



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UnB)
FACULDADE DE CEILÂNDIA (FCE)
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

RODRIGO BORGES SCERNI

**PERFIL DOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO E DIABETES
ACOMPANHADOS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
EM UMA ÁREA DE CEILÂNDIA-DF.**

Brasília-DF

2013

RODRIGO BORGES SCERNI

**PERFIL DOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO E DIABETES
ACOMPANHADOS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
EM UMA ÁREA DE CEILÂNDIA-DF.**

Trabalho apresentado à Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia como requisito para obtenção do grau de bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dra. Vanessa Resende Nogueira Cruvinel

Brasília-DF

2013

**PERFIL DOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO E DIABETES
ACOMPANHADOS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
EM UMA ÁREA DE CEILÂNDIA-DF.**

RODRIGO BORGES SCERNI

Trabalho apresentado à Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, como exigência para obtenção do grau de bacharel em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em 20 de dezembro de 2013.

Prof.^a Dra. Vanessa Resende Nogueira Cruvinel
Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Orientadora

Prof.^a Dra. Larissa Grandi Vaistman Bastos
Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Avaliadora

Prof.^a Ma. Danuze Batista Lamas Gravina
Universidade Católica de Brasília
Avaliadora

Brasília-DF, 20 de dezembro de 2013.

Dedico este trabalho aos meus pais, por tudo que fizeram em prol da minha formação educacional e pelo apoio incondicional que sempre me deram, em todos os segmentos. Sempre serei grato, principalmente pelo o amor que me foi dado.

Amo Vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Jesus Cristo e a Deus pela proteção divina e por me darem saúde e sabedoria para realizar todos os projetos de minha vida. Agradeço à minha orientadora Prof.^a Dra. Vanessa Cruvinel por toda a atenção que me foi dada; ao amigo Rekle Siriano, pela transmissão de conhecimentos; à amiga Thaís Coutinho por todo o apoio imprescindível para a construção deste trabalho e aos amigos de turma, principalmente àqueles que direta ou indiretamente lutaram pela consolidação da Faculdade de Ceilândia. Agradeço à minha mulher Elisângela por todo o apoio humano, aos meus filhos Rodrigo Scerni Junior e Blenda Rani Scerni que representam a razão da minha vida, aos meus irmãos Fábio Scerni e Ricardo Scerni por tudo que fizeram por mim ao longo dessa jornada, em especial aos meus pais Feliciano Scerni e Tereza Scerni por serem os responsáveis diretos pela realização deste sonho. Meu carinho intenso a todos os colegas que entraram no curso de Saúde Coletiva no segundo semestre de 2008 e compartilharam comigo momentos de tristeza e de alegria. Meu muito obrigado a todos os professores da faculdade de Ceilândia, principalmente àqueles que estiveram comigo desde a primeira turma do curso de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília da qual me orgulho em fazer parte. Minhas saudações aos Agentes Comunitários de Saúde do Centro de Saúde nº4 de Ceilândia-DF pela presteza que me foi dada em todos os momentos. A todos, o meu muito obrigado.

RESUMO

Introdução: O diabetes mellitus e a hipertensão arterial são doenças que se relacionam e que estão apresentando índices de prevalência cada vez maiores no Brasil e no mundo. O enfrentamento para as doenças crônicas, por parte dos órgãos de saúde, tem ocorrido através de ações intersetoriais e controle participativo. **Objetivo:** Identificar a prevalência de Diabetes Mellitus e de Hipertensão Arterial e o perfil dos portadores destas patologias na comunidade adstrita ao Centro de Saúde nº 4 de Ceilândia – DF. **Metodologia:** Estudo transversal descritivo que utilizou as fichas A e B da atenção básica para analisar as seguintes variáveis da população de portadores de hipertensão e diabetes coberta pelo PACS: sexo, idade, renda, trabalho, educação, uso de tabaco, dieta, consumo de álcool e atividade física. O software EpiInfo 7 foi utilizado para análise dos dados. **Resultados:** Mapeou-se 480 e 166 pacientes portadores de hipertensão e diabetes que correspondem a 14% e 5% da população adulta coberta pelo PACS, respectivamente. Entre os usuários hipertensos e diabéticos pode-se observar 313 (60%) e 103 (20%) do sexo feminino; 167 (32%) e 63 (12%) do sexo masculino, respectivamente. Dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, 58% estavam na faixa etária entre 51 e 70 anos de idade. A renda per capita mensal mais prevalente (74%) ficou para a categoria dos que recebem acima de meio salário mínimo, o que confere uma condição socioeconômica favorável, ou seja, acima da linha da pobreza. A prevalência de tabagismo nos hipertensos foi de 14,8% sendo 8,1% nas mulheres e 6,7% nos homens. Nos diabéticos, foi de 15,1% sendo 7,2% e 7,8% nas mulheres e homens, respectivamente. Dos hipertensos, 70,2% declararam fazer dieta. Destes, 48,8% eram mulheres e 21,5% homens. Dos diabéticos, 79,5% sendo 53,6% de mulheres e 25,9% de homens. A prevalência de alcoolismo nos hipertensos foi de 7,9% sendo 2,3% nas mulheres e 5,6% nos homens. Nos diabéticos, foi de 8,4% sendo 0,6% e 7,8% nas mulheres e homens, respectivamente. Observou-se que 62% dos hipertensos e 66,3% dos diabéticos não estavam trabalhando, sendo 47% e 48,2% de mulheres e 15% e 18% de homens, respectivamente. Apenas 33% dos diabéticos e 36,7% dos hipertensos praticavam atividade física regularmente. Destes, 20% e 21% eram mulheres e 12,9% e 15,7% homens, respectivamente. **Conclusão:** Nesse contexto, é imprescindível que a equipe do PACS e os profissionais do Centro de Saúde 4 possam implementar novas ações de promoção da saúde e de prevenção aos fatores de risco, para melhorar a qualidade de vida desta população.

Palavras chave: Diabetes Mellitus; Hipertensão; Fatores de risco; Promoção da saúde.

ABSTRACT

Introduction: The diabetes mellitus and arterial hypertension are diseases that are related and who are presenting prevalence rates ever larger on Brazil and in the world. The confrontation to the chronic diseases, by the health agencies, has occurred through intersectoral actions and participative control. **Objective:** Identify the prevalence of Diabetes mellitus and arterial hypertension and the profile of persons with these diseases enrolled on community of the health center n. 4 on Ceilândia – DF. **Methodology:** Descriptive cross-sectional study that used the cards A and B of basic attention to analyze the following variables in the population with hypertension and diabetes covered by PACS: Sex, age, income, job, education, tobacco use, diet, alcohol consumption and physical activities. The software EpiInfo 7 was used for data analysis. **Results:** Mapped up 480 and 166 patients bearer of hypertension and diabetes corresponding to 14% and 5% of adult population covered by PACS, respectively. Between users hypertensive and diabetics can be observed 313 (60%) and 103 (20%) of female; 167 (32%) and 63 (12%) of male, respectively. 58% of hypertensive patients and/or diabetics have between 51 and 70 years old. The per-capita income monthly more prevalent (74%) was $>1/2$ minimum wage, which gives a favorable socioeconomic condition, that is to say, above of a poverty line. The prevalence of tobacco use on hypertensive was 14.8%, being 8.1% on female and 6.7% on male. On diabetics, was 15.1%, being 7.2% and 7.8% on female and male, respectively. 70.2% of hypertensive declares dieting. Of these, 48.8% were women and 25.9% are men. Of diabetics, 79.5%, being 53,6% women and 25,9% men. The prevalence of alcoholism on hypertensive was 7.9% being 2.3% on women and 5.6% on men. On diabetics, was 8.4%, being 0.6% and 7.8% on women and men, respectively. It is noted that 62% of hypertensive and 66.3% of diabetics were not working, being 47% and 48.2% of women and 15% and 18% on men, respectively. Only 33% of diabetics and 36.7% of hypertensive practice physical activity regularly. Of these, 20% and 21% were women and 12.9% and 15.7% were men, respectively. **Conclusion:** In this context, is essential the team of PACS and professionals of health center n. 4 can implement news actions of health promotion and prevention to the risk factors, to improve the life qualities of this population.

Key words: Diabetes Mellitus; Hypertension; Risk Factors; Health Promotion.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CS4	Centro de Saúde nº 4 de Ceilândia-DF
DCNT	Doenças Cônicas Não Transmissível
DCV	Doenças Cardiovasculares
DF	Distrito Federal
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização da Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PDAD	Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios
PSF	Programa Saúde da Família
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIAB	Sistema de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UNB	Universidade de Brasília
USF	Unidade de Saúde da Família
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Variáveis Trabalho, Renda per capita e prevalência de analfabetismo nos usuários portadores de hipertensão e diabetes acompanhados pelos ACS.	35
Tabela 2 – Distribuição da frequência das variáveis relacionadas com hábitos e estilo de vida: Tabagismo, Alcoolismo, Dieta e Atividade física	36

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Caracterização, quanto ao sexo, dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados pelos ACS.	33
Gráfico 2 – Distribuição da faixa etária dos usuários portadores de hipertensão e diabetes cobertos pelo PACS	34

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Pirâmides Etárias do Brasil de 2000 e 2005 e Projeções para 2040 e 2045	15
Figura 2 – Tendências Recentes de Mortalidade por DCNT de 1996 a 2000 e 2007	18
Figura 3 – Taxas de Mortalidade por Doenças não Transmissíveis, por Região, em 1996 e 2007	19

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. JUSTIFICATIVA	14
3. REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL	15
3.2 PREVALÊNCIA E IMPACTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NO BRASIL ATUAL	16
3.3 MORBIMORTALIDADE DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	17
3.4 HIPERTENSÃO E DIABETES MELLITUS	21
3.5 A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE e HIPERDIA	23
3.6 PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DCNT	25
4. OBJETIVO	27
4.1 GERAL	27
4.2 ESPECÍFICOS	27
5. METODOLOGIA DA PESQUISA	28
5.1 ASPECTOS ÉTICOS	28
5.2 MÉTODO DE PESQUISA	28
5.3 TIPO DE ESTUDO	28
5.4 LOCAL DE ESTUDO	29
5.5 COLETA DE DADOS	30
5.6 AVALIAÇÃO DOS DADOS	30
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
8. REFERÊNCIAS	42
ANEXO A - FICHA A	49
ANEXO B - FICHA B-HIP - Ficha para acompanhamento de hipertensos	51
ANEXO C - FICHA B-DIA - Ficha para acompanhamento de diabéticos	52
ANEXO D – PARECER APROVADO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	53

1. INTRODUÇÃO

As mudanças do perfil epidemiológico, demográfico e nutricional do início do século XX para os dias atuais na população, caracterizam-se pela redução da incidência de doenças transmissíveis ou infectocontagiosas e um aumento considerável das chamadas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), o que vem levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a considerar essas doenças como elementos emergenciais de atenção (CAMPOLINA et al., 2013).

A partir dos últimos anos da década de 1990, a prevenção para as DCNT vem sendo preocupação de várias organizações internacionais. Todos os países do Continente das Américas atravessam diversas fases de transição epidemiológica. Em nível regional, os dados do triênio 2007-2009 indicam que 76,4% das mortes foram causadas por doenças não transmissíveis, 12,5% por doenças transmissíveis e 11,1% por causas externas, com variações entre países. Aproximadamente 250 milhões de pessoas, nas Américas, sofrem de alguma doença crônica não transmissível. Em 2007, 3,9 milhões de pessoas morreram por DCNT, sendo 37% menores de 70 anos. As DCNT apresentam vários fatores de riscos tais como: o consumo de tabaco, o uso nocivo de álcool, a inatividade física e alimentação inadequada. A hipertensão arterial é somada aos fatores de risco comuns às outras doenças crônicas (OPAS, 2012).

Segundo MENDES (2012), as doenças podem ser tradicionalmente trabalhadas em saúde com uma divisão entre doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis. Essa tipologia tem sido largamente utilizada em epidemiologia, servindo para referenciar a organização dos sistemas de atenção à saúde. As condições agudas, em geral, são manifestações de doenças transmissíveis de curso curto, como dengue e gripe, ou de doenças infecciosas, como apendicite, ou os traumas considerados como de causas externas. As doenças infecciosas de curso longo ou de maior duração, como hanseníase, tuberculose, HIV/AIDS são consideradas condições crônicas.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o Diabetes *Mellitus* (DM) são considerados DCNT. Essas doenças se destacam como a maior causa de morte no mundo, independentemente da renda e das características sociais e culturais dos diversos países. Devido ao prolongamento da expectativa de vida e da globalização dos fatores de risco surge um aumento das taxas de mortalidade, ocasionando impactos negativos na sociedade, como diminuição da produtividade, qualidade de vida e funcionalidade dos pacientes. Vale registrar

que esses fatores são altamente onerosos para o sistema de saúde dos países em geral (BARRETO, et al., 2012). Estas enfermidades são influenciadas por fatores de risco biológicos, sociais e ambientais, sendo necessário uma ação conjunta intersetorial para melhoria da qualidade de vida das pessoas portadoras e com risco de desenvolverem estas doenças.

De acordo com o sistema de monitoramento de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis, (PERES, 2012) implementado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, os resultados mostraram que existem no Brasil 7.648.294 portadores de DM (cerca de 5,8% da população maior de 18 anos) e 32.146.673 portadores de HAS (cerca de 24,4% da população maior de 18 anos). Estes resultados refletem o aumento da prevalência destas doenças crônicas como agravantes da saúde no Brasil, sendo os grandes responsáveis pelas causas de mortalidade e hospitalizações, de doenças cardiovasculares e amputação de membros inferiores (BARRETO, et al., 2012).

O DM e a HAS trazem consequências socioeconômicas, sobretudo para os serviços de saúde, em função do aumento da demanda de pacientes e de custos do tratamento e suas complicações. Com a transição demográfica da população brasileira, aumentando o número de adultos e idosos, tornam-se necessárias medidas de intervenções comunitárias. Mudanças no estilo de vida e adoção de hábitos saudáveis, devem ser sustentáveis ao longo prazo, devendo incluir todos os grupos sociais, em especial aqueles com menor poder de escolha em razão da pobreza e da exclusão social. (COTTA, et al., 2009). O impacto socioeconômico das DCNT provoca adversidades no que tange à redução da pobreza, à equidade, à estabilidade econômica e à segurança humana, comprometendo o progresso das Metas de Desenvolvimento do Milênio, podendo atuar como um freio perante o próprio desenvolvimento econômico das nações (DUNCAN, et al., 2012).

O tema proposto é tão relevante para a atual conjuntura social que o debate internacional sobre esse assunto tem sido intenso, o que culminou em uma reunião na Assembleia da Organização das Nações Unidas (ONU) em setembro de 2011. A declaração desse encontro, ao afirmar que a carga das DCNT e seu impacto constituem um dos grandes desafios para o desenvolvimento no século XXI, reconheceu o papel e a responsabilidade primordial dos governos na resposta ao enfrentamento destas enfermidades. Todavia, faz-se necessário um apoio incondicional de todos os setores da sociedade para gerar respostas acertadas na prevenção e controle das DCNT (DUNCAN, et al., 2012).

Este trabalho propõe descrever a prevalência e o perfil dos portadores de diabetes e hipertensão em uma área adstrita a um Centro de Saúde em Ceilândia- DF com cobertura pela equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Esta análise é de suma importância para o aprofundamento das estratégias e dos serviços prestados pelos órgãos responsáveis por cuidar da saúde da população naquela região.

2. JUSTIFICATIVA

Inicialmente, houve um despertar sobre a relevância deste tema quando eu ainda estava no estágio um (primeiro semestre de estágio) do curso de Saúde Coletiva e o meu campo de estágio foi no Centro de Saúde 4 onde atuei junto com os Agentes Comunitários de Saúde durante um semestre. Tive a oportunidade de confeccionar junto com eles o mapa de diagnóstico situacional das 5 micro áreas cobertas pelos ACS. Assim, percebi a grande quantidade de pessoas portadoras de hipertensão e diabetes desta região. Este problema me mobilizou para eu desenvolver o meu trabalho de conclusão de curso neste Centro de Saúde com esta população.

Entender a prevalência dessas doenças para exercer a prática coletiva da proteção da saúde, tornam-se funções imprescindíveis na formação de qualquer profissional sanitário. Vale registrar que esse profissional atua com as questões sociais e políticas da saúde, com o planejamento e com a avaliação de programas de saúde. Estudar essas doenças crônicas não transmissíveis e ter a compreensão de que elas se entrelaçam, isto é, de que estão diretamente relacionadas entre si, ajuda o sanitário a exercer atividades de promoção, vigilância e educação em saúde, colaborando para as práticas de participação social e melhoria da qualidade de vida da população.

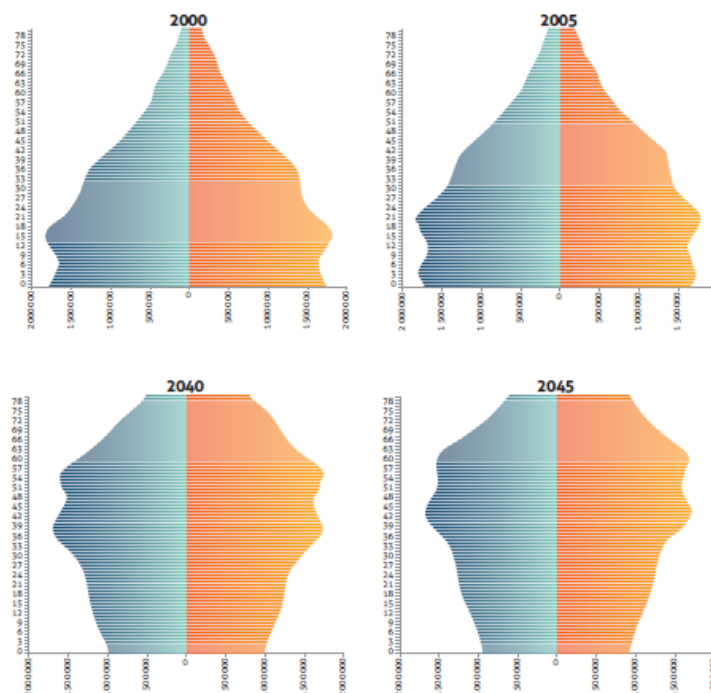
O alto índice de pessoas acometidas por essas enfermidades trazem à tona um despertar de extrema importância para a compreensão dos serviços e ações que estão sendo implantados para o controle, a prevenção, o tratamento e o monitoramento dessas doenças. O mapeamento da região e da população de estudo é o primeiro passo para se entender o perfil dos portadores dessas doenças. Procurar identificar a incidência dessas patologias com relação à idade e o sexo dos acometidos, fazer uma avaliação dos determinantes ambientais como a renda, o nível de analfabetismo e se estão ou não no mercado de trabalho, além de verificar se fazem uso de fatores de risco tais como álcool, tabaco, má alimentação e inatividade física são ações fundamentais para traçar o perfil da população de estudo. Essas ações corroboram com as atividades que são de extrema relevância para a formação do gestor em Saúde Coletiva.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL

O Brasil vem reduzindo a proporção de crianças e jovens e aumentando a proporção de idosos e sua expectativa de vida, ou seja, a estrutura etária vem mudando rapidamente e isso faz com que as pirâmides etárias do país, brevemente, se tornem semelhantes às dos países europeus. Essas transformações desencadeiam muitos desafios para os mais diversos setores, impondo à necessidade de se repensar a dimensão da oferta de serviços de saúde com foco nas DCNT necessários para suprir as demandas que surgirão nas próximas décadas. Na figura 1 pode-se observar as pirâmides etárias do Brasil nos anos de 2000 e 2005 e as projeções para 2040 e 2045 (BRASIL, 2011).

Figura 1: Pirâmides etárias do Brasil de 2000 e 2005 e projeções para 2040 e 2045



Fonte: BRASIL, 2011.

Na década de 1930, as doenças parasitárias e infecciosas respondiam por 45% das mortes no Brasil. Já na primeira década deste século, as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias foram responsáveis por 48% dos óbitos na população brasileira. Estatísticas de

1998 já demonstravam que as DCNT eram responsáveis por 66% de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, contrastando com 24% de doenças infecciosas, maternas, perinatais e deficiências nutricionais e 10% de causas externas. Ainda no final do século XX, dados estatísticos mostraram a prevalência das principais doenças crônicas com destaque para os transtornos neuropsiquiátricos (19%), as doenças do aparelho circulatório (13%), as doenças respiratórias crônicas (8%), os cânceres (6%), as doenças musculoesqueléticas (6%) e diabetes (5%) (BRASIL, 2011). Isso demonstra uma forte transição epidemiológica que o país está vivendo, transição essa que é reflexo do envelhecimento da população e das melhorias das condições socioeconômicas e sanitárias, que faz com que se reduzam as taxas das doenças transmissíveis e aumente as de DCNT.

3.2 PREVALÊNCIA E IMPACTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NO BRASIL ATUAL

No perfil atual de saúde da população brasileira, as DCNT se tornam de extrema relevância. A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que as DCNT são responsáveis por 58,5% de todas as mortes, sendo que 80% desses óbitos por DCNT ocorreram em países de baixa ou média renda, com 29% dos óbitos em adultos com menos de 60 anos, enquanto naqueles de alta renda esse percentual era de apenas 13%. (OMS, 2005)

No Brasil, as DCNT constituem a principal causa de morte em adultos, com destaque para as doenças cardiovasculares, diabetes, neoplasias e doenças respiratórias crônicas, responsáveis pela maior parte das despesas com assistência ambulatorial e hospitalar. O aumento da carga dessas doenças é consequência direta da urbanização acelerada, aumento progressivo da expectativa de vida, mudança no padrão alimentar, aumento do tabagismo e sedentarismo, entre outros fatores. As DCNT também resultam em crescente impacto econômico, afetando famílias, sistema de saúde e sociedade (BRASIL, 2008).

As doenças crônicas são geralmente incuráveis e de origem não contagiosa, caracterizadas por um longo período de latência, curso prolongado, provocando incapacitação e com alguns fatores de risco bem conhecidos. A maioria das doenças crônicas é associada ou causada por uma combinação de fatores sociais, culturais, ambientais e comportamentais. Apesar de não terem risco de vida imediato, causam sobrecarga substancial para a saúde, provocam impacto econômico e deterioram a qualidade de vida das pessoas, famílias e

comunidades. Os fatores de risco são os mais diversos e estão associados a diversos hábitos tais como: baixo consumo de frutas, hortaliças, excesso de peso, valores não controlados de pressão arterial para uma determinada faixa etária, sedentarismo e outros (DA SILVEIRA, 2012).

Essas doenças ocasionam sofrimentos e custos materiais diretos aos pacientes e suas famílias, além de um importante impacto financeiro sobre o sistema de saúde. As DCNT também produzem custos indiretos significativos para a sociedade e o governo, em função da redução da produtividade, perda de dias trabalhados e prejuízos para o setor produtivo, sem esquecer os custos intangíveis, como os efeitos adversos na qualidade de vida das pessoas afetadas (MALTA, 2013).

Ao propor que o enfrentamento das DCNT enfocasse prioritariamente doenças como câncer, doença respiratória crônica, cardiovasculares e diabetes, a OMS elegeu também como alvo seus quatro principais fatores de risco – fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial de álcool. O fumo é responsável por quase 10% das doenças cardiovasculares. Inatividade física aumenta em 20% a 30% o risco de mortalidade. Os padrões de alimentação adotados nas últimas décadas podem ser prejudiciais de várias maneiras. Por exemplo, o consumo excessivo de sal aumenta o risco de hipertensão e eventos cardiovasculares, e o alto consumo de carne vermelha, de carne altamente processada e de ácidos graxos trans está relacionado às doenças cardiovasculares e ao diabetes (DUNCAN, et al., 2012).

Segundo Silveira (2011), os menos privilegiados da sociedade tendem a apresentar maiores prevalências dos fatores de risco biológico-comportamentais para doenças crônicas não transmissíveis, particularmente quando a categoria social é expressa em termos de nível de escolaridade da população.

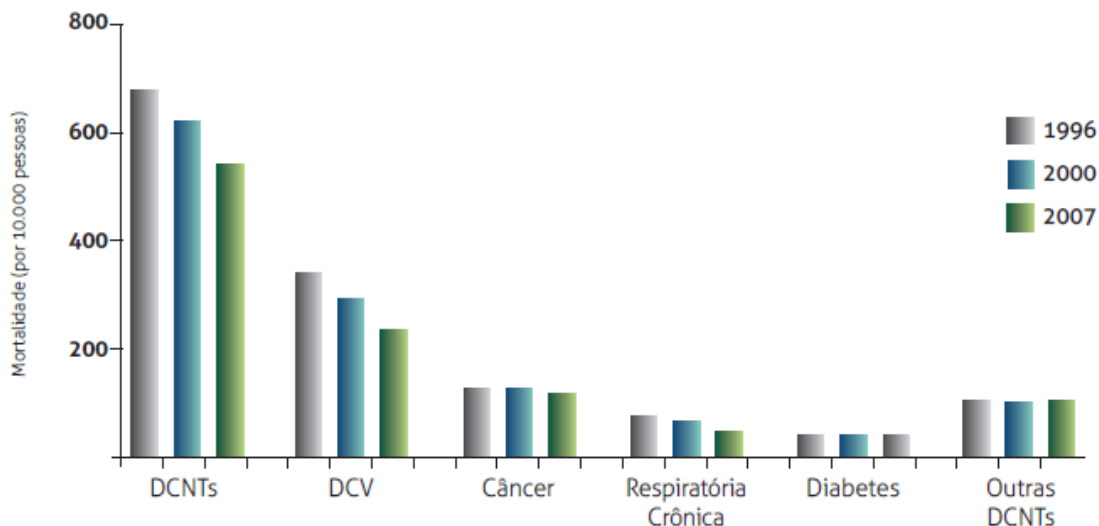
3.3 MORBIMORTALIDADE DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Atualmente, as condições crônicas são responsáveis por aproximadamente 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. As doenças crônicas não transmissíveis constituem um problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes. Assim, o Departamento de Atenção Básica vem trabalhando, em parceria com outros

departamentos da Secretaria de Atenção à Saúde e com outras Secretarias do Ministério da Saúde (MS), para a melhoria do cuidado às pessoas com doenças crônicas (CONASS, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), de todas as mortes ocorridas no Brasil em 2007, 58% foram atribuídas às DCNT mais prevalentes e de importância epidemiológica (doenças do aparelho circulatório, doenças respiratórias crônicas, diabetes e câncer). Embora a avaliação da mortalidade bruta por DCNT indique um aumento de 5% de 1996 para 2007, de 442 para 463 mortes por 100 mil habitantes, quando essas taxas são padronizadas por idade para a população-padrão e corrigidas para sub-registro com redistribuição das causas mal definidas de morte, a comparação ao longo do tempo mostra que a mortalidade por DCNT diminuiu em 20% de 1996 para 2007 (Figura 2). Nesse período houve diminuição da mortalidade para todas as DCNT com exceção do Diabetes que teve um aumento de 2%. Diferenças regionais também foram verificadas. Conforme se observa na figura 3, as regiões mais pobres do Brasil, Norte e Nordeste, apresentam menor declínio na mortalidade por DCNT de 1996 a 2007, permanecendo com as maiores taxas do Brasil.

Figura 2: Tendências recentes de mortalidade* por DCNT de 1996 a 2000 e 2007

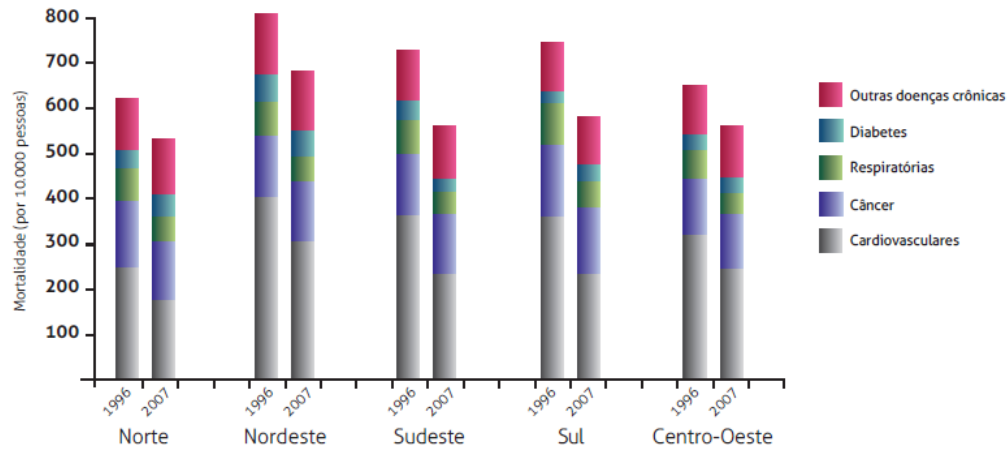


*Taxas padronizadas por idade para a população-padrão da OMS segundo Ahamad et al (2001), corrigidas para sub-registro, com redistribuição das causas mal definidas de morte, *pro rata*, dentre as causas não externas.

DCNT = doenças crônicas não transmissíveis. DCV = doença cardiovascular.

Fonte: BRASIL, 2011.

Figura 3: Taxas de mortalidade* por doenças não transmissíveis, por região, em 1996 e 2007



*Padronizadas por idade para a população-padrão da OMS segundo Ahamad et al (2001), corrigidas para sub-registro, com redistribuição das causas mal definidas de morte, *pro rata*, dentre as causas não externas.

Fonte: BRASIL, 2011.

O diabetes como causa básica de morte aumentou 11% entre 1996 e 2000 e, em seguida, diminuiu 8% em 2007, resultando em aumento de aproximadamente 2% no período (figura 2). De acordo com o livro: Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil (2011-2022) do Ministério da Saúde (MS), 2011.

“O diabetes, quando analisado como causa associada de morte, observou-se um aumento de 8% no período de 2000 a 2007. Além das taxas crescentes de mortalidade, o diabetes preocupa pelo aumento na sua prevalência estimada em inquéritos e pelo número de atendimentos ambulatoriais e hospitalares provocados pela doença e suas complicações.”

Os principais fatores de risco para DCNT são o tabaco, a falta de alimentação saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, responsáveis, em grande parte,

pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto (MALTA, et al., 2006).

Segundo o VIGITEL 2011 (BRASIL, 2012), o tabagismo é um importante fator de risco para o desenvolvimento de uma série de doenças. Dentre estas doenças, estão a hipertensão e o diabetes. Ainda segundo essa pesquisa, 32,3% dos moradores do Distrito Federal com 18 ou mais anos de idade fumam atualmente ou se declaram ser ex-fumantes. Isso demonstra que aproximadamente um terço da população do Distrito Federal está no grupo de risco e poderá, se associado a outros fatores, desenvolver hipertensão e/ou diabetes.

Com relação ao excesso de peso e obesidade dos residentes do Distrito Federal, a VIGITEL (2011) revela que 49,1% dos residentes da capital do país estão com excesso de peso, o que aumenta ainda mais a possibilidade dessa população desenvolver alguma DCNT. Com relação ao hábito de se consumir bebida alcoólica, 15,2% dos moradores do Distrito Federal com mais de 18 anos afirmaram terem consumidos mais de 5 doses de qualquer bebida alcoólica nos últimos 30 dias. Quanto ao consumo regular de frutas e hortaliças, hábito considerado saudável e redutor dos fatores de risco da hipertensão e diabetes observa-se que no Distrito Federal aproximadamente um terço da população maior de 18 anos (34,4%) possui tal hábito. E com relação aos hábitos de fazer atividade física, a VIGITEL 2011 demonstra que apenas 32,8% da população maior de 18 anos do Distrito Federal possui o hábito de fazer algum tipo de atividade física em seus horários livres (BRASIL, 2012).

Esses fatores de risco de DCNT, no Brasil, estão intimamente ligados às questões dos determinantes socioambientais de saúde. Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007), os hábitos e estilos de vida de uma população são fatores determinadores em suas condições de saúde. Porém, o fato da população possuir hábitos e estilos de vida inadequados e que favoreçam o surgimento de DCNT, deve ser muito bem observado pelos serviços de saúde, para que os fatores de risco sejam acompanhados e reduzidos ou controlados.

Com relação aos determinantes socioambientais, há ainda, como forte determinante para os fatores de risco das DCNT as questões como a renda do indivíduo, o tipo de trabalho que ele está inserido e o nível de escolaridade que possui. Todos esses fatores determinantes pesam quando associados entre si e aos maus hábitos de vida, como a falta de atividades físicas, hábitos de fumar e alimentação inadequada, facilitando o estabelecimento das DCNT, principalmente a hipertensão e diabetes nesses indivíduos.

3.4 HIPERTENSÃO E DIABETES MELLITUS

O DM apresenta alta morbimortalidade, perda importante na qualidade de vida e incorre em altos encargos para os sistemas de saúde. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular em todo o mundo, incluindo doenças coronarianas e acidentes vasculares encefálicos. A maioria das consequências do diabetes resulta dessas complicações micro e macro vasculares (TOSCANO, 2004).

O diabetes é uma doença metabólica marcada por elevados índices glicêmicos. As principais formas clínicas de DM são o DM tipo 1, tipo 2 e tipo 4. O DM tipo 1 decorre da destruição das células beta pancreáticas. O DM tipo 2 é a forma mais prevalente, presente em 90% dos casos, e está associado a dois mecanismos, basicamente, disfunção de células beta e resistência à ação da insulina, que por sua vez, está intimamente relacionada à obesidade e ao sedentarismo. O DM tipo 4 comumente conhecida com diabetes gestacional está associada a alterações metabólicas no período gestacional (SMELTZER & BARE, 2009).

A terapêutica para o tratamento do diabetes consiste em normalizar os níveis glicêmicos, sem oscilações patológicas. O seu tratamento envolve a mudança no estilo de vida, terapia nutricional, exercícios físicos, monitorização da glicemia, terapia farmacológica e educação do paciente (SMELTZER & BARE, 2009).

Devido à elevada carga de morbimortalidade associada ao diabetes e suas complicações, o DM torna-se prioridade na saúde pública, sendo efetuada através da prevenção primária, buscando-se meios para minimizar os fatores de risco associados como o sedentarismo, obesidade, hábitos alimentares não saudáveis e identificando e tratando os indivíduos com alto risco para o diabetes (BRASIL, 2011).

Cerca de 50% da população com Diabetes não sabe que são portadores da doença, algumas vezes permanecendo não diagnosticados até o aparecimento de possíveis complicações (BRASIL, 2006). A monitorização da glicemia é fundamental para o diagnóstico e tratamento do diabetes contribuindo consideravelmente, já que possibilitam às pessoas o ajustamento de seu regime de tratamento para obter um controle ótimo da glicemia, evitando assim, complicações como a hiperglicemia e hipoglicemia, além de reduzir o risco de complicações em longo prazo.

A HAS pode ser considerada primária ou secundária. É considerada primária quando não possui uma causa aparente facilmente identificável, sendo secundária quando a causa é estabelecida, e com a remoção do agente etiológico é possível controlar a HAS. As principais causas de hipertensão secundária são: doenças parenquimatosas renal, doenças renovascular, doenças endócrinas, coartação de aorta, hipertensão gestacional, doenças neurológicas e estresse agudo (BRASIL, 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a HAS está entre os três principais fatores de risco que concorrem para doenças cardiovasculares, contribuindo também como fatores de risco a dislipidemia e diabetes mellitus (BRASIL, 2011).

Toscano (2004) afirma que a hipertensão arterial é uma co-morbidade extremamente comum no diabético, representando um risco adicional a este grupo de pacientes para o desenvolvimento de complicações macrovasculares. Estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada. No entanto, uma parcela importante da população adulta com hipertensão não sabe que é hipertensa; e muitos dos que sabem não estão sendo adequadamente monitorados.

O objetivo do tratamento da hipertensão visa evitar as possíveis complicações associadas à doença. Vários estudos têm demonstrado que o portador desta patologia deve adotar várias mudanças, principalmente relacionada a seu estilo de vida. É importante a perda de peso, ingestão reduzida de álcool e sódio e a atividade física regular, e quando necessária a utilização de medicação conforme prescrição médica (SMELTZER & BARE, 2009).

A prática de atividade física regular apresenta um impacto positivo na prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para aquelas que se constituem na principal causa de mortalidade entre os idosos: as doenças cardiovasculares e o câncer. A atividade física age positivamente sobre alguns fatores de risco, como a pressão arterial, aumentando os níveis de lipoproteínas de alta densidade e diminuindo os níveis de lipídios, reduzindo o risco para doenças cardiovascular e aumentando a captação da glicose pelos músculos corporais, melhorando a utilização da insulina para diminuição dos níveis glicêmicos (SILVEIRA, 2011).

A educação do paciente torna-se peça fundamental no tratamento. O paciente deve aprender a equilibrar uma gama de fatores, desenvolvendo o auto cuidado para evitar o desequilíbrio e adotar em sua rotina hábitos que previnam as complicações decorrentes dessas doenças. Embora a equipe de saúde conduza o tratamento, é o paciente que deve gerenciar o regime terapêutico. Por esse motivo, a educação do paciente e da família é um componente essencial ao tratamento do DM e HAS. Sem o conhecimento necessário acerca de sua patologia o paciente não irá aderir ao regime terapêutico e, conseqüentemente, inúmeras complicações poderão daí decorrer (SMELTZER & BARE, 2009).

3.5 A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE e HIPERDIA

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) cabem às equipes de saúde da família as ações comunitárias e individuais que visem informar à comunidade como prevenir a doença, identificar grupos de riscos, fazer diagnóstico precoce e abordagem terapêutica, manter o cuidado continuado, educar e preparar portadores e famílias a terem autonomia no autocuidado, monitorar o controle e prevenir complicações buscando a melhoria da qualidade de vida da população.

Diante de todas essas condições o Ministério da Saúde propõe ampliar as ações de promoção da saúde, a prevenção de doenças e de qualificar o cuidado às pessoas com doenças crônicas. O Ministério da Saúde propõe o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus, reconhecendo a importância da Atenção Básica, na abordagem desses agravos, feita por meio do modelo de atenção programática denominada HIPERDIA (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos) que possibilita o desenvolvimento de ações contínuas e de alta capilaridade. Sugere que o cuidado ofertado deva ir além do binômio queixa-conduta, que permita identificar assintomáticos, monitorar o tratamento, estabelecer vínculos entre equipe de saúde-pacientes-cuidadores e realizar educação em saúde, incorporando a realidade social do paciente a esse processo (CONASS, 2011).

O HiperDia é um sistema informatizado não obrigatório de gestão clínica que permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos

na rede primária do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores de secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde (GOMES, 2009).

Segundo nota técnica lançada pela Diretoria de Atenção Básica do Ministério da Saúde em setembro de 2013, devido à reestruturações ocorridas nos Sistemas de Informação em Saúde do SUS com objetivo de melhor subsidiar os profissionais de saúde e facilitar a tomada de decisão dos gestores, o Ministério da Saúde decidiu descontinuar o Sistema HIPERDIA, transferindo suas atribuições para o Sistema E-SUS (BRASIL, 2013).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) está regulamentada pela Portaria n.648, de 28 de março de 2006, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A PNAB é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (CONASS, 2011).

A Atenção Primária à Saúde (APS) considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (CONASS, 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu na atenção primária e com uma tradição de utilização de equipes multiprofissionais, envolvendo médico, enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Posteriormente, introduziu-se a equipe de saúde bucal. Contudo, a situação brasileira de doenças com forte predomínio de condições crônicas exige um novo modelo de atenção a essas condições, o que convoca a utilização, como membros orgânicos das equipes da ESF, de outros profissionais como: o assistente social, o farmacêutico clínico, o fisioterapeuta, o nutricionista, o profissional de educação física, o psicólogo, entre outros que, constituirão, juntamente com o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem, o agente comunitário de saúde e os profissionais de saúde bucal, uma equipe padrão da ESF. Essa equipe deverá ter um gerente profissional incorporado a ela e poderá se responsabilizar por uma população adstrita em torno de 3.000 pessoas (MENDES, 2012).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) torna-se o articulador do processo de trabalho da equipe do PSF, exatamente por morar na sua área de atuação, conhecer muito bem a comunidade em que vive e ter maior facilidade de acesso aos domicílios (ARAÚJO, 2002). Eles devem ser capacitados sobre os diferentes aspectos do processo saúde-doença. Além do saber biomédico, precisam ser incorporados em sua formação, outros saberes que favoreçam o processo de integração destes com as famílias (DUARTE, 2007).

O ACS é o organizador do acesso (cadastrador e orientador do uso dos serviços) e observador da equipe na captação de necessidades, identificação de prioridades e detecção de casos de risco para a intervenção. Diante disso, o ACS é o responsável direto por buscar as informações relevantes sobre a saúde da população inerente ao domicílio dele, onde os registros são feitos em formulários específicos conhecidos como cadastro da família ou ficha A e as fichas B de acompanhamento das gestantes, pessoas com hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase e Ficha C – cópia das informações pertinentes da Caderneta da Criança (LIMA, 2011).

Tais atividades são desenvolvidas, em grande parte, com a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Trata-se de um programa de sistematização de dados proposto pelo Ministério da Saúde para retratar, por meio de dados e informações, a realidade da área adstrita das Unidades de Saúde da Família (USF). Sua utilização requer o preenchimento de várias fichas de levantamento de dados, sob a responsabilidade de diferentes profissionais da ESF, dentre eles, o ACS (LIMA, 2011).

3.6 PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DCNT

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), o Plano de ações estratégicas para enfrentar as DCNT tem como órgão responsável a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS e conta com a participação de vários atores envolvidos tais como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Instituto Nacional do Câncer (Inca) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), dentre outros. Os objetivos do plano são:

“Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das

DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção integral à saúde dos portadores de DCNT.”

O referido plano, basicamente, é dividido em três eixos, onde no primeiro, encontram-se as atividades de Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento; no segundo eixo tem-se a Promoção da Saúde e no terceiro, o Cuidado Integral. Dentro de cada eixo existem inúmeras ações e estratégias que devem ser cumpridas para que se alcancem os objetivos do plano. Algumas ações importantes são a realização de inquéritos populacionais sobre incidência, prevalência, morbimortalidade e fatores de risco das DCNT; Fortalecer os sistemas de informação em saúde e a vigilância em saúde no que diz respeito às DCNT; Criar estratégias de comunicação com os temas de promoção da saúde, prevenção de DCNT e seus fatores de risco e promoção de modos de vida saudáveis; Estimular a construção de espaços públicos ambientalmente saudáveis; definir a linha de cuidado do portador de DCNT com projeto terapêutico adequado; Fortalecer e qualificar a gestão da rede de serviço visando qualificar os fluxos e as respostas aos portadores de DCNT; entre outras ações.

4. OBJETIVO

4.1 GERAL

Identificar a prevalência de Diabetes Mellitus e de Hipertensão Arterial e o perfil dos portadores destas patologias na comunidade coberta pelo PACS no Centro de Saúde nº 4 de Ceilândia – DF.

4.2 ESPECÍFICOS

4.2.1 Mapear a população coberta pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do Centro de Saúde nº4 de Ceilândia, portadora de hipertensão arterial e de diabetes mellitus;

4.2.2 Identificar as variáveis: idade e sexo na população em estudo;

4.2.3 Caracterizar os determinantes ambientais como: renda, trabalho e educação

4.2.4 Descrever a prevalência dos hábitos: uso de tabaco, dieta, atividade física e consumo de álcool;

5. METODOLOGIA DA PESQUISA

5.1 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS-UNB) de acordo com o parecer nº 491.469.

5.2 MÉTODO DE PESQUISA

Foi realizado um estudo observacional, descritivo e de natureza quantitativa. Segundo Barros e Lehfeld (2008), na pesquisa descritiva não há a interferência do pesquisador, isto é, ele descreve o objeto de pesquisa. Procura descobrir a frequência com que um fenômeno ocorre, sua natureza, características, causas, relações e conexões com outros fenômenos.

Essa abordagem associa análise estatística à investigação dos significados das relações humanas, privilegiando a melhor compreensão do tema a ser estudado, facilitando assim a interpretação dos dados obtidos. (POLLIT E HUNGLER, 1995).

5.3 TIPO DE ESTUDO

Este estudo caracteriza-se como epidemiológico do tipo transversal. Nesses estudos, todas as suas medições e coletas de dados são feitas em um único momento, não necessitando um período de acompanhamento do objeto de estudo. Ou seja, o estudo transversal fornece um retrato da população sujeita ao estudo e demonstra, naquele momento, como as variáveis analisadas estão relacionadas (PEREIRA, 2008).

Em estudos transversais, a população ou amostra representativa dela é selecionada a partir da apresentação de determinadas características que possibilitem a investigação proposta e essa população nunca é reunida em um único local em um momento particular. Os sujeitos são reunidos pelo investigador através da data em que ocorreu a coleta dos dados. Dessa forma, esse método é ótimo para detectar frequências de fatores de risco e/ou doenças,

bem como, identificar também, na população objeto, os indivíduos que estão mais ou menos afetados por esses fatores identificados (PEREIRA, 2008).

Tal como todo método de estudo, os estudos transversais tem suas vantagens e desvantagens em sua execução. As principais vantagens desse método são a simplicidade e o baixo custo do estudo, a rapidez e objetividade na coleta e análise dos dados obtidos, a dispensa da necessidade de se acompanhar o sujeito do estudo por longos períodos de tempo e a facilidade para se obter amostras representativas na população (PEREIRA, 2008). As desvantagens de se utilizar esse método é que o estudo fica mais difícil estabelecer relações causais a partir de dados vindas de um corte transversal no tempo (BROWNER et al., 2003) e esses estudos informam os casos existentes na população naquele determinado momento, o que pode fornecer uma imagem distorcida do que se está estudando (PEREIRA, 2008).

As abordagens quantitativas buscam descrever significados que são considerados como inerentes a atos, e por isso é definida como uma abordagem bastante objetiva; permitem uma abordagem bastante focalizada, pontual e estruturada; os dados são coletados por meio de respostas estruturadas; e as técnicas de análise são dedutivas, ou seja, traça uma cadeia de raciocínio em conexão e descendente, que leva à uma conclusão definitiva (ANDRADE, 2009; TANAKA; MELLO, 2011). Em todos os casos, os resultados obtidos nesse tipo de abordagem são generalizáveis.

5.4 LOCAL DE ESTUDO

Ceilândia é uma das Regiões Administrativas do Distrito Federal, apresenta um território de 29,10 km² é a região administrativa mais populosa com uma população estimada em 449.592 habitantes (PDAD 2013). Sua rede de serviços públicos de atenção à saúde, que está subordinada à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES – DF), conta com treze unidades básicas de saúde – onze centros de saúde e dois postos de saúde.

O Centro de saúde no qual foi realizada a pesquisa, localiza-se na QNN 16 Lote F na regional de Ceilândia, Distrito Federal. Responde pela seguinte área de abrangência: QNM 06, 08, 10, 22, 24, 26 e Áreas Especiais da QNN 16, 30, 32 e 34 que corresponde a 27 mil pessoas. Atende às especialidades de Clínica médica, ginecologia/ obstetrícia, pediatria e odontologia e aos Programas especiais: Hipertensos, diabéticos, DST/ AIDS, automassagem,

imunização, assistência ao idoso, planejamento familiar, tisiologia, cárie zero, desnutridos, assistência à mulher e à criança.

Até novembro de 2013, este Centro de Saúde contava com apenas o PACS, tendo na equipe um enfermeiro, um técnico de enfermagem e cinco ACS. A partir deste período foi incorporado um médico ingresso do Programa mais médicos o que consolidou a equipe como ESF.

5.5 COLETA DE DADOS

A fonte de dados foi constituída pelas informações contidas nas fichas A e fichas B-DIA e B-HIP do Sistema de Atenção Básica (SIAB), da população coberta pelo PACS no Centro de Saúde 4 no período de setembro a novembro de 2013. Este Centro de Saúde cobre apenas uma área que contém cinco ACS, responsáveis por suas respectivas micro áreas. Estes disponibilizaram seus registros manuais destas fichas que alimentam o sistema. Todos os usuários com hipertensão arterial e/ou com diabetes mellitus, presentes nas fichas, foram cadastrados, num total de 522 acometidos.

A coleta de dados foi realizada com base na identificação de pessoas registradas como portadoras de hipertensão arterial e diabetes mellitus cadastradas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) deste Centro de Saúde. As seguintes variáveis foram analisadas da ficha de cadastramento (Ficha A): sexo, idade, alfabetização, renda familiar, número de pessoas na família e alcoolismo (campo doença ou condição referida). Da ficha de acompanhamento de hipertensos e diabéticos (Ficha B-HIP e B-DIA), foram analisados os hábitos como: dieta; atividade física; e ser ou não fumante. As fichas encontram-se em anexo.

5.6 AVALIAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram tabulados e analisados através do software EpiInfo® 7 e Excel. Receberam tratamento estatístico simples descritivo e foram apresentados na forma de gráficos e tabelas.

As variáveis foram categorizadas da seguinte forma: Idade: < 30 anos, 30 a 40 anos, 41 a 50 anos, 51 a 60 anos, 61 a 70 anos, 71 a 80 anos, 81 a 90 anos, e > 90 anos; Sexo: Masculino=1 e Feminino=2; Grau de instrução: alfabetizado: sim=1 e não=2; Renda Domiciliar Per Capita Mensal: Menor que $\frac{1}{4}$ (um quarto) de salário mínimo=1, entre $\frac{1}{4}$ (um quarto) e $\frac{1}{2}$ (meio) salário mínimo inclusive=2, e acima de $\frac{1}{2}$ (meio) salário mínimo=3; Alcoolismo: sim=1 e não =2; Tabagismo: sim=1 e não=2; Patologia: Hipertensão Arterial=1, Diabetes Mellitus=2, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus simultaneamente= 3; Dieta voltada para a patologia: sim=1 e não=2; Prática de exercícios físicos regularmente (pelo menos 3 vezes na semana) : sim=1 e não=2. As análises com relação à renda foram baseadas no salário mínimo vigente no período da pesquisa, R\$678,00 (seiscentos e setenta e oito reais).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base no SIAB, o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) do CS 04 tem uma cobertura de 938 famílias, um total de 4872 indivíduos, sendo 3553 adultos. Dentre estes, 534 hipertensos e 191 diabéticos. Entretanto, nos registros manuais dos ACS, os portadores de hipertensão e diabetes cadastrados foram 480 hipertensos e 166 diabéticos. Este fato pode ter ocorrido em função da migração de pessoas da área e/ou óbitos. A pesquisa contou com 480 hipertensos e 166 diabéticos que correspondem a 14% e 5% da população adulta coberta pelo PACS, respectivamente. Em análise aos dados da PNAD 2009, observa-se que 18% dos indivíduos referem o diagnóstico de Hipertensão Arterial e 5,8% de Diabetes Mellitus. Estes resultados são bastante semelhantes com o presente estudo. Vale registrar que dos 522 portadores de hipertensão e/ou diabetes, 42 (8%) eram apenas diabéticos, 356 (68%) eram apenas hipertensos e 124 (24%) possuíam as duas doenças simultaneamente.

Entre os usuários hipertensos e diabéticos pode-se observar 313 (60%) e 103 (20%) do sexo feminino; 167 (32%) e 63 (12%) do sexo masculino, respectivamente (Gráfico 1). Os dados com valores percentuais foram arredondados para números inteiros mais próximos e baseados no total de pessoas cadastradas através das fichas. Nota-se uma maior prevalência no sexo feminino em ambas as patologias. Em estudos realizados sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus abordando perfil e prevalência, foi possível constatar que há predomínio no sexo feminino. (PEREIRA; BARRETO; OLIVEIRA, 2008; ALMEIDA, 2007; ANDRADE, 2010). Esse fato pode estar associado à cultura do homem em só buscar assistência à saúde quando já tem uma doença instalada, o que pode contribuir para subnotificação. Essas doenças consideradas silenciosas dificultam o diagnóstico que na maioria das vezes é descoberto apenas quando já estão em estágio mais avançado. Segundo Albano, Basílio e Neves (2010), esta situação se revela como um grande desafio às políticas sociais e de saúde para inclusão do homem nos serviços de saúde e o reconhecimento da importância da promoção da saúde para essa parcela da população.

Na Ceilândia, a população do sexo feminino é mais prevalente, com 51,78% da população (PDAD, 2013). Esta pequena diferença também pode ter contribuído para o aumento da prevalência de mulheres com estas enfermidades. Outro fator importante que deve ser considerado é a maior expectativa de vida em mulheres em relação aos homens, sendo atualmente, 78,3 e 71 anos respectivamente (IBGE, 2012). Assim, como estas doenças

atingem mais o público idoso, as mulheres estariam mais susceptíveis, pois vivem consideravelmente mais que os homens.

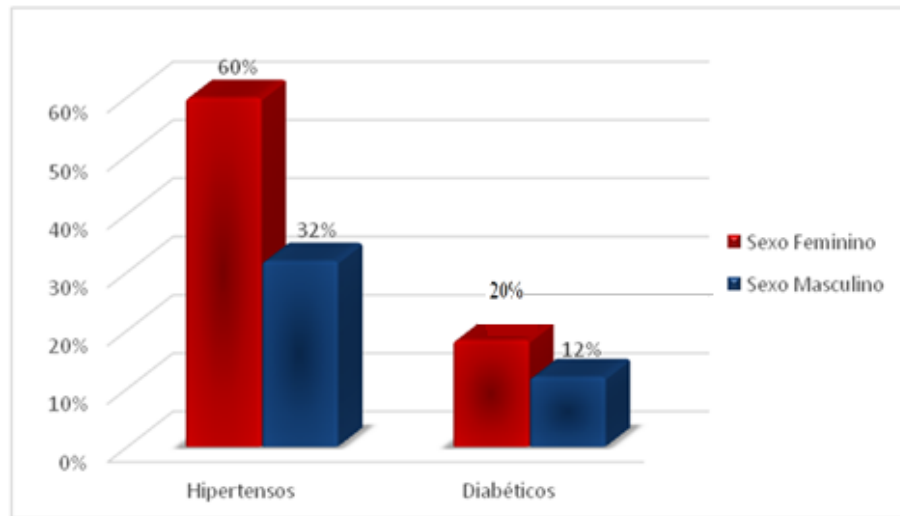


Gráfico 1 – Caracterização, quanto ao sexo, dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados pelos ACS.

Com relação à faixa etária, foi possível identificar que 58% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos têm entre 51 e 70 anos de idade (Gráfico 2). Dados semelhantes foram encontrados por Pereira, Barreto e Oliveira (2008) que observaram a prevalência de 56,4% entre a faixa etária de 60 a 79 anos. Resultados divergentes foram constatados por Andrade. (2010) no município de Jeceaba-MG em um trabalho realizado sobre hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, que constatou que a faixa etária predominante dos hipertensos está entre 65 a 80 anos, o que se pode justificar por serem doenças altamente prevalentes em indivíduos idosos. Na Ceilândia, a faixa etária mais prevalente estava entre 25 a 59 anos e, apenas 8% acima de 60 anos onde concentra a maioria da população deste estudo (GDF, 2013). Assim, com o envelhecimento da população e aumento da expectativa de vida, há uma tendência do aumento da prevalência dessas doenças. Esta estimativa faz com que as medidas de prevenção e enfrentamento das DCNT devam ser fortalecidas nesta região.

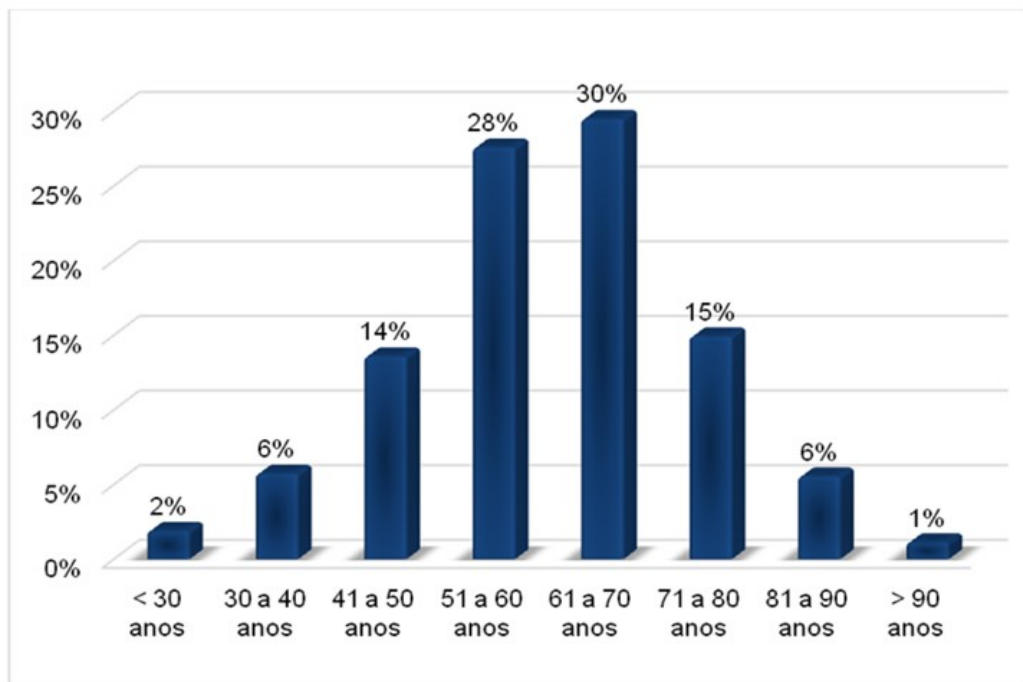


Gráfico 2 – Distribuição da faixa etária dos usuários portadores de hipertensão e diabetes cobertos pelo PACS

A tabela 1 mostra as Variáveis “Trabalho, Renda per capita e prevalência de analfabetismo nos usuários portadores de hipertensão e diabéticos acompanhados pelos ACS”. Observa-se que 62% dos hipertensos e 66,3% dos diabéticos não estão trabalhando sendo 47% e 48,2% de mulheres e 15% e 18% de homens, respectivamente. Levando em consideração a faixa etária destes usuários em questão (gráfico2) este fato está em consonância com o período de aposentadoria no Brasil que ocorre entre 60 e 65 anos. Deve-se considerar que como foi realizado um estudo seccional onde a exposição e o desfecho são avaliados simultaneamente, não foi possível saber se a ausência de trabalho foi anterior ou posterior ao surgimento destas enfermidades.

Tabela 1 - Variáveis Trabalho, Renda per capita mensal e prevalência de analfabetismo nos usuários portadores de hipertensão e diabetes acompanhados pelos ACS.

	Hipertensos						Diabéticos					
	Feminino		Masculino		Total		Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Situação atual de trabalho												
Trabalhando	88	18	96	20	184	38	23	13,9	33	20	56	33,7
Não trabalhando	225	47	71	15	296	62	80	48,2	30	18	110	66,3
Renda per capita												
<1/4 Sal. Mínimo	11	2,3	9	1,9	20	4,2	6	3,6	5	3,0	11	6,6
1/4 A 1/2 Sal. Mínimo	66	13,8	35	7,3	101	21,0	18	10,8	13	7,8	31	18,7
>1/2 Sal. Mínimo	236	49,2	123	25,6	359	74,8	79	47,6	45	27,1	124	74,7
Alfabetizado												
Sim	306	63,8	162	33,8	468	97,5	99	59,6	62	37,3	161	97
Não	7	1,5	5	1,0	12	2,5	4	2,4	1	0,6	5	3

A renda per capita mais prevalente nestes usuários foi >1/2 Sal. Mínimo, o que confere uma condição socioeconômica favorável. Estes resultados corroboram com a pesquisa da PDAD 2013 (GDF, 2013) que aponta uma renda per capita mensal na Ceilândia de 1,06 salários mínimos. A área adstrita ao Centro 04 corresponde a uma área muito bem localizada nesta região administrativa com bons recursos e infraestrutura refletindo positivamente nas condições de vida da população em questão.

Estes dados apontados anteriormente são confirmados pelo baixo índice de analfabetismo referido por estes usuários, onde há apenas 2,5% nos portadores de hipertensão e 3% nos portadores de diabetes. Hartmann et al. (2007), Gus et al. (2004) e Castro, Moncau e Marcopito (2006), em estudos sobre a prevalência da hipertensão arterial sistêmica em diferentes regiões brasileiras, constataram que a hipertensão arterial aumentava à medida que os anos de estudos diminuía, além deste ser um fator de influência no controle da doença. Contradizendo a esses autores Souza et al. (2007), relatam que em um trabalho realizado em Campo Grande/MS sobre a prevalência desta enfermidade, houve predomínio de pessoas que possuíam 1º grau completo em ambos os sexos.

Tabela 2 - Distribuição da frequência das variáveis relacionadas com hábitos e estilo de vida: Tabagismo, Alcoolismo, Dieta e Atividade física

	Hipertenso						Diabético					
	Feminino		Masculino		Total		Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tabagismo												
Sim	39	8,1	32	6,7	71	14,8	12	7,2	13	7,8	25	15,1
Não	274	7,1	135	28,1	409	85,2	91	54,8	50	30,1	141	84,9
Alcoolismo												
Sim	11	2,3	27	5,6	38	7,92	1	0,6	13	7,8	14	8,43
Não	302	62,9	140	29,2	442	92,1	102	61,4	50	30,1	152	91,6
Dieta												
Sim	234	48,8	103	21,5	337	70,2	89	53,6	43	25,9	132	79,5
Não	79	16,5	64	13,3	143	29,8	14	8,4	20	12,0	34	20,5
Atividade física												
Sim	97	20,2	62	12,9	159	33,1	35	21,1	26	15,7	61	36,7
Não	216	45,0	105	21,9	321	66,9	68	7,2	37	22,3	105	63,3

No presente estudo, a prevalência de tabagismo nos hipertensos foi de 14,8% sendo 8,1% nas mulheres e 6,7% nos homens. Nos diabéticos, foi de 15,1% sendo 7,2% e 7,8% nas mulheres e homens, respectivamente (Tabela 2). Estes resultados estão em conformidade com a prevalência de fumantes no Brasil que está em torno de 15,1%. Em revisão sistemática, a prevalência de fumantes variou de 8,7% a 19,3% entre as mulheres e entre os homens de 15,1% a 24,8% (CASADO; VIANNA; THULER, 2009). Estes dados apontaram resultados diferentes com o presente estudo no que se refere à baixa prevalência em ambos os sexos quando comparado com a revisão sistemática. Isto pode ter ocorrido em função da possibilidade de subnotificação nas fichas. Como este dado é coletado pelos ACS através de entrevista direta com o usuário, pode ter havido omissão por parte da população devido ao constrangimento ou vergonha de assumir este hábito.

A redução das DCNT pode ser, em parte, atribuída à expansão da atenção primária, melhoria da assistência e redução do tabagismo nas últimas duas décadas, que passou de 34,8% (1989) para 15,1% (2010). Entretanto, no último período, foram mantidas estáveis as prevalências entre mulheres (BRASIL, 2012). Neste estudo, havia proporcionalmente mais mulheres hipertensas fumantes do que homens. Deve-se considerar a possibilidade de viés de informação sobre este fato.

Estes dados devem ser salientados à gerência do Centro para que esta avalie a possibilidade de desenvolver projeto que dê suporte às pessoas que desejam parar de fumar. Esta iniciativa estaria em consonância com o plano de enfrentamento das doenças crônicas que prevê a ampliação das ações de prevenção e de cessação do tabagismo, com atenção especial aos grupos mais vulneráveis (MALTA; SILVA JUNIOR, 2013).

Quanto ao consumo de álcool, a análise foi de maneira superficial e imprecisa, pois a única informação que continha na ficha dos ACS era se o usuário é alcoólatra ou não. Este dado pode gerar uma subnotificação sobre o uso do álcool nesta população. A prevalência de alcoolismo nos hipertensos foi de 7,9% sendo 2,3% nas mulheres e 5,6% nos homens. Nos diabéticos, foi de 8,4% sendo 0,6% e 7,8% nas mulheres e homens, respectivamente. (Tabela 2) Estes resultados vão de encontro aos valores próximos aos limites inferiores encontrados numa revisão sistemática que apresentou uma prevalência de consumo excessivo de álcool em mulheres entre 0,1% e 14,4% e nos homens entre 3,5% a 37,7% (CASADO; VIANNA; THULER, 2009). Isto pode ter ocorrido em função da possibilidade de subnotificação nas fichas. Como este dado foi coletado pelos ACS através de entrevista direta com o usuário, pode ter havido omissão por parte do mesmo em assumir este hábito. Outro fator importante é que não se considerou uso abusivo do álcool e sim, se era alcoólatra ou não, o que pode ter sido fator de constrangimento para a resposta do usuário.

O consumo regular de álcool é fator de risco para estas doenças crônicas. Um indicador normalmente adotado é o consumo abusivo do álcool. No Plano brasileiro de enfrentamento de DCNT, foi utilizado o seguinte indicador: consumo, em uma única ocasião, de 4 ou mais doses em mulheres e de 5 ou mais doses em homens (BRASIL, 2012). Sugere-se que os ACS colem estas informações para conclusões mais precisas sobre este fator de risco que agrava consideravelmente o estado de saúde destes usuários.

Com relação a variável dieta, 70,2% dos hipertensos declaram fazer dieta restritiva ao uso de sal. Destes, 48,8% são mulheres e 21,5% homens. Dos diabéticos, 79,5% sendo 53,6% de mulheres e 25,9% de homens fazem restrição do açúcar e carboidratos. (tabela 1). No presente estudo, a renda favorável dos usuários pode ter favorecido a realização da dieta (tabela 1), pois alimentos diet são muito mais caros em relação aos demais. Uma dieta rica em frutas e hortaliças também está relacionada com um poder aquisitivo satisfatório. No Brasil, apenas 18,2% da população adulta consomem cinco porções de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana conforme recomendado pelos nutricionistas. Ministério da Saúde.

Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (BRASIL, 2011). Em um estudo realizado na cidade de Bambuí, verificou-se que idosos com renda familiar inferior a três salários mínimos ingeriam menos frutas e legumes frescos e praticavam menos exercícios físicos do que aqueles com renda familiar mais alta (LIMA-COSTA et al., 2003).

Observa-se que a adesão das mulheres de ambos os grupos com relação à mudança da alimentação foi maior do que nos homens, 75% e 61%, respectivamente. No geral, a população do sexo feminino é menos resistente para aderir ao tratamento e mais favorável para mudança de estilo de vida. Nos lares, o alimento costuma ser preparado pelas mulheres. São elas que mais frequentam os Centros de Saúde. Assim, cabe uma mobilização intersetorial para que os homens possam sentir mais motivados para a alimentação saudável.

Uma das ações nacionais para atingir a meta de redução do consumo de sal por parte da população consiste em medidas educativas para reduzir o sal adicionado em casa. Assim, é de suma importância o papel da nutricionista para capacitar os ACS na orientação e motivação dos usuários em questão. O Centro de Saúde 4 recebeu recentemente uma nutricionista que foi incorporada à equipe de profissionais deste estabelecimento. Este poderá ser um ponto muito favorável para melhorar a qualidade da alimentação dos usuários diabéticos e hipertensos acompanhados nesta unidade.

Neste estudo foi referido que apenas 33% dos hipertensos e 36,7% dos diabéticos praticavam atividade física regularmente. Destes, 20% e 21% são mulheres e 12,9% e 15,7% são homens, respectivamente (Tabela 2). No total a prática de exercício físico foi baixa, especialmente no grupo dos homens que apresentaram resultados semelhantes à população adulta no Brasil que é de 15% (BRASIL, 2011). Estes dados divergem do estudo de revisão sistemática que apresentou uma prevalência muito menor de sedentarismo em mulheres que esteve entre 20,1% a 58,2% e nos homens entre 33,9% e 43,1 (CASADO; VIANNA; THULER, 2009). Estas diferenças podem ser decorrentes da diferença das faixas etárias entre os grupos.

Em consonância com o Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2011) que prevê a Construção de espaços saudáveis que promovam ações de promoção da saúde e estimulem a atividade física/práticas corporais, em articulação com a Atenção Primária à Saúde, o Centro

de Saúde 04 oferece uma atividade regular de ginástica e auto massagem com a comunidade, realizada em parceria com a Secretaria de Educação. As atividades são realizadas pelo educador físico e o assistente social e ocorrem durante a semana de forma intercalada às 7 horas da manhã. Existe uma boa adesão com 120 pessoas cadastradas e uma média de 60 pessoas por prática. A partir do conhecimento deste estudo sobre a falta de prática de exercícios físicos nesta população, pode-se fazer uma motivação para os usuários portadores de hipertensão e diabetes participarem mais ativamente destas atividades o que melhoraria consideravelmente as suas condições de saúde.

As variáveis “peso, glicemia e pressão” não puderam ser coletadas neste estudo, por estes dados não estarem descritos nas fichas de acompanhamento dos usuários. Sugere-se que, o Centro de Saúde realize um mutirão com estas pessoas para aferição de peso, glicemia e pressão. O conhecimento destes fatores poderia ajudar enormemente a nutricionista do Centro 04 e os Agentes Comunitários de Saúde a realizarem atividades preventivas voltadas para esta população e identificar os usuários que se encontram em maior situação de risco. Estas ações poderão contribuir para o plano de enfrentamento das doenças crônicas no Brasil. Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde iniciará a realização de aferição da pressão arterial na população, constituindo a linha de base para monitoramentos futuros para hipertensão e o monitoramento do diabetes, seja mediante questões inseridas no questionário da Política Nacional de Saúde, seja pela medida da hemoglobina glicosilada (HbA1c) para estimar glicose no sangue, método que tem sido utilizado internacionalmente. utilização de HbA1c oferece a vantagem da precisão, além de facilitar a logística de pesquisas de domicílios, haja vista poder ser dosada sem jejum e a qualquer hora do dia. Além disso, é uma medida média do valor de glicose durante um período acumulado de meses, não a partir de uma única medida pontual (MALTA; SILVA JUNIOR, 2013). Com o incremento destas variáveis os ACS e os profissionais de saúde poderão se mobilizarem para melhorar o enfrentamento destas enfermidades no Centro de Saúde 4 da Ceilândia - DF.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incidência de doenças crônicas não transmissíveis vem aumentando consideravelmente em todo o Brasil, o que justifica o despertar para ações de promoção de saúde e prevenção dos fatores de risco associados a estas patologias. Neste estudo verificou-se uma prevalência de 14% de hipertensos e 5% de diabéticos da população adulta acompanhada pelos agentes comunitários da área. Obviamente que existem outras DCNT presentes naquela população e que não foram objeto deste estudo, o que nos faz atentar para as questões que mais colaboram para o desencadeamento dessas patologias como a inatividade física, a má alimentação, o uso nocivo de álcool e do tabaco. O estudo mostrou que a maior prevalência dessas doenças ocorre entre as mulheres e que atinge, em maior escala, as pessoas acima dos 50 anos. Pode ter ocorrido uma subnotificação em relação aos homens. Os agentes comunitários de saúde, nesse contexto, passam a assumir um papel de suma importância, não apenas na cobertura populacional da área adstrita ao referido centro de saúde, mas na complexidade em lidar com esse público que muitas vezes é de difícil acesso. Entretanto, eles podem tentar motivar e incentivar a população a participar das ações estratégicas proporcionadas no Centro de Saúde ou ajudar na construção de novas formas de abordagem para enfrentar este problema através de espaços de discussão onde a população se torne mais ativa no processo, e assim, melhore a corresponsabilidade na mudança do estilo de vida. Seria fundamental uma capacitação mais efetiva, que possibilitasse aos ACS a adquirirem respaldo para realizar novas atividades inerentes à cobertura dessas populações, tais como aferir a pressão arterial e a medir os níveis de glicemia, fazendo jus aos itens constantes nas fichas B para hipertensos e diabéticos, respectivamente. Contudo, eles são orientados para cadastrar as pessoas somente após diagnóstico médico estabelecido, atrasando o processo e muitas vezes submetendo o próprio usuário a deslocar-se para o centro de saúde para uma simples aferição de pressão arterial. Com relação às variáveis: estudo, renda e educação; observam-se números bastante satisfatórios, porém a maioria dos acometidos não está trabalhando, o que pode contribuir para o sedentarismo, baixa autoestima e stress. Assim é necessário parcerias com os mais diversos setores, como por exemplo, da indústria e do comércio, para incluir esses usuários em atividade no mercado de trabalho, haja vista que essas doenças, guardadas as devidas proporções, não os impedem de trabalharem. No Brasil há uma cultura de aposentadoria precoce e um afastamento das pessoas acima de 50 anos do mercado de trabalho. Há que se rever esta situação diante da mudança do perfil epidemiológico no Brasil. Por mais que as

políticas públicas de saúde sejam criadas com o objetivo de sanar os problemas, observa-se que na prática há muito que se fazer para alcançar os objetivos propostos por elas. Trabalhar uma política de promoção da saúde, alertando a sociedade para uma mudança de hábito, incentivando, por exemplo, a uma reeducação alimentar e a prática de atividades físicas minimizaria a exposição da população aos fatores de risco mais prevalentes. Os sanitaristas precisam fazer a diferença no funcionamento dessas políticas, buscando colocá-las em prática ou aperfeiçoá-las. A educação em saúde, definitivamente, comprova que deve ser continuada para que a integralidade no amparo às populações se cumpra. Porém, não basta educar a população, deve-se proporcionar ambientes mais favoráveis para as pessoas fazerem escolhas mais saudáveis. A promoção de saúde é fundamental para consolidação deste processo e assim, melhorar as condições de vida da população.

8. REFERÊNCIAS

ALVES, B.A.; CALIXTO, A.A.T.F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em um Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **Journal of the health sciences institute**, Campinas, p. 255-260, 2012.

ANDRADE, Maria Margarida de. Métodos e técnicas de pesquisa. In: _____. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2009. p. 120-126.

ANDRADE, TL. **Caracterização da associação entre Diabetes Mellitus e hipertensão arterial na atenção primária: estudo quantitativo no município de Jeceaba - MG**. Monografia. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, 2010.

ARAÚJO, M.R.N.; ASSUNÇÃO, R.S. A atuação do Agente Comunitário de Saúde na Promoção da Saúde e na Prevenção de Doenças. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, p. 19-25, 2002.

BARRETO, G.A.M. et al Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde no Centro de Saúde Nº 11 – Ceilândia – Brasília: **Revista: Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da URI** Vol.9, N.16: p. 108-114, Maio/2013

BARROS, A.J.S.; LEHFELD; N.A.S. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2003, 158 p.

BRASIL, Ministério da saúde. **Caderno de atenção básica nº 16: Diabetes de mellitus**. Ministério da saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da saúde. **Caderno de atenção básica nº15: Hipertensão arterial sistêmica**. Ministério da saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da saúde, 2008.

BRASIL, Ministério da saúde. **Plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e Diabetes de mellitus**. Brasília: Ministério da saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da saúde, 2007.

BRASIL, Ministério da saúde. **Política nacional de atenção integral á saúde do homem**. Ministério da saúde, 2008

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº04/2013/condições crônicas/DAB**. 2013. Disponível em: <http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/nota_tecnica_descontinuidade_do_hiperdia.pdf>. Acesso em: 15 de dez. de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. **Revista Saúde Pública**, p. 585-588, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2007**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL BRASIL 2011**. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BREVIDELLI, MM; DOMENICO, EPL. **Trabalho de conclusão de curso**. 3ª edição. São Paulo: Iátria, 2009

BROWNER, Warren et al. Delineando um Estudo Observacional: estudos transversais e de caso-controle. In: HULLEY, Stephen et al. **Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BUSS, Paulo Marchiori; PELEGRINI FILHO, Alberto. Determinantes sociais da saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1772-1773, set. 2006.

CAMPOLINA, Alessandro Gonçalves et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, jun. 2013.

CASADO L, VIANNA LM, THULER LCS. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Brasília, v. 55, n.4, p. 379-388. 2009.

CASTRO, Roberta Avelar Araújo de; MONCAU, José Eduardo Cajado; MARCOPITO, Luiz Francisco. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na cidade de Formiga, MG. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.88, n.3, p.334-339, mar 2007.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**: 1.ed. Brasília: CONASS, 2011. 197 p. 3 v.

COTTA, R.M. et al. Perfil sócio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa Saúde da Família no município de Teixeira, Estado de Minas Gerais. **Ciência e Saúde Coletiva**, [Belo Horizonte], p.1251-1260, 2009.

DA SILVEIRA, M.M.; PASQUALOTTI, A.; COLUSSI, E.L. Prevalência de doenças crônicas e prática de atividade física em adultos e idosos. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, Fortaleza, p. 209-214, 2012.

DATASUS, 2004. **Dados de morbidade hospitalar e mortalidade**.

DO AMARAL, D.M.D.; PERASSOLO, M.S. Possíveis interações medicamentosas entre os anti-hipertensivos e antidiabéticos em participantes do Grupo HIPERDIA de Perobé, RS (Uma análise teórica). **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Novo Hamburgo, p. 99-105, 2012.

DOS SANTOS, J.C.; MOREIRA, T.M.M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, p. 1125-1132, 2012.

DUARTE, L.R.; SILVA, D.S.J.R.; CARDOSO, S.H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 11, n. 23, p. 439- 47, set./dez. 2007.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista Saúde Pública**, [S.I.], p. 126-134, 2012.

FRANCO, L.J.; CAMPOS, G.P.; MACHADO, C.A. Entrevista: O enfoque das políticas do SUS para promoção da saúde e prevenção das DCNT: do passado ao futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 945-956, 2004.

GDF. Secretaria de Estado de Planejamento e orçamento. **Pesquisa distrital por amostra de domicílios**: PDAD – 2013 Ceilândia. 2013. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/Pesquisas%20Socioecon%C3%B4micas/PDAD/2013/Ceil%C3%A2ndia-PDAD%202013.pdf>>. Acesso em: 5 de dez. de 2013.

GDF. Secretaria de Estado de Planejamento e orçamento. **Pesquisa distrital por amostra de domicílios**: PDAD – 2010/2011. Brasília – DF, 2011. Disponível em: <<http://forumeja.org.br/df/sites/forumeja.org.br.df/files/pdad>>. Acesso em: 16 de dez. de 2013.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

GOMES, K.O. et al. A Práxis do Agente Comunitário de Saúde no Contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 4, 2009.

GUS, Iseu *et al.* Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.83, n.5, p.424-428, nov. 2004.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2004001700009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 Nov 2007.

HARTMANN, Milton *et al.* Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.8, p.1857-1866, 2007.

IBGE. Gerência de estudos e análises da dinâmica demográfica. **Sistematização das medidas e indicadores sociodemográficos oriundos da projeção da população por sexo e idade por método demográfico das grandes regiões e unidades da Federação para o período 1991-1030.** s/d. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000243.pdf>>. Acesso em: 15 de dez. de 2013.

LEVY, F.M.; MATOS, P.E.; TOMITA, N.E. Programa comunitário de agente de saúde: a percepção de pacientes e trabalhadores de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 197-203, jan./fev. 2004.

LIMA, L.P.M.; GAZETTA, C.E. Análise do programa de controle de hipertensão arterial em Unidade Básica de Saúde da Família em São José do Rio Preto. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 14, n. 2, p. 88-94, abr./jun. 2007.

LIMA-COSTA et al. The Bhas Group. Socioeconomic position and health in a population of Brazilian elderly: The Bambuí Health and Ageing Study (BHAS). **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.13, n. 6, p. 387-394. 2003.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M. Tipos de estudo epidemiológicos: conceitos básicos a aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de saúde**. [Belo Horizonte], p. 189-201, 2003.

MALTA, D. C. et al. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde**, n.15, p. 47-64, 2006.

MALTA, DC; SILVA JUNIOR, JB; MORAIS NETO, OL. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p.425-438, out-dez. 2013.

MALTA, DC; SILVA JUNIOR, JB. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o

enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e serviços de saúde**. Brasília, v. 22, n. 1, p.151-164, jan-mar. 2013.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012, 512 p.

Organização Mundial da Saúde. **Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital**. Genebra: OMS; 2005.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Saúde nas Américas**: edição de 2012. Panorama regional e perfis de países. Washington, DC: OPAS, 2012.

PEREIRA APR, BARRETO MIC, OLIVEIRA SGM. **O perfil dos usuários hipertensos cadastrados e acompanhados por uma unidade de saúde da família de um município do interior do leste mineiro**. Monografia. Minas Gerais(MG): Centro Universitário de Caratinga - UNEC; 2008.

PEREIRA, Maurício Gomes. Métodos empregados em epidemiologia. In: _____. **Epidemiologia**: teoria e prática. 12ª reimpressão. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 269-288.

PERES, M.A.; *et al.* Desigualdades no acesso e na utilização dos serviços odontológicos no Brasil: análise do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 90-100, 2012.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SES/DF - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Regional de Saúde da Ceilândia. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais/266-regional-de-saude-de-ceilandia.html>>

SMELTZER, SC; BARE, BG. **BRUNNER e SUDDARTH: Tratado de enfermagem Médico- cirúrgico**. 11ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogam, 2009.

SOUZA, Ana Rita Araújo de et al. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. 2007, vol.88, n.4, pp. 441-446. ISSN 0066-782X.

TANAKA, Oswaldo Y; MELO, Cristina. Escolha de abordagens. In: _____. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**. 1. Ed. São Paulo: Edusp, 2011. p. 37-42.

TOSCANO, C.M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência e Saúde Coletiva**, [Porto Alegre], p. 885-895, 2004.

WEBBER, Emanuel Malaguez. et al. Suporte social dos hipertensos de uma comunidade em Gaspar-SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Blumenau, p. 71-77, 2009.

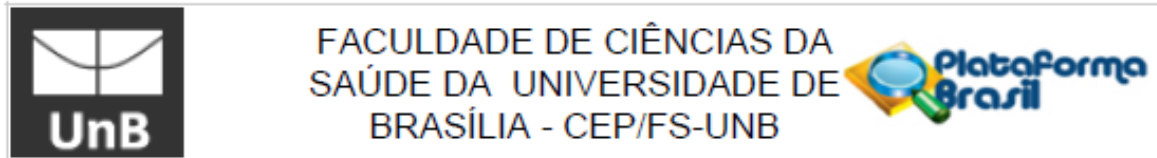
Ficha A, verso - modelo

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">TIPO DE CASA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Tijolo/Adobe</td><td></td></tr> <tr><td>Taipa revestida</td><td></td></tr> <tr><td>Taipa não revestida</td><td></td></tr> <tr><td>Madeira</td><td></td></tr> <tr><td>Material aproveitado</td><td></td></tr> <tr><td>Outro - Especificar:</td><td></td></tr> <tr><td>Número de cômodos / peças</td><td></td></tr> <tr><td>Energia elétrica</td><td></td></tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">DESTINO DO LIXO</th> </tr> <tr><td>Coletado</td><td></td></tr> <tr><td>Queimado / Enterrado</td><td></td></tr> <tr><td>Céu aberto</td><td></td></tr> </tbody> </table>	TIPO DE CASA		Tijolo/Adobe		Taipa revestida		Taipa não revestida		Madeira		Material aproveitado		Outro - Especificar:		Número de cômodos / peças		Energia elétrica		DESTINO DO LIXO		Coletado		Queimado / Enterrado		Céu aberto		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Filtração</td><td></td></tr> <tr><td>Fervura</td><td></td></tr> <tr><td>Cloração</td><td></td></tr> <tr><td>Sem tratamento</td><td></td></tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">ÁBASTECIMENTO DE ÁGUA</th> </tr> <tr><td>Rede geral</td><td></td></tr> <tr><td>Poço ou nascente</td><td></td></tr> <tr><td>Outros</td><td></td></tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">DESTINO DE FEZES E URINA</th> </tr> <tr><td>Sistema de esgoto (rede geral)</td><td></td></tr> <tr><td>Fossa</td><td></td></tr> <tr><td>Céu aberto</td><td></td></tr> </tbody> </table>	TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO		Filtração		Fervura		Cloração		Sem tratamento		ÁBASTECIMENTO DE ÁGUA		Rede geral		Poço ou nascente		Outros		DESTINO DE FEZES E URINA		Sistema de esgoto (rede geral)		Fossa		Céu aberto	
TIPO DE CASA																																																					
Tijolo/Adobe																																																					
Taipa revestida																																																					
Taipa não revestida																																																					
Madeira																																																					
Material aproveitado																																																					
Outro - Especificar:																																																					
Número de cômodos / peças																																																					
Energia elétrica																																																					
DESTINO DO LIXO																																																					
Coletado																																																					
Queimado / Enterrado																																																					
Céu aberto																																																					
TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO																																																					
Filtração																																																					
Fervura																																																					
Cloração																																																					
Sem tratamento																																																					
ÁBASTECIMENTO DE ÁGUA																																																					
Rede geral																																																					
Poço ou nascente																																																					
Outros																																																					
DESTINO DE FEZES E URINA																																																					
Sistema de esgoto (rede geral)																																																					
Fossa																																																					
Céu aberto																																																					

OUTRAS INFORMAÇÕES																																											
Alguém da família possui Plano de Saúde?	Número de pessoas cobertas pelo Plano de Saúde																																										
Nome do Plano de Saúde																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">EM CASO DE DOENÇA PROCURA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Hospital</td><td></td></tr> <tr><td>Unidade de Saúde</td><td></td></tr> <tr><td>Benzedeira</td><td></td></tr> <tr><td>Farmácia</td><td></td></tr> <tr><td>Outros - Especificar:</td><td></td></tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA</th> </tr> <tr><td>Rádio</td><td></td></tr> <tr><td>Televisão</td><td></td></tr> <tr><td>Outros - Especificar:</td><td></td></tr> </tbody> </table>	EM CASO DE DOENÇA PROCURA		Hospital		Unidade de Saúde		Benzedeira		Farmácia		Outros - Especificar:		MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA		Rádio		Televisão		Outros - Especificar:		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Cooperativa</td><td></td></tr> <tr><td>Grupo religioso</td><td></td></tr> <tr><td>Associações</td><td></td></tr> <tr><td>Outros - Especificar:</td><td></td></tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA</th> </tr> <tr><td>Ônibus</td><td></td></tr> <tr><td>Caminhão</td><td></td></tr> <tr><td>Carro</td><td></td></tr> <tr><td>Carroça</td><td></td></tr> <tr><td>Outros - Especificar</td><td></td></tr> </tbody> </table>	PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS		Cooperativa		Grupo religioso		Associações		Outros - Especificar:		MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA		Ônibus		Caminhão		Carro		Carroça		Outros - Especificar	
EM CASO DE DOENÇA PROCURA																																											
Hospital																																											
Unidade de Saúde																																											
Benzedeira																																											
Farmácia																																											
Outros - Especificar:																																											
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA																																											
Rádio																																											
Televisão																																											
Outros - Especificar:																																											
PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS																																											
Cooperativa																																											
Grupo religioso																																											
Associações																																											
Outros - Especificar:																																											
MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA																																											
Ônibus																																											
Caminhão																																											
Carro																																											
Carroça																																											
Outros - Especificar																																											

OBSERVAÇÕES

ANEXO D



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência e Fatores de Risco associados a diabetes mellitus e Hipertensão Arterial em uma Região de Ceilândia-DF

Pesquisador: VANESSA RESENDE NOGUEIRA CRUVINEL

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 20930913.0.0000.0030

Instituição Proponente: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 491.469

Data da Relatoria: 02/12/2013

Apresentação do Projeto:

(vide parecer anterior)

Objetivo da Pesquisa:

(vide parecer anterior)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

(vide parecer anterior)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

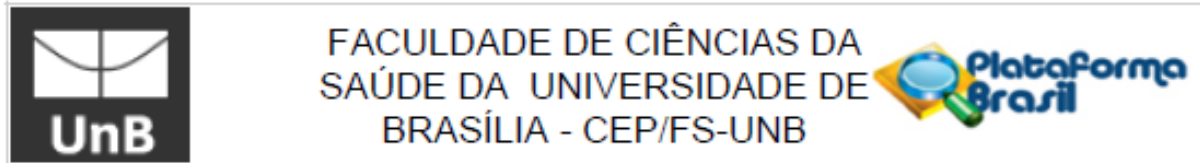
(vide parecer anterior)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora informa em carta de resposta às pendências:

"Após diálogo com os gestores do Centro de Saúde 4 da Ceilândia-DF, foi solicitado à equipe de pesquisa que faça a avaliação das fichas A e do Hiperdia de todos os usuários diabéticos e hipertensos cadastrados no Programa de Agentes Comunitários (PACS) desta Unidade. Portanto, ao invés de utilizarmos uma amostra de 60 pessoas como foi anteriormente proposto, será um total de 522 pessoas o que confere a impossibilidade da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Solicito assim, a

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br



Continuação do Parecer: 491.469

dispensa do TCLE."

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo em vista o grande nº de participantes da pesquisa sou de parecer favorável à dispensa de assinatura do TCLE, devendo a pesquisadora resguardar elementos de sigilo e privacidade dos dados obtidos dos prontuários.

A alteração do tamanho da amostra gera uma pendência documental que é a necessidade de atualizar a folha de rosto do projeto, corrigindo o nº de participantes da pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A pesquisadora deverá providenciar a atualização da Folha de Rosto (nº de voluntários), sem o qual não haverá expedição da Carta de Aprovação pelo CEP-FS.

BRASILIA, 12 de Dezembro de 2013

Assinador por:
Natan Monsores de Sá
 (Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3107-1947 Fax: (61)3307-3799 E-mail: cepfs@unb.br