

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS CADASTRADOS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE, FLORIANÓPOLIS - SC

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF HYPERTENSIVE AND DIABETICS REGISTERED IN BASIC HEALTH CARE, FLORIANOPOLIS - SC

Carolina Neves Fagundes¹, Arlete Catarina Titttoni Corso¹, David Alejandro González-Chica^{1,2}

Resumo

Introdução: O diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial caracterizam-se hoje como epidemia mundial representando elevado custo social e grande impacto na morbimortalidade da população. A rede básica de saúde tem grande importância nas estratégias de controle desses agravos e o estudo do perfil da população contribuirá na reorganização da rede de atenção básica local. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico e estado nutricional de hipertensos e diabéticos cadastrados na Atenção Básica. **Método:** Pesquisa descritiva e transversal realizada com 424 hipertensos e diabéticos de cinco centros de saúde de Florianópolis (SC). Os dados das entrevistas e antropométricos foram analisados no *Stata*® v11.0, usando o teste de Qui-quadrado para associação. **Resultados:** Na amostra 62,3% eram hipertensos, 9,2% diabéticos e 28,5% tinham as duas doenças. Houve predomínio das mulheres (66,3%), idosos (59,4%), baixa escolaridade (58,3%) e classe econômica C (64,2%). Não houve diferença entre diagnóstico da doença e o antecedente de acidente vascular cerebral ou colesterol elevado ($P>0,05$). O infarto agudo de miocárdio foi mais frequente entre aqueles com ambos os diagnósticos (25,6%). Houve excesso de peso e cintura elevada em todos os grupos. **Conclusão:** A maioria dos participantes é feminino, com faixa etária elevada, baixa escolaridade e classe econômica intermediária. A dislipidemia, o infarto e o acidente vascular cerebral foram importantes complicações referidas. O excesso de peso, assim como valores acima do recomendado para circunferência da cintura foi demonstrado na maioria dos adultos e idosos.

Palavras chave: Hipertensão. Diabetes *Mellitus*. Centros de Saúde. Atenção Básica à Saúde.

Abstract

Introduction: Diabetes *mellitus* and arterial hypertension are today characterized as a worldwide epidemic representing a high social cost and great impact on the morbidity and mortality of the population. The basic health network has great importance in the strategies of control of these diseases and the study of the profile of the population will contribute to the reorganization of the network of local basic attention. **Objective:** To describe the epidemiology and nutritional status of hypertensive and diabetic patients registered in Primary Care. **Method:** Descriptive cross-sectional survey with 424 hypertensive and diabetics of five health centers in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. Data from the interviews and anthropometric data were analyzed in *Stata*® v11.0 using the Chi-square test for association. **Results:** In the sample 62.3% were hypertensive, 9.2% had diabetes and 28.5% had both diseases. There was a predominance of women (66.3%), elderly (59.4%), low education (58.3%) and economic class C (64.2%). There was no difference between disease diagnosis and history of stroke or high cholesterol ($P> 0.05$). Acute myocardial infarction was more frequent among those with both diagnoses (25.6%). There were overweight and high waist in all groups. **Conclusion:** Most of the participants are female, with a high age group, low educational level and intermediate economic class. Dyslipidemia, infarction, and stroke were important complications reported. Excess weight as well as values above that recommended for waist circumference has been demonstrated in most adults and the elderly.

Keywords: Hypertension. Diabetes *Mellitus*. Health centers. Primary Health Care.

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam a principal causa de morte e incapacidade no mundo, sendo responsáveis por 68,0% de um total de 38 milhões de mortes ocorridas em 2012¹. No Brasil, as DCNT são igualmente relevantes tendo sido responsáveis, em 2011, por 72,7% do total de mortes².

Dentre as DCNT a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes *mellitus* (DM) são considerados problemas de saúde pública de grande magnitude, responsáveis por impactos econômicos para famílias e comunidades, uma vez que geram elevado custo social e grande impacto na saúde das populações¹.

Segundo dados publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a hipertensão atingiu cerca

de 1,13 bilhão de pessoas no mundo em 2015³, e o diabetes atingiu 422 milhões de pessoas em 2014 (8,5%)⁴. No Brasil, dados do Ministério da Saúde de 2016 mostraram que a HAS aumentou 14,2% na última década e já atinge 25,7% da população brasileira com 18 anos ou mais. Em relação ao DM, 8,9% da população referiu essa doença em 2016⁵.

No que se refere à mortalidade, a proporção de mortes no Brasil por DCNT em 2011 foi de 72,7%, com uma taxa de mortalidade de 378 por 100 mil habitantes². Dados brasileiros de mortalidade associados à HAS entre 2001 e 2011 sinalizaram uma taxa de 552 mortes por 100 mil habitantes, e a taxa de mortalidade por DM foi de 33,7 por 100 mil habitantes no mesmo período^{2,6}.

Algumas medidas de melhoria na atenção aos portadores de HAS e DM vêm sendo implantadas na

¹ Programa de Pós-Graduação em Nutrição. Departamento de Nutrição. Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

² Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.
Contato: Carolina Neves Fagundes. E-mail: carolnifagundes@yahoo.com.br

Atenção Básica em Saúde, destacando-se, entre elas, a criação do Plano de Reorganização da atenção à HAS e ao DM que vincula os pacientes aos centros de saúde (CS), garantindo acompanhamento, tratamento, distribuição de medicação e atividades de educação nutricional. Além disso, há o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis que visa preparar o Brasil para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, as DCNT^{7,8}.

No entanto, apesar das ações desenvolvidas, dados da Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) mostraram que entre 2006 e 2016, no Brasil, a prevalência de adultos com excesso de peso aumentou de 42,6% para 53,8%; e de adultos com obesidade passou de 11,8% para 18,9%. Assim, mesmo com os avanços no conhecimento sobre os determinantes e fatores de risco para as DCNT é preciso reforçar a necessidade de ações imediatas de controle por meio de políticas públicas de saúde voltadas à qualidade de vida da população⁹.

No Brasil, algumas pesquisas foram localizadas na literatura científica¹⁰⁻¹⁴ com o intuito de analisar o perfil epidemiológico e/ou estado nutricional de pessoas com HAS e/ou DM atendidas na Atenção Básica em Saúde, uma vez que conhecer o perfil dessa população é fundamental para direcionar as políticas de promoção de saúde e prevenção de complicações neste grupo populacional¹⁵.

Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi descrever o perfil epidemiológico e o estado nutricional de adultos e idosos portadores de HAS e de DM cadastrados em cinco CS do município de Florianópolis (SC), segundo variáveis sociodemográficas, antecedentes pessoais de doenças crônicas não transmissíveis, tabagismo e estado nutricional.

Métodos

Estudo descritivo de corte transversal foi realizado com adultos e idosos de ambos os sexos, cadastrados na Atenção Básica em Saúde do município de Florianópolis (SC) no ano de 2012.

A população estimada de Florianópolis em 2010 era de 421.240 habitantes, apresentando um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,847 (terceiro melhor no Brasil) e um percentual de analfabetismo de 1,6%¹⁶. Em 2012 o município de Florianópolis possuía setenta pontos de atenção à saúde do SUS, dos quais cinquenta eram centros de saúde distribuídos em cinco Distritos Sanitários (DS), denominados DS Centro (5 CS), DS Continente (12 CS), DS Leste (9 CS), DS Norte (11 CS) e DS Sul (13 CS)¹⁷. Este estudo envolveu cinco CS da Atenção Básica em Saúde de Florianópolis (SC).

Para a seleção dos centros de saúde foi utilizada amostragem por conveniência¹⁸ considerando critérios que permitissem identificar aqueles centros que atenderam a maior parcela da população em cada distrito sanitário: população coberta pelo centro de saúde acima de 10.000 pessoas, número de áreas de abrangência cobertas pelo centro de saúde de no mínimo quatro, número de equipes de saúde atuantes em cada centro de saúde de no mínimo quatro e número de agentes comunitários de saúde de no mínimo dez. Apenas um centro de saúde em cada distrito sanitário

cumpria com todos estes critérios: DS Centro, Continente, Leste, Norte e Sul¹⁷.

Para determinar o número mínimo de pacientes a ser investigados, foi considerado o número total de pacientes portadores de HAS e/ou de DM cadastrados até o ano de 2011 nos cinco CS selecionados (N=5004 pessoas)¹⁸. Considerando uma frequência do desfecho de 50,0%, uma margem de erro definida em cinco pontos percentuais e um intervalo de confiança de 95,0% (erro alfa de 5,0%), estimou-se um tamanho de amostra total de 357 pessoas. Foi acrescentado 19,0% para sanar recusas, totalizando uma amostra de 424 pacientes.

O processo de amostragem em cada CS também foi por conveniência, mediante seleção por livre demanda e saturação temporal¹⁸. Seguindo esse método, todos os pacientes hipertensos e/ou diabéticos que procuraram atendimento por qualquer motivo, em cada CS, por um período de dez dias laboráveis e consecutivos (turno matutino), foram considerados elegíveis para participar no estudo.

Os dados sociodemográficos e sobre antecedentes foram coletados mediante um questionário estruturado e pré-testado, contendo perguntas objetivas fechadas, aplicado por uma entrevistadora que participou de treinamento e padronização de aferições de medidas antropométricas, (valores de erro técnico de medida 0,47 cm para cintura e 0,14 cm para estatura) para participação no estudo¹⁹.

Após as entrevistas foram aferidos o peso, a estatura e a circunferência da cintura dos entrevistados. A medida de peso foi obtida em tomada única, com uso de balança digital da marca Marte, devidamente calibrada. Para a obtenção da medida de estatura foi afixada, em uma parede lisa sem rodapé, uma fita métrica de 150 cm de comprimento a 50 cm do chão. A circunferência da cintura dos entrevistados foi aferida utilizando uma fita métrica inextensível na linha natural da cintura, na região mais estreita entre o tórax e o quadril, realizando-se a leitura no momento da expiração²⁰.

As variáveis estudadas incluíram o diagnóstico de HAS e/ou DM e foram classificadas em: HAS sem DM, DM sem HAS e HAS e DM combinados (HAS/DM). As variáveis usadas para a caracterização sociodemográfica dos pacientes foram: sexo (masculino/feminino); faixa etária, calculada mediante a diferença entre a data de nascimento do entrevistado e a data da entrevista (20-40 anos, 41-59 anos e 60 anos ou mais); cor da pele autorreferida (branca ou outra cor); escolaridade (0 a 4 anos, 5 a 8 anos e 9 anos ou mais); situação conjugal (com companheiro(a) e sem companheiro(a)); e, classe econômica, avaliada por meio do critério da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP), sendo recategorizadas para análise em A/B, C e D/E²¹.

Os antecedentes familiares de HAS e/ou de DM foram coletados mediante perguntas referentes ao diagnóstico destas doenças em mãe ou pai dos entrevistados. Em relação aos antecedentes pessoais, para o colesterol LDL elevado, infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular cerebral (AVC) os entrevistados responderam se algum médico ou profissional da saúde já referiu se ele tem ou já teve alguma destas complicações, sendo classificado em sim ou não. O tabagismo foi classificado em fumante atual, nunca

fumou e ex-fumante.

Os critérios para diagnóstico nutricional de adultos e idosos foram baseados na recomendação de Lohman²⁰. O IMC foi classificado conforme os pontos de corte estabelecidos para adultos, sendo caracterizados com excesso de peso adultos com IMC ≥ 25 kg/m² e sem excesso de peso adultos com IMC ≤ 25 kg/m². Para a classificação dos idosos, os pontos de corte utilizados para sobrepeso foram ≥ 27 kg/m² e ≤ 27 kg/m². O risco cardiovascular foi classificado por meio da circunferência da cintura dos adultos, sendo caracterizados com risco elevado os homens com valores ≥ 94 cm e as mulheres ≥ 80 cm²⁰.

Os dados foram digitados no software *Epidata*[®] versão 3.0, checadas as inconsistências e as análises realizadas no *Software Stata*[®] versão v11.0. A análise estatística incluiu uma descrição das variáveis, utilizando-se frequência relativa e absoluta, medidas de tendência central e de dispersão (média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil, dependendo da normalidade dos dados). O teste do Qui-Quadrado foi utilizado para avaliar a distribuição das variáveis sociodemográficas, antecedentes familiares e pessoais, e o estado nutricional entre hipertensos e diabéticos, considerado o valor de 5,0% como nível de significância estatística.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob o n° 108.381.

Resultados

No total foram entrevistadas 424 pessoas (9,2% com DM isolado, 62,3% com HAS isolado e 28,5% com ambos os diagnósticos) sendo 70 do DS Centro, 102 do Continente, 72 do Leste, 120 do Norte e 60 do Sul. A média de idade dos adultos investigados foi de $52 \pm 6,6$ anos.

A maioria da amostra era do sexo feminino (66,3%), predominando a faixa etária de 60 anos ou mais (59,4%), com cor da pele branca (62,0%), pertencentes à classe econômica C (64,2%) e vivendo com companheiro (58,7%). Grande parte da população (42,5%) tinha o ensino fundamental incompleto, e 15,8% relataram não saber ler e escrever ou só saber assinar o seu nome. Entre aqueles com DM isolada foi maior o percentual de indivíduos do sexo masculino (56,4%) e com idade entre 41 a 59 anos (51,3%). A distribuição dos pacientes hipertensos, diabéticos, ou com as duas doenças não foi diferente conforme cor da pele, escolaridade, situação conjugal, classe econômica ou localização dos centros de saúde (Tabela 1).

Os antecedentes familiares de HAS e DM estiveram presentes em 63,2% e 37,5% da população, respectivamente. Mesmo entre pacientes com DM isolada mais da metade apresentavam antecedente familiar de HAS, e um percentual similar teve também antecedente familiar de DM neste grupo de pacientes ($p < 0,05$). No que se refere às complicações associadas, em ordem de frequência foram a dislipidemia, o IAM e o AVC. Destes três, apenas o antecedente de IAM foi diferente entre os grupos, apresentando-se 1,83 e 3,32 vezes mais frequente entre os portadores de HAS/DM do que naqueles com HAS ou DM isolada, respectivamente ($p = 0,005$). Com relação ao tabagis-

Tabela 1 - Características sociodemográficas de adultos e idosos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus cadastrados na Atenção Básica. Florianópolis - SC, 2012.

Variáveis	Todos		H ¹	D ²	HD ³	p
	n	%	%	%	%	
Sexo						0,007*
Feminino	281	66,3	68,6	43,6	68,6	
Masculino	143	33,7	31,4	56,4	31,4	
Faixa etária						0,009**
20 a 40 anos	012	02,9	03,0	07,7	00,8	
41 a 59 anos	160	37,7	39,4	51,3	29,8	
60 anos ou mais	252	59,4	57,6	41,0	69,4	
Cor da pele						0,190*
Branca	263	62,0	62,9	48,7	64,5	
Não branca	161	38,0	37,1	51,3	35,5	
Situação conjugal						0,134*
Com cônjuge	249	58,7	59,1	71,8	53,7	
Sem cônjuge	175	41,3	40,9	28,2	46,3	
Escolaridade (anos de estudo)						0,207*
0 a 4	067	15,8	16,3	15,4	14,9	
5 a 8	258	60,9	61,7	46,2	63,6	
≥ 9	099	23,3	22,0	38,4	21,5	
Classe econômica						0,247*
A/B	097	22,9	20,8	28,2	25,6	
C	272	64,1	65,2	69,2	60,3	
D/E	055	13,0	14,0	02,6	14,1	
Centros de saúde						0,198*
Norte	120	28,3	30,6	23,1	24,8	
Sul	060	14,2	13,6	23,1	12,4	
Centro	070	16,5	17,1	05,1	19,0	
Continente	102	24,1	21,6	35,9	25,6	
Leste	072	16,9	17,1	12,8	18,2	
Total	424		264	39	121	

*Qui quadrado de heterogeneidade **Qui quadrado de tendência.

¹Hipertensos. ²Diabéticos. ³Hipertensos e Diabéticos

mo, 10,4% da população total era fumante atual, sendo que a prevalência de tabagismo foi quase sete vezes mais frequente nos portadores de DM e três vezes mais frequente nos portadores de HAS do que nos portadores de HAS/DM ($P = 0,001$) (Tabela 2).

A prevalência de excesso de peso foi duas vezes maior nos portadores de HAS/DM e com HAS isolada do que naqueles com DM isolada ($p = 0,03$). Entre os adultos não foi observada esta diferença ($p = 0,88$), e mais de 85,0% dos casos tinha excesso de peso, independentemente do tipo de doença (valores superiores aos dos idosos em todos os casos; $p < 0,05$ em todas as comparações). Mesmo com estas diferenças, o teste de interação não apontou para uma evidência estatística de modificação de efeito (p de interação 0,37) (Figura 1).

As prevalências de circunferência da cintura elevada foram significativamente superiores nas mulheres em comparação as dos homens em todas as categorias. Entre os homens, a prevalência de cintura elevada foi maior nos portadores de HAS/DM ($p = 0,04$). Nas mulheres, a prevalência de cintura elevada foi de aproximadamente 90,0%, independentemente de ter HAS isolada, DM isolada ou as duas doenças ($p = 0,44$). O teste de interação também não mostrou evidência estatística de modificação de efeito neste caso (p de interação 0,67) (Figura 2).

Tabela 2 - Antecedentes familiares e pessoais de adultos e idosos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus cadastrados na Atenção Básica. Florianópolis - SC, 2012.

Variáveis	Todos		H ¹	D ²	HD ³	p
	n	%	%	%	%	
Antecedentes familiares de HAS						0,154*
Sim	268	63,2	67,4	56,4	56,2	
Não	101	23,8	22,4	25,6	26,4	
Não sabe	055	13,0	10,2	18,0	17,4	
Antecedentes familiares de DM						0,001*
Sim	159	37,5	31,4	51,3	46,3	
Não	217	51,2	59,5	35,9	38,0	
Não sabe	048	11,3	09,1	12,8	15,7	
Colesterol LDL alto						0,944*
Sim	203	47,9	48,5	46,2	47,1	
Não	221	52,1	51,5	53,8	52,9	
Infarto agudo do miocárdio						0,005*
Sim	071	16,7	14,0	07,7	25,6	
Não	353	83,3	86,0	92,3	74,4	
Acidente vascular cerebral						0,555*
Sim	034	08,0	09,1	05,1	06,6	
Não	390	92,0	90,9	94,9	93,4	
Tabagismo						0,001*
Fumante	044	10,4	11,7	23,1	03,3	
Nunca fumou	244	57,5	56,1	35,9	67,8	
Ex fumante	136	32,1	32,2	41,0	28,9	
Total	424	100,0	264	39	121	

*Qui quadrado de heterogeneidade

¹Hipertensos. ²Diabéticos. ³Hipertensos e Diabéticos

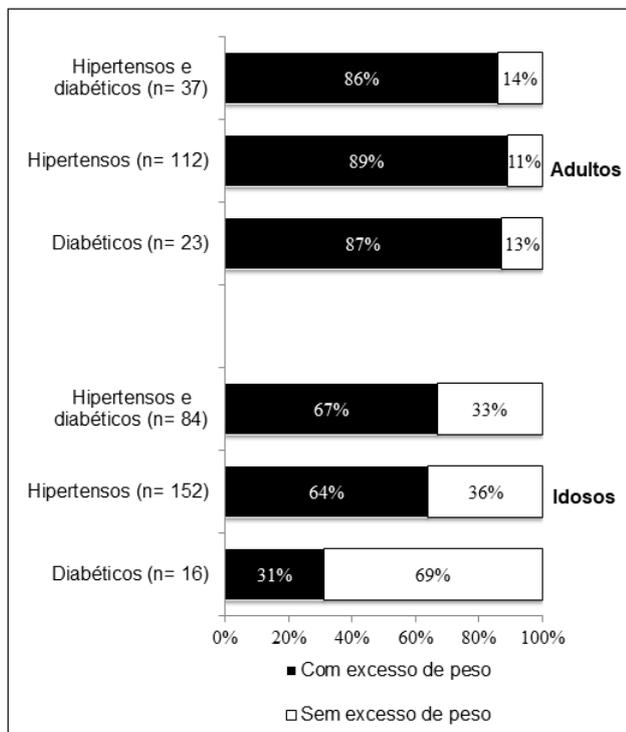


Figura 1 - Classificação do estado nutricional dos adultos e idosos portadores de hipertensão arterial sistêmica e de diabetes mellitus por meio do índice de massa corporal, estratificado por diagnóstico da doença. Florianópolis (SC), 2012.

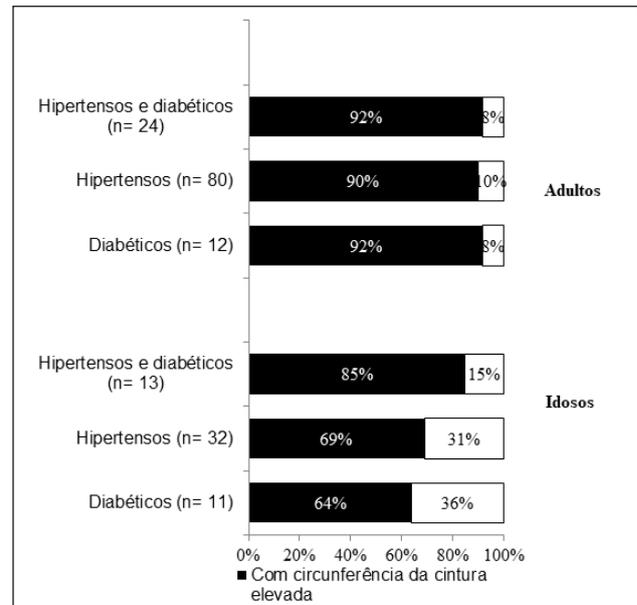


Figura 2 - Prevalência de circunferência da cintura de adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e de diabetes mellitus cadastrados na Atenção Básica em Saúde, município de Florianópolis (SC), 2012

Discussão

Com relação ao predomínio de mulheres entre os portadores de HAS e de DM/HAS, esse resultado é semelhante a resultados de algumas pesquisas realizadas no Brasil^{10,12-15} com adultos e/ou idosos, e pode ser explicado pela procura, por parte dessa população, pelos serviços de saúde, por apresentarem uma maior percepção a respeito do processo saúde/doença e maior tendência ao autocuidado e à busca de auxílio médico para si e seus familiares^{10,22}.

Adicionalmente, os dados sugerem que a situação conjugal impactou na procura pelos serviços de saúde entre portadores de DM/HAS. Na amostra como um todo, houve maior percentual de pessoas casadas/com cônjuge, mas ao estratificar pelo sexo do entrevistado a maioria dos homens tinham cônjuge. Esse achado sugere que as mulheres não apenas apresentam comportamento diferente dos homens nos cuidados em saúde, mas também apresentariam uma influência positiva nos seus cônjuges na procura pelos serviços de saúde. Isto aponta os homens solteiros como grupos particularmente vulneráveis para maiores complicações das DCNT, e as mulheres como potenciais facilitadoras no diagnóstico e tratamento das mesmas.

Os resultados deste estudo mostraram que a prevalências de HAS e HAS/DM apresentaram relação direta com o aumento da faixa etária. Essa relação também pode ser observada em outras pesquisas²³⁻²⁵. O envelhecimento populacional no Brasil é acompanhado do aumento das DCNT e as mudanças estruturais no organismo que ocorrem durante o envelhecimento geram uma diminuição nas artérias de calibre grosso, o que favorece o aumento da pressão arterial (PA)²⁶. Para o DM, essa relação também é marcante, pois além de alterações do metabolismo e hormonais consequentes do envelhecimento, algumas pesquisas mostram que o avanço da idade pode estar associado à redução da atividade física e aumento de hábitos

alimentares pouco saudáveis^{22,27}.

O maior percentual de portadores de HAS e/ou DM cadastrados e usuários dos CS era formado por aqueles com escolaridade intermediária (5 a 8 anos completos de estudo) e pertencentes à classe econômica C, apontando para existência de iniquidades em saúde. Inquéritos realizados no Brasil em 1998 e 2008, com o objetivo de avaliar a saúde de idosos, mostraram que, apesar dos mais pobres apresentarem piores condições de saúde, eram os que menos utilizavam os serviços de saúde, sendo esta uma condição preocupante, uma vez que pode remeter os pacientes de menor renda a riscos de complicações devido ao menor cuidado²⁸. Por outro lado, o percentual de portadores de HAS e/ou DM com cor da pele branca foi similar ao encontrado na população geral do município (63,0%)¹⁶, os quais segundo o censo de 2010 apresentam maior renda familiar e escolaridade do que indivíduos com outra cor da pele. Assim, este resultado aponta para uma redução nas iniquidades em saúde relacionadas com a cor da pele/raça.

As frequências de antecedentes de HAS e DM nos pais dos entrevistados foram altas. A identificação destes antecedentes nos usuários dos serviços de saúde é importante não apenas por serem variáveis não modificáveis associadas com o desenvolvimento de HAS e de DM, mas também porque as chances de ocorrência de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) entre pacientes que apresentam história familiar de doença cardiovascular são de 1,5 a 2,33 vezes maiores do que entre os que não apresentam esse fator de risco²⁹.

A frequência de colesterol elevado nos três grupos de pacientes (HAS, DM e HAS/DM) denota a existência de um importante fator de risco para aterosclerose e para a existência de complicações cardiovasculares. A prevalência de AVC foi semelhante à encontrada no estudo de Pereira *et al.*,³⁰ que também investigou hipertensos e diabéticos usuários de serviços de saúde na região Sul do País. Para o IAM, o valor encontrado no presente estudo foi quase o dobro o que é preocupante em especial entre aqueles com HAS/DM, pois 25,0% dos pacientes referiram já ter sofrido um IAM. Estes resultados podem estar relacionados com o diagnóstico tardio da HAS e/ou do DM, ou a falta de cumprimento das recomendações nos cuidados após o diagnóstico.

Uma das condições que revela a adoção de cuidados com a saúde entre estes pacientes é o abandono do tabagismo, que é uma das principais recomendações para portadores de HAS e/ou DM. A prevalência deste comportamento no estudo foi de 10,4%, sendo de 16,3% nos adultos e de 6,4% nos idosos (16,4% mulheres adultas e 16,1% homens adultos; 6,7% mulheres idosas e 5,6% homens idosos), esses índices estão abaixo dos índices de tabagismo identificados pelo VIGITEL (2011)³¹ para Florianópolis, porém entre diabéticos a frequência foi superior a 20,0%. Estes resultados são opostos aos encontrados no estudo de Pereira *et al.*,²⁹ em que as frequências de tabagismo atual foram superiores entre os participantes do estudo. Embora a cessação do tabagismo não reduza a pressão arterial, esta medida é indispensável para a prevenção de complicações cardiovasculares na população³². Muito embora, neste estudo, tenha se evidenciado elevada frequência de IAM entre aqueles com

HAS/DM, a maioria referiu nunca ter fumado.

O excesso de peso, assim como valores acima do recomendado para circunferência da cintura foi demonstrado na maioria dos adultos e idosos. Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisa com portadores de HAS na cidade de Florianópolis (SC)³², referente às taxas de excesso de peso e de gordura abdominal fortemente associadas à HAS.

A prevalência de sobrepeso e obesidade constitui um importante fator de risco, tanto para HAS como para DM, e a distribuição de gordura com localização predominantemente no abdômen mostra-se frequentemente associada com a resistência à insulina e elevação da PA, contribuindo assim, para o desenvolvimento das complicações cardiovasculares³³.

Destaca-se que monitorar os fatores de risco para as DCNT de natureza comportamental como a dieta, sedentarismo, dependência química (tabagismo, alcoolismo e outras drogas) é uma das ações mais importantes da vigilância à saúde, uma vez que observadas essas evidências é possível implementar ações preventivas de maior alcance custo-efetivo. De acordo com a OMS, esses fatores são responsáveis por grande parte das DCNT, incluindo o DM, diversos tipos de câncer, doenças respiratórias crônicas, HAS e outras doenças cardiovasculares¹.

Uma das maneiras de controlar o avanço e a disseminação das DCNT é o incentivo aos programas de intervenção a serem executados por equipes multidisciplinares nos CS enfatizando ações de controle do excesso de peso e de controle das complicações da HAS e do DM. Essas e outras estratégias fazem parte do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022, que entre 2010 e 2014 já conseguiu reduzir o consumo abusivo de álcool em quase 9,0% e de tabaco em 23,0%, junto com aumento no consumo regular de frutas e hortaliças (23,5%) e nos níveis de atividade física (15,7%). Isso trouxe como consequência uma redução média na taxa de mortalidade prematura por DCNT de 2,5% ao ano, apesar do aumento de 18,5% na prevalência de obesidade no mesmo período^{34,35}.

Apesar dos cuidados metodológicos, a população selecionada por livre demanda pode ser uma limitação desta pesquisa. Porém, destaca-se que embora a seleção dos CS tenha ocorrido por conveniência, o procedimento metodológico adotado buscou incluir usuários cadastrados e frequentadores dos centros de saúde. Mesmo assim, o estudo resulta relevante por mostrar a relação atual dessas variáveis neste grupo de pacientes. Finalmente, embora não tenham sido usadas perguntas validadas as mesmas eram do tipo objetivas que prescindiram de um estudo de validação e pré-teste.

Os achados demonstraram predomínio de mulheres, de idosos, de pessoas com cor da pele branca, vivendo com companheiro, com baixa escolaridade e com classe econômica intermediária. A frequência de antecedentes familiares de HAS e DM foram mais elevadas que a prevalência esperada dessas doenças na população geral. Em relação às complicações, observou-se que apesar do colesterol elevado se apresentar como a complicação mais frequente em todos os grupos, o IAM foi uma complicação significativa entre os pacientes com HAS/DM. Além disso, o percentual de

diabéticos que ainda fumavam foi alto, sendo mais frequente do que em hipertensos ou entre aqueles com HAS/DM. Os resultados relacionados ao estado nutricional revelou elevadas prevalências de excesso de peso e alta prevalência de inadequação da medida da circunferência da cintura em todos os grupos investigados.

Desta maneira, a partir dos resultados encontrados e suas relações entre si, percebe-se que ainda existem mudanças necessárias a serem incorporadas para a redução de complicações nestes pacientes, tais como

mudanças comportamentais e de controle do peso. Além disso, a identificação de grupos particularmente vulneráveis pode auxiliar neste processo. Assim, sugere-se que mais pesquisas e estudos populacionais de caracterização de hipertensos e diabéticos atendidos pela Atenção Básica em Saúde sejam realizados, abordando a realidade desse grupo, com vistas a auxiliar no planejamento de ações de promoção da saúde/prevenção de doenças, além do cuidado adequado e adaptado à conjuntura atual em que essa população se insere.

Referências

- World Health Organization. *Global status report on noncommunicable diseases*. Geneva; 2014. (WHO Global Status Report).
- Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde*, 2014; 23(4): 599-608.
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. *The Lancet*, 2017; 389(10064): 37-55. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31919-5/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31919-5/abstract).
- World Health Organization. *Global status report on diabetes 2014*. Geneva; 2016. (WHO Global Status Report).
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- Milech A, Oliveira JEP, Vencio S. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) 2015-2016. Organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Informes Técnicos Institucionais. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. *Rev Saúde Pública*, 2001; 35(6): 585-588.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Neder MDM, Borges AAN. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: o que avançamos no conhecimento de sua epidemiologia? *Rev Bras de Hipertens*, 2006; 13(2): 126-133.
- Oliveira VCA, Oliveira SF, Silveira AR, Mendes PHC, Matos FV. Perfil dos portadores de hipertensão arterial sistêmica assistidos na Atenção Primária à Saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2017; 9(2): 1038-1044.
- Ferreira BO, Silva LV, Carvalho RF, Fontes LBA, Vieira CF, Camargos GL et al. Perfil de saúde e hábitos de vida de pacientes hipertensos de uma UBS da Zona da Mata Mineira. *Revista Científica Fagoc Saúde*, 2017; (2): 34-43.
- Arruda LM, Oliveira JM, Cotta RMM, Ribeiro SMR. Perfil socio-sanitário de portadores de hipertensão arterial cadastrados na estratégia de saúde da família, Divinópolis, Minas Gerais. *Rev APS*, 2015; 18(1): 78-84.
- Souza GDS, Silva, DR; Souza MF, Almeida EC, Bueno SMV. Perfil de portadores de Diabetes Mellitus tratados na atenção básica de Araçatuba - SP: a importância da educação crítico-social. *Arq. Cienc Saúde UNIPAR*, 2014; 18(2): 101-105.
- Silva SCST, Corrêa RD, Câmara AMCS. Perfil alimentar de indivíduos com ou sem diabetes em uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte - MG. *Rev Med Minas Gerais*, 2015; 25(1): 12-18.
- Bercke BR, Selenguini GS, Lemos RA, Ferreira EB, Lima DB. Cuidado a partir da atenção primária: estado nutricional do portador de diabetes mellitus. *R Universidade do Vale do Rio Verde*, 2017; 15(1): 229-239.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estimativas populacionais para os municípios brasileiros*. Rio de Janeiro; 2011. [Internet]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2011/>.
- Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. *Perfil de Florianópolis*. Florianópolis, 2011. [Internet]. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php>.
- Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2009.
- Ulijaszek SJ, Kerr DA. Anthropometric measurement error and the assessment of nutritional status: Review article. *Br J Nutr*, 1999; 82(3): 165-177.
- Lohman TG, Roche AF, Martorell R. *Anthropometric Standardization Reference Manual*. Champaign: Human Kinetics; 1988.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas. Critério de classificação econômica Brasil 2012. [Internet]. [capturado 2012 set 12]. Disponível em: <http://www.abep.org/critério-brasil>.
- Iser BPM, Stop SR, Chueiri PS, Szwarcwald CL, Malta DC, Monteiro HOC et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde*, 2015; 24(2): 305-314.
- Tortorella CCS, Corso ACT, González-Chica DA, Melhen ARF. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus entre adultos cadastrados no Sistema Único de Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2004-2011. *Epidemiol Serv Saúde*, 2016; 26(3): 637-646.
- Dias OV, Chagas RB, Gusmão BM, Pereira FS, Costa SM, Costa FM et al. Diabetes Mellitus em Montes Claros: inquérito de prevalência autorreferida. *Rev Bras Promoc Saúde*, 2016; (3): 406-413.
- Souza SS, Silva JM, Santos MF. Análise do perfil da hipertensão e diabetes no município de Jequié-BA. *InterScientia*, 2014; (2)1: 63-76.
- Francischetti EA, Sanjuliani AF. *Tópicos especiais em hipertensão arterial*. São Paulo: BBS; 2005.
- Stopa SR, César CLG, Segri NJ, Goldbaum M, Guimarães VMV, Alves MCGP et al. Self-reported diabetes in older people: comparison of prevalences and control measures. *Rev Saude Publica*, 2014; (48)4: 554-662.

28. Lima-Costa MF, Matos DV, Camarano AA. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2008). *Ciênc Saúde Coletiva*, 2012; 11(4): 941-950.
29. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F *et al*. INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*, 2004; 364(9438): 937-952.
30. Pereira C, Marinho M, Cassola T, Seerig AP, Mussoi TD, Blumke AC. Perfil epidemiológico de hipertensos e diabéticos em uma Estratégia da Saúde da Família de Santa Maria/RS. *Ciências da Saúde*, 2014; 15(2): 195-203.
31. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
32. Silva DAS, Petroski EL, Peres MA. Pré-hipertensão e hipertensão em adultos de Florianópolis: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública*, 2012; 46(6): 988-998.
33. Malta DC, Silva Júnior JB. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. *Epidemiol Serv Saúde*, 2014; 23(3): 389-395.
34. Malta DC, Morais Neto OL, Silva Júnior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saude*, 2013; 20(4): 425-438.
35. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.