

Perfil socioeconômico e epidemiológico de portadores de hipertensão e diabetes do Riacho Fundo II – DF

Socioeconomic and epidemiological profile of patients with hypertension and diabetes in Riacho Fundo II – DF

Caetano Teixeira de Sousa Neto¹
André Nunes Gomes de Almeida²

RESUMO

Introdução: Este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil socioeconômico, demográfico, epidemiológico e os hábitos de vida dos portadores de diabetes e/ou hipertensão do Riacho Fundo II.

¹Enfermeiro graduado pela Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS, Brasília-DF

²Enfermeiro, Mestre pela Universidade Federal de Goiás – UFG. Docente da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS, Brasília-DF

Métodos: Foram entrevistados 328 pacientes portadores de hipertensão e/ou diabetes vinculados à estratégia saúde da família (ESF) do Riacho fundo II, com predominância de indivíduos do sexo feminino (68%), idosos acima de 60 anos (40,9%), de baixa escolaridade (58,7%) e de baixa renda (79,9%).

Discussão: Foi possível concluir que a população estudada apresentou diversos fatores desfavoráveis ao controle de sua doença, evidenciando a importância de medidas mais efetivas por parte da ESF de modo a empoderar o indivíduo para o controle de sua doença.

Correspondência:

E-mail: caetanoneto10@gmail.com
E-mail: andre.ng.almeida@hotmail.com

Palavras-chave: Estilo de Vida, Fatores de Risco, Diabetes, Hipertensão, Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Introduction: This study aimed to characterize the socioeconomic, demographic, epidemiological profile and life habits of patients with diabetes and / or hypertension of Riacho Fundo II.

Methods: We interviewed 328 patients with hypertension and / or diabetes linked to the family health strategy (ESF) of the Riacho Fundo II, with a predominance of female subjects (68%), elderly individuals over 60 years old (40.9%), low schooling (58.7%) and low income (79.9%).

Discussion: It was possible to conclude that the studied population presented several factors unfavorable to the control of their disease, evidencing the importance of more effective measures by the FHT in order to empower the individual to control their disease.

Key words: Life Style, Risk Factors Diabetes, Hypertension, Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são de grande importância tanto para os serviços de saúde brasileiros como mundiais devido aos seus altos índices de morbimortalidade. Dentre as DCNT a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) têm maior representatividade estatística.

Estudos epidemiológicos realizados no ano de 2008 evidenciaram que essas doenças foram responsáveis por cerca de 63% de todas as mortes no mundo ocorridas naquele ano, o que em números absolutos significa 36 milhões de mortes. O Brasil, classificado como país de média renda, se igualou a países de baixa renda ao alcançar a proporção 78% de mortes decorrentes de DCNT. Além dos altos índices de mortalidade as DCNT são responsáveis pelo aumento dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY), que têm valor estimado de 37% para o ano de 2030 em países de baixa renda, e de 11% para países de média renda¹.

A HAS é uma condição clínica caracterizada por níveis pressóricos elevados e sustentados, podendo ocasionar alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, dentre eles: coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos. Valores maiores ou iguais a 140 mmHg, na pressão sistólica, e 90 mmHg, na diastólica, em indivíduos que não estão submetidos a terapêutica anti-hipertensiva, constituem-se sinais clínicos determinantes para o diagnóstico².

O DM consiste em uma série de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia crônica, resultado de defeitos na ação e/ou secreção da insulina. Acarreta portanto modificações no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas, fatores responsáveis por distúrbios em vários órgãos do corpo. Para fins de diagnóstico são aceitos três critérios: a glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dl; glicemia casual maior que 200 mg/dl; glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75 g de glicose maior que 200 mg/dl³.

O processo de envelhecimento populacional ocasionou um incremento nas condições crônicas, em especial doenças crônicas naturalmente mais incidentes nas idades avançadas. Estudos da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em 2013 mostraram que as DCNT mais prevalentes na população foram hipertensão arterial, colesterol alto e problema crônico de coluna ou costas, sendo estes mais incidentes entre pessoas ocupadas do

que entre as desocupadas⁴. Entre as pessoas de 65 a 74 anos a prevalência foi de 25,5% para colesterol alto, 52,7% para hipertensão arterial e 28,9% para problema crônico de coluna ou costas⁴.

O sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), atua desde 2006 levantando dados sobre os perfis de morbidade nas capitais brasileiras⁵. A pesquisa realizada pela Vigitel⁵ no ano de 2012 mostrou que 23,9% dos entrevistados do Distrito Federal (DF) referiram diagnóstico médico de hipertensão, percentual esse que coloca o DF em 14º no ranking das capitais brasileiras. Quanto a DM, 6,6% dos entrevistados do distrito federal referiram diagnóstico confirmado, colocando o DF na 12ª colocação juntamente com Belo Horizonte⁵.

Os fatores de risco podem ser classificados em “não modificáveis” como: sexo, idade e herança genética; e “comportamentais”: tabagismo, alimentação, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas. Ressalta-se que os fatores de risco comportamentais podem ser potencializados pelos fatores condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais³.

O excesso de fatores de risco presentes na população aliado a inadequação do sistema de saúde tem influência negativa no desenvolvimento do país, em termos econômicos o modelo de atenção atualmente vigente, além de ter pouca resolutividade frente às demandas atuais ocasiona perdas financeiras.

Frente a constante transformação dos determinantes do processo saúde doença, a Atenção Primária à Saúde (APS) mostra-se como estratégia primordial para atendimento integral aos pacientes acometidos por DCNT, bem como para aqueles passíveis de prevenção⁶. Portanto, visando atender as recomendações de responsabilização dos serviços de saúde para com a população adstrita, objetivo deste trabalho consiste em caracterizar o perfil socioeconômico, demográfico, epidemiológico e os hábitos de vida de portadores de hipertensão e diabetes, residentes no Riacho Fundo II - DF.

MÉTODOS

Os dados analisados pelo presente trabalho são um recorte da pesquisa desenvolvida no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) com o tema “Organização do cuidado

integral aos hipertensos e diabéticos do Riacho Fundo II”, sendo regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010. O PET-Saúde constitui uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) em implementação no país desde 2005⁷.

Foram utilizados os dados quantitativos da pesquisa que se caracteriza por um corte transversal de abordagem descritiva. A utilização da quantificação na coleta de dados e no tratamento dos mesmos através de técnicas estatísticas visa verificar a ocorrência ou não das consequências estudadas, possibilitando poucas chances de distorções nos resultados e maior confiabilidade nas inferências. O caráter descritivo da pesquisa se fundamenta na necessidade de comparação entre variáveis e investigação de causalidade entre fenômenos⁸.

O local do estudo, a XXI Região Administrativa (RA) do Distrito Federal, Riacho Fundo II, foi fundada em 1995 e caracteriza-se como uma cidade de assentamento urbano. A população consiste em 40.000 habitantes, segundo dados da administração regional⁹. A RA conta com uma cobertura de 95% pela Estratégia Saúde da Família com 14 equipes distribuídas em cinco unidades de saúde, não dispondo de hospitais públicos ou privados.

Os sujeitos da pesquisa foram os usuários de sete equipes, em duas unidades de saúde, sendo a primeira, a Unidade Básica de Saúde número 4, composto pelas equipes 9, 10, 11 e 12, e a segunda, a Unidade Básica de Saúde número 1, composto pelas equipes 2, 8 e 14.

Para cálculo da amostra considerou-se os dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) totalizando 2108 usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes. Em resumo, a mostra foi calculada em 328 hipertensos e/ou diabéticos (erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%). Foram elencados como critérios de inclusão: possuir a referida doença crônica; ser maior de 18 anos; concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE. Os critérios de exclusão foram: não ser morador das áreas de abrangência das equipes selecionadas para o estudo; não concordar em assinar o TCLE; ser menor de 18 anos.

Para coleta dos dados foi utilizado um questionário estruturado com questões direcionadas ao

perfil socioeconômico, demográfico, epidemiológico e os hábitos de vida, morbidades e comorbidades dos portadores de DM e HAS. O questionário passou por um teste piloto realizado com diabéticos e hipertensos aleatórios de outras regionais de saúde. Finalmente os questionários foram aplicados dentro das próprias unidades de saúde do Riacho Fundo II ou, quando necessário, durante visitas domiciliares juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no período entre o mês de abril e agosto do ano de 2013.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – CEP – SES/DF e devidamente aprovado conforme o parecer nº167.035 de 21 de janeiro de 2013. Os dados coletados foram digitados e analisados com o auxílio do software SPSS 2.1.

RESULTADOS

Foram entrevistados 328 pacientes, dentre hipertensos, diabéticos e portadores das duas patologias, residentes no Riacho Fundo II - DF. A Tabela 01 mostra a caracterização da população de hipertensos e diabéticos do Riacho Fundo II quanto ao sexo, idade, cor, renda familiar, escolaridade e religião.

Tabela 01:
Distribuição dos portadores de hipertensão e/ou diabetes (n=328) do Riacho Fundo II quanto ao sexo, idade, cor, renda familiar, escolaridade e religião. Brasília-DF, 2013.

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	105	32
Feminino	223	68
Total	328	100
Idade		
< 20 anos	1	0,3
20 a 29 anos	4	1,2
30 a 39 anos	26	7,9
40 a 49 anos	64	19,5
50 a 59 anos	99	30,2
Idoso	134	40,9
Total	328	100,0
Cor		
Branca	91	27,9
Parda	157	48,2
Indígena	02	0,6
Preta	64	19,6
Amarela	01	0,3

Não Sabe	10	3,1
Se recusou a responder	01	0,3
Total	326	100

Renda Familiar

Entre 1 e 3 SM*	234	79,9
Entre 4 e 6 SM	40	13,6
Entre 7 e 10 SM	18	6,1
10 ou mais SM	1	0,3
Total	293	100

Escolaridade

Analfabeto	34	10,4
Fundamental Incompleto	158	48,3
Fundamental Completo	44	13,5
Ensino Médio Incompleto	10	3,1
Ensino Médio Completo	56	17,1
Ensino Superior Incompleto	07	2,1
Ensino Superior Completo	15	4,6
Outro	03	0,9
Total	327	100

Religião

Catolicismo	182	55,5
Protestantismo	122	37,2
Espiritismo	8	2,4
Ateísmo	1	0,3
Não Responderam	15	4,6
Total	328	100

*SM= Salário Mínimo (R\$ 678,00 conforme o Decreto 7.872/2012).

A Tabela 02 apresenta a distribuição dos entrevistados conforme o diagnóstico referido de HAS, DM ou ambas. Dentre os entrevistados, 217 (66,16%) usuários relataram ter somente hipertensão arterial, 21 (6,4%) somente diabetes, 90 (27,45%) referiram ter hipertensão e diabetes.

Tabela 02:

Distribuição dos usuários quanto ao agravo de saúde referido: HAS, DM ou ambas patologias (n=328). Brasília, 2013.

Diagnóstico	n	%
Hipertensão Arterial Sistêmica	217	66,1
Diabetes Mellitus	21	6,4
Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus	90	27,4
Total	328	100

A Tabela 03 apresenta fatores desfavoráveis para o controle da doença por parte dos portadores de diabetes e/ou hipertensão do estudo, sendo eles: descuido com os horários dos medicamentos, depressão auto referida, tabagismo e consumo de álcool nos últimos 30 dias, atividade física reduzida, hipercolesterolemia auto referida, circunferência abdominal (CA) elevada e pré-obesidade/

obesidade grau 1,2 ou 3, conforme classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Tabela 03:

Classificação de fatores desfavoráveis ao controle do diabetes e/ou Hipertensão pelos entrevistados (n=328). Brasília-DF, 2013.

Variável	n	%
Descuido com os horários dos medicamentos	162	50,5
Depressão auto referida	100	30,7
Tabagismo	38	11,6
Consumo de álcool nos últimos 30 dias	61	18,6
Pré-obesidade/Obesidade grau 1,2 ou 3	242	73,8
Circunferência Abdominal elevada	270	82,3

No presente estudo 314 (95,7%) pacientes fazem uso de medicamentos no tratamento de suas doenças crônicas, sendo que 170 (52,8%) disseram já ter esquecido de utilizar os medicamentos em algum momento e 162 (50,5%) pacientes alegaram descuido com os horários.

Cerca de um terço dos pacientes entrevistados disseram sofrer ou já ter sofrido de depressão, totalizando 100 (30,7%) entrevistados. Observou-se uma prevalência maior de depressão entre as mulheres, 86 (38,6%), em relação aos homens, 14 (13,3%).

Entre os entrevistados, 139 (42,5%) pacientes referiram nível de colesterol elevado, 81 (24,7%) relataram possuir algum problema vascular, 29 (8,8%) já sofreram de infarto agudo do miocárdio e 20 (6,1%) já sofreram pelo menos um acidente vascular cerebral (AVC). Problemas de visão foram referidos por 234 (71,3%) pacientes, 56 (17,3%) problemas de audição, 49 (15,1%) problemas renais, 54 (16,5%) problemas respiratórios e 51 (15,55%) disfunção sexual.

Houve predominância de Circunferência Abdominal (CA) elevada entre homens e mulheres, 77 (74%) e 193 (88,1%) respectivamente.

A Tabela 04 apresenta a classificação dos pacientes conforme o IMC calculado no momento da entrevista mediante mensuração da massa corporal e altura, e aplicação da fórmula: $IMC = \frac{Massa}{Altura^2}$. Os valores foram tabulados conforme a classificação preconizada pela OMS, destacando-se 126 (38,4%) pacientes classificados na faixa de pré-obeso, 82 (25%) com peso normal, 79 (24,1%) com obesidade grau 1, 25 (7,6%) com obesidade grau 2 e 12 (3,7%) com obesidade grau 3.

Tabela 04:
Distribuição dos pacientes conforme o resultado de IMC* calculado no momento da entrevista (n=328). Brasília, 2013.

Classificação de IMC	n	%
Baixo Peso	4	1,2
Peso Normal	82	25
Pré-Obeso	126	38,4
Obeso 1	79	24,1
Obeso 2	25	7,6
Obeso	12	3,7
Total	328	100

*Valores de referência de IMC em g/m²: Baixo peso (<18,5), Peso Normal (18,5-24,9), Pré-obeso (25,0-29,9), Obesidade Grau 1 (30-34,9), Obesidade Grau 2(35-39,9) e Obesidade Grau 3(≤40).

DISCUSSÃO

Dentre os 328 entrevistados, 223 (68,8%) são do sexo feminino, predominância essa encontrada em outros estudos como no realizado no município de Pelotas – SC, onde 73,0% dos entrevistados, hipertensos e/ou diabéticos, eram do sexo feminino¹⁰.

As questões relacionadas a gênero repercutem diretamente no estado de saúde do indivíduo. No presente estudo 63,7% dos entrevistados do sexo feminino relataram procurar o centro de saúde sempre que precisavam, enquanto apenas 45,7% dos homens relataram fazer o mesmo. Lemos e colaboradores¹¹ atribuem a baixa adesão masculina a ideia de que o homem é um ser invulnerável de acordo com estereótipos sociais. Práticas de autocuidado são vistas como fraqueza e insegurança e aliado a isso há uma deficiência dos serviços de saúde em suprir a demanda apresentada pelos homens, o que é evidenciado nas campanhas de saúde que geralmente não tem enfoque nessa parcela da população¹¹.

Essa procura reduzida aos serviços de saúde por parte dos homens é um fator preocupante e deve ser levado em consideração na elaboração de políticas públicas de saúde, tendo em vista que os homens lideram a mortalidade em todas as faixas etárias em praticamente todas as causas de morte¹².

A média de idade dos entrevistados foi de 56,53 anos, com predominância de indivíduos com 60 anos

de idade ou mais (40,9%). Essa elevada média de idade demonstra a tendência de aumento das DCNT influenciada pela transição demográfica disfuncional ocorrida no Brasil. Exemplo disso é o comparativo realizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em 2012, evidenciando que a França levou 115 anos para duplicar o número de idosos do país (de 7,0 para 14,0%), enquanto o Brasil sofreu mudança proporcional (de 5,1 para 10,8%) em apenas 40 anos¹³.

A cor parda foi predominante neste estudo sendo referida por 48,2%. A influência étnica é um dos fatores importantes na caracterização da prevalência de HAS, os afro-americanos exibem as maiores taxas mundiais de prevalência dessa doença, cerca de 37%¹⁴.

A divergência inter-racial é sustentada pela baixa renda evidenciada em 79,9% dos entrevistados, estes com renda mensal familiar total entre um e três salários mínimos. Subdividindo-se a renda entre um e dois salários mínimos a proporção foi de 52,9% entrevistados. Resultados similares são apresentados no estudo realizado por Frota e colaboradores¹⁵, em Fortaleza – CE, onde 49,8% dos entrevistados relataram renda entre um e dois salários mínimos.

Os usuários entrevistados possuem baixa escolaridade tendo em vista que 58,6% são analfabetos ou não concluíram o ensino fundamental. Malta e colaboradores¹⁶ classificaram o consumo de serviços de saúde conforme a escolaridade e constataram que os indivíduos que estudaram menos e tem DCNT tiveram maior prevalência de internação nos últimos 12 meses, maior probabilidade de abandonar atividades por motivo de saúde e maior índice de consulta médica nos últimos 12 meses. A baixa escolaridade encontrada nesta população pode influenciar negativamente na adesão ao tratamento e seguimento das instruções prestadas, com o aumento da complexidade da terapêutica o paciente é cognitivamente mais exigido para devida compreensão e controle metabólico. Portanto toda e qualquer orientação deve ser realizada de maneira inteligível ao paciente, além disso deve ser adequada aos aspectos culturais tradicionais da população. Em 2013 a prevalência de HAS na população de adultos nas capitais brasileiras foi de 24,1%⁵. Entre 2006 e 2011, essa prevalência aumentou intimamente relacionada a idade e foi maior entre adultos de menor escolaridade (zero a oito anos de estudo) e mulheres¹⁷.

A população estudada caracterizou-se pela predominância de indivíduos idosos de nível de escolaridade reduzido com repercussões econômicas importantes. Portanto é necessário o conhecimento dos fatores desfavoráveis ao controle das DCNT por parte destes pacientes em estado de vulnerabilidade.

Um dos componentes importantes para o controle desses pacientes é a terapia medicamentosa. Apesar de não ser uma medida exclusiva de tratamento, a terapia medicamentosa tem sido predominante em portadores de hipertensão e diabetes, sendo relatada por 95,7% dos entrevistados.

Em se tratando de HAS, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75mmHg de forma linear, contínua e independente, o que torna de suma importância o controle medicamentoso regular para estabilização dos níveis pressóricos². Portanto mostra-se necessário conscientizar o paciente sobre a doença da qual é portador e a importância das mudanças comportamentais para o sucesso terapêutico.

A depressão se enquadra como um fator desfavorável ao controle das doenças crônicas, pois é uma doença altamente incidente no Brasil. Em um estudo realizado por Boing e colaboradores¹⁸ na cidade de Florianópolis – SC no ano de 2009 a prevalência de depressão foi 1,44 vez maior entre as pessoas com doenças crônicas e 2,25 vezes maior entre aquelas com duas ou mais doenças crônicas, em relação a população em geral. A depressão pode predispor o indivíduo à determinadas doenças crônicas devido às mudanças hormonais e fisiológicas ocorridas no organismo. Há relatos de episódios depressivos com diminuição da variabilidade da frequência cardíaca, níveis elevados de cortisol, além de impacto no sistema nervoso autônomo, em fatores metabólicos e no eixo hipotálamo-pituitária¹⁸.

A OMS considera a CA elevada um fator de risco importante para o desenvolvimento de complicações metabólicas, estabelecendo risco aumentando para essas complicações em caso de valor igual ou maior a 94 cm de circunferência abdominal para homens e 80 cm para mulheres¹⁹. A população feminina deste estudo apresentou os maiores índices (88,1%) em relação a masculina (74%). Há uma estreita relação entre o ganho de peso e acúmulo de gordura abdominal, e a ocor-

rência de DCNT, evidenciando a importância de o serviço estabelecer metas para redução da CA e realizar monitoramento constante dos dados antropométricos da população de maneira a se ter uma dimensão real do problema.

Sabe-se que a condição de obesidade aumenta o risco para a ocorrência de eventos cardiovasculares, especialmente quando associada a DCNT¹⁹. A amostra entrevistada apresentou altos índices de obesidade, estando classificados como peso normal apenas 24% da amostra. De acordo com as diretrizes brasileiras de obesidade os usuários pertencentes a faixa de pré-obesidade estão sob risco aumentado para desenvolvimento de comorbidades. Observando o percentual cumulativo das classificações: pré-obeso, obesidade grau 1, grau 2 e grau 3, no presente estudo tem-se 73,8% dos usuários com risco aumentado, moderado, grave ou muito grave para o desenvolvimento de comorbidades como doenças gastrointestinais, doenças pulmonares, doenças musculoesqueléticas, doenças no sistema reprodutivo e trato urinário feminino, hipertensão arterial, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares¹⁹.

Geloneze e Tambascia²⁰ descrevem alguns dados importantes sobre riscos aos quais pacientes obesos estão expostos. Quanto aos diabéticos obesos com IMC entre 30 e 33 evidencia-se uma mortalidade 2,5 a 3,3 vezes maior do que para diabéticos de peso normal; se considerados pacientes com IMC maior que 35, a mortalidade é 5,2 a 7,9 maior, fator encontrado em 11,3% dos pacientes deste estudo. Quanto a insuficiência cardíaca congestiva (ICC), para cada incremento no IMC, estima-se um aumento no risco de ICC de 5% para homens e 7% para mulheres. Da mesma forma no AVC, para cada aumento de 1 ponto no IMC há um aumento no risco de AVC isquêmico de 4% e para AVC hemorrágico de 6%²⁰.

Alguns fatores de risco para doenças cardiovasculares têm apresentado declínio: tabagismo e sedentarismo; porém a obesidade, DM e HAS têm apresentado uma curva ascendente que as colocam como prioridades de intervenção para os próximos anos. Apenas para o sexo masculino houve melhora significativa na prática de atividade física no tempo livre e no consumo de frutas e hortaliças, colocando as mulheres em uma situação preocupante, mesmo se tratando de uma população melhor vinculada à APS⁶.

Além das doenças abordadas no estudo destacam-se outras comorbidades referidas pelos pacientes

como: doenças vasculares (24,7%), problemas visuais (71,3%), problemas de audição (15,1%), problemas respiratórios (16,5%) e disfunção sexual (15,55%). Portanto é evidente a sobrecarga de fatores de risco em detrimento de fatores de proteção para os usuários entrevistados.

CONCLUSÃO

A partir da análise dos dados desta pesquisa tem-se uma dimensão dos principais problemas enfrentados pelos pacientes portadores de DCNT, em especial portadores de hipertensão e diabetes. É necessário questionar a efetividade da atenção primária no acompanhamento destes pacientes, principalmente pelo fato do Riacho Fundo II possuir uma cobertura de ESF de 95% e mesmo assim possuir altos índices de obesidade, prática reduzida de atividade física, baixa adesão ao tratamento, depressão, bem como complicações orgânicas importantes. Sugere-se o aprofundamento no estudo dos possíveis problemas enfrentados por essas equipes de saúde da família, como falta de profissionais, sobrecarga funcional, escassez de recursos, dentre outros.

Uma das limitações existentes no estudo foi na coleta de dados, em que o questionário extenso associado ao baixo nível de escolaridade dos entrevistados dificultou a assimilação das perguntas por parte destes.

Os alarmantes índices de obesidade discutidos no decorrer do trabalho colocam esse tema como demanda de destaque no estabelecimento de novas estratégias de ação, tendo em vista que o controle do peso é de suma importância para a manutenção da saúde do portador de doenças crônicas e prevenção do aumento da incidência dessas doenças na comunidade. Outro ponto fundamental diz respeito às terapêuticas de tratamento medicamentoso e não medicamentoso que nesse estudo apresentaram dois aspectos negativos, primeiramente a evidente dependência do usuário à terapêutica medicamentosa e em segundo lugar a falta de familiaridade do usuário com os recursos comportamentais e não medicamentosos que são essenciais no controle dessas doenças. O usuário precisa ser conscientizado sobre a necessidade de autonomia e deve ser instrumentalizado para isso, a partir de então poderá ser protagonista de seu processo saúde-doença.

O primeiro passo para a mudança da realidade é o conhecimento da mesma, e isso só será possí-

vel por meio de estudos detalhados do perfil da população para criação de metas e estratégias a serem trilhadas. Por meio deste trabalho acredita-se que as equipes de saúde da família do Riacho Fundo II possam traçar estratégias direcionadas ao empoderamento dessa população por meio de educação em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Goulart FA. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília: PAHO; 2011. [acesso em 2014 Mai 20]. Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_fla_vio1.pdf.
2. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol [Periódico na Internet]. 2016 [acesso em 2019 Jan 14]; 107(3):1-83 (3 Supl 3): I-III. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf.
3. Oliveira JEP, Vencio S, organizadores. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/ Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: AC Farmacêutica; 2014.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2013: indicadores de saúde e mercado de trabalho : Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. 66 p. [acesso em 2018 Jan 20]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97329.pdf>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Vigitel Brasil 2012: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
6. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas de saúde na APS. Brasília: OPAS; 2012.
7. Brasil. Ministério da Saúde. O programa de educação pelo trabalho para a saúde - PET-Saúde. 2009 [acesso em 2014 Jul 12]. Disponível em: <http://www.prosaude.org/noticias/prosaude-maio2009/resumo-PET-SAUDE-29-04-09.pdf>.
8. Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas; 1985.
9. Brasília. Administrações Regionais - Riacho Fundo II – RA XXI. [acesso em 2014 Mai 15]. Disponível em: <http://www.riachofundoii.df.gov.br>.

10. Lima LM, Schwartz E, Muniz RM, Zillmer JGV, Ivani L. Perfil dos Usuários do Hiperdia de três unidades básicas de Saúde do sul do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm.* [periódico na Internet]. 2011 Jun [acesso em 2014 Set 24]; 32(2):323-329. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472011000200016&lng=en.
11. Lemos, Ana Paula et al. Saúde do Homem: Os motivos da procura dos homens pelos serviços de saúde. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 11(Supl. 11):4546-53, nov., 2017. [acesso em 2018 Ago 10]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231205>.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
13. Organização Pan-Americana de Saúde. Saúde nas Américas 2012: panorama da situação de saúde dos países das Américas. Washington, DC: OPAS; 2012.
14. Susanna GC. Histórico e Cuidados aos Pacientes com Hipertensão. In: Smeltzer SC, Bare BG, organizadores. *Brunner&Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.* 12ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011; p 892-905.
15. Frota NM, Araújo TM, Barros LM, Caetano JA, Santos ZMSA. Acessibilidade do usuário hipertenso à unidade de saúde e adesão ao tratamento. *Rev Rene*; 2013; 14(4):730-39.
16. Malta Deborah Carvalho, Bernal Regina Tomie Ivata, Lima Margareth Guimarães, Araújo Silvânia Suelly Caribé de, Silva Marta Maria Alves da, Freitas Maria Imaculada de Fátima et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [acesso 2019 Jan 26]; 51(Suppl 1): 4s. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102017000200306&lng=en. Epub June 01, 2017.
17. Andrade SSCA, Malta DC, Iser BM, Sampaio PC, Moura L. Prevalência da hipertensão arterial autorreferida nas capitais brasileiras em 2011 e análise de sua tendência no período de 2006 a 2011. *Rev Bras Epidemiol.* 2014;17 supl 1:215-2.
18. Garcia F [homepage na Internet]. Países ricos têm maiores índices de depressão. 2011 Ago [acesso em 2014 Ago 10]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/saude/sd0208201101.htm>.
19. Sachs DPL. Cigarette smoking: health effects and cessation strategies. *ClinGeriatrMed* 1986; 2: 337-62.
20. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 / ABESO. 3ª Edição. Itapevi, SP: AC Farmacêutica; 2009.