sobrepeso e obesidade. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 22, n. 1, p. 1–1, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.

SBC, S. B. de C. *6ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial*. Av. Marechal Câmara, 360/330-Centro-Rio de Janeiro CEP 20020907: Arq Bras de Cardiol, 2010. Citado na página 15.

SBC, S. B. de C. *7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial*. Av. Marechal Câmara, 160-3º Andar, sala 330-Centro-Rio de Janeiro CEP 20020907: Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2016. Citado na página 16.