

Níveis pressóricos e glicêmicos de usuários da Estratégia Saúde da Família*

Blood pressure and glycemia levels of Family Health Strategy users

Niveles de presión y glucemia de usuarios de la Estrategia Salud de la Familia

Niciane Bandeira Pessoa Marinho¹, Hérica Cristina Alves de Vasconcelos², Maria Amélia de Souza³,
Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas⁴, Paulo César de Almeida⁵, Marta Maria Coelho Damasceno⁶

* Artigo extraído da dissertação "Avaliação do risco para Diabetes Mellitus tipo 2 entre adultos de Itapipoca-Ceará", defendida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

¹ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Funcionária da Secretaria Municipal de Saúde de Itapipoca. Itapipoca, CE, Brasil. E-mail: niciane bpm@yahoo.com.br.

² Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, da Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: hekinha@hotmail.com.

³ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto da Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil. E-mail: souza_mariaamelia@hotmail.com.

⁴ Enfermeiro, Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto da Universidade Federal do Piauí. Florianópolis, PI, Brasil. E-mail: robertowjff@globo.com.

⁵ Estatístico, Doutor em Saúde Pública. Professor Adjunto da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: pc49almeida@gmail.com.

⁶ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professor Aposentado da Universidade UFC. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: martadamascen@terra.com.br.

RESUMO

Pesquisa quantitativa cujo objetivo foi identificar o perfil dos níveis pressóricos e glicêmicos de usuários da Estratégia Saúde da Família de Itapipoca - Ceará. Participaram da amostra 419 usuários, com os quais foram coletados dados sociodemográficos e clínicos (glicemia capilar e pressão arterial sistêmica). As idades variaram entre 20 e 59 anos; 88,1% eram mulheres; 8,3% com glicemia > 140 mg/dl; 7,4% pré-hipertensos e 5,2% hipertensos. A prevalência de pressão arterial elevada foi maior nos homens ($p < 0,001$); naqueles com idades entre 45 e 59 anos ($p = 0,003$) e com companheiro ($p = 0,002$). As variáveis idade e escolaridade estiveram respectivamente, diretamente e inversamente relacionadas às maiores prevalências de níveis glicêmicos e pressóricos elevados. Conclui-se que a população estudada necessita de estratégias que ampliem sua participação em medidas de promoção da saúde, a fim de minimizar os índices de morbimortalidade decorrentes das alterações nos níveis pressóricos e glicêmicos que não foram detectadas precocemente.

Descritores: Glicemia; Diabetes Mellitus Tipo 2; Pressão Arterial; Hipertensão; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

A quantitative study with the objective to identify the profile of blood pressure and glycemic levels of Family Health Strategy users in Itapipoca, state of Ceará, Brazil. We included 419 users, which provided us with sociodemographic and clinical data (capillary glycemia and systemic blood pressure). Participants ranged from 20 to 59 years; 88.1% were women; 8.3% had glycemia > 140mg/dl; 7.4% were pre-hypertensive and 5.2%, hypertensive. The prevalence of high blood pressure was greater among men ($p < 0.001$); in those between 45 and 59 years ($p = 0.003$) and who were not single ($p = 0.002$). Age and education level variables were directly and inversely related, respectively, to greater prevalence of high blood glucose and pressure levels. In conclusion, the studied population needs strategies for increasing participation in health promotion actions so as to minimize the rates of morbimortality related to altered blood pressure and glycemia levels that do not receive early detection.

Descriptors: Blood Glucose; Diabetes Mellitus, Type 2; Arterial Pressure; Hypertension; Nursing Care.

RESUMEN

Investigación cualitativa objetivando identificar el perfil de niveles de presión y glucemia de usuarios de la Estrategia Salud de la Familia de Itapipoca-Ceará. Muestra constituida por 419 usuarios, recolectándose de ellos datos sociodemográficos y clínicos (glucemia capilar y presión arterial sistémica). Las edades variaron entre 20 y 59 años; 88,1% eran mujeres; 8,3% con glucemia > 140mg/dl; 7,4% pre hipertensos y 5,2% hipertensos. La prevalencia de presión arterial elevada fue mayor en hombres ($p < 0,001$); en usuarios con edad entre 45 y 59 años ($p = 0,003$) y en pareja ($p = 0,002$). Las variables edad y escolarización estuvieron, respectivamente, directa en inversamente relacionadas a mayores prevalencias de niveles elevados de glucemia y presión. Se concluye en que la población estudiada necesita estrategias que mejoren su participación en medidas de promoción de salud, apuntando a disminuir los índices de morbimortalidad derivados de las alteraciones en los niveles de presión y glucemia no detectados precocemente.

Descritores: Blood Glucose; Diabetes Mellitus Tipo 2; Presión Arterial; Hipertensión; Atención de Enfermería.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem-se como os problemas de saúde de maior magnitude na atualidade. São responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), atingindo indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda⁽¹⁾.

Preocupados com isso, a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽²⁾ e o Ministério da Saúde (MS)⁽¹⁾ enfocam as quatro principais doenças (cardiovasculares, diabetes, câncer e respiratórias crônicas) e os seus principais fatores de risco (tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e uso prejudicial de álcool) que, quando compartilhados, são responsáveis por 60% das mortes em todo o mundo, sendo ainda pior nos países de baixa e de média renda, atingindo 80%. Ambas as instituições definem e priorizam as ações e os investimentos necessários para preparar o país para enfrentar e deter as DCNT nos próximos anos.

Dentre as DCNT, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus tipo 2 (DM2) são as alterações mais comuns.

No mais recente inquérito telefônico publicado pelo MS, observou-se que a prevalência de diabetes na população adulta foi de 6,3%, sendo maior em mulheres do que em homens. Por sua vez, a frequência de HAS alcançou 23,3%, sendo ligeiramente maior em mulheres do que em homens. Salienta-se que em ambas as enfermidades, HAS e DM2, os diagnósticos apresentaram-se diretamente proporcionais à idade e inversamente à escolaridade⁽³⁾.

Sabe-se que após a instalação dessas enfermidades crônicas, a terapêutica e o controle exigem alterações de comportamento em relação às práticas alimentares, à ingestão de medicamentos e ao estilo de vida⁽⁴⁻⁵⁾. Acrescenta-se, ainda, que as referidas alterações podem comprometer, significativamente, a qualidade de vida do indivíduo, se não houver orientação adequada quanto ao correto tratamento, assim como, ao reconhecimento da importância das complicações que decorrem dessas doenças.

Diante da magnitude do problema, pesquisadores brasileiros têm enfatizado a importância do trabalho de prevenção, detecção e tratamento precoces, fazendo-se necessário a realização de estudos epidemiológicos, pois se reconhece a relevância da eficiente canalização de

recursos humanos e financeiros para o tratamento dessas doenças não transmissíveis que se instalam de forma tão silenciosa⁽⁶⁾.

Buscas realizadas na literatura tem demonstrado que os níveis pressóricos e glicêmicos têm sido pesquisado de forma tímida no Brasil, com populações específicas e datados há mais de cinco anos. Destacam-se dois estudos: o primeiro, realizado na cidade de Fortaleza-CE, em 2006, investigou os níveis pressóricos e glicêmicos de 506 funcionários de instituições públicas hospitalares. Os resultados demonstraram que quase 20,0% da amostra era hipertensa e 8,0% apresentou glicemia superior a 140mg/dl⁽⁷⁾. A segunda investigação, realizada em 2008, buscou avaliar o perfil glicêmico e pressórico de 125 servidores da Secretaria da Fazenda de Mato Grosso. Os autores encontraram que 12,0% e 27,0% da amostra apresentavam valores elevados de glicemia e pressão arterial, respectivamente⁽⁸⁾. Em ambos os estudos os pesquisadores relatam a importância da realização de testes periódicos de glicemia e aferição de pressão arterial para a prevenção, tratamento e descoberta de novos casos de HAS e DM2. Além disso, enfatizam a necessidade de ações educativas que ajudem a modificar os hábitos de vida dos sujeitos e a prevenir enfermidades causadas pelos níveis pressóricos e glicêmicos alterados.

É sabido que o manejo da HAS e do DM2 deve estar inserido dentro de um sistema hierarquizado, sendo a Atenção Básica de Saúde sua porta de entrada. Dentro desse contexto, destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) que, desde a sua criação em 1994, objetiva prestar uma atenção integral e contínua à saúde dos indivíduos e da comunidade, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Acrescido a isso, a equipe multiprofissional, inserida na ESF, passa a estabelecer vínculos de responsabilidade e confiança, permitindo, assim, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e uma visão da necessidade de intervenções a partir dos problemas e demandas identificadas⁽⁹⁾.

Dessa forma, levando em consideração: a grande prevalência das DCNT, em especial a HAS e o DM2; o número expressivo de morbimortalidade que essas enfermidades acarretam anualmente; a característica silenciosa da instalação das doenças e da sua sintomatologia; a importância da identificação precoce do diagnóstico; o papel e os princípios da Atenção Básica de Saúde no Brasil; a tímida produção do conhecimento no que se refere à realização de estudos que avaliem os níveis pressóricos e glicêmicos no cenário nordestino, é

que se justifica a realização da presente investigação, cujo objetivo foi identificar o perfil dos níveis pressóricos e glicêmicos de usuários de uma ESF do interior do estado do Ceará- Brasil.

MÉTODOS

Pesquisa quantitativa, com delineamento transversal, realizada no período de março de 2009 a outubro de 2010, com 419 usuários da Estratégia Saúde da Família de Itapipoca-Ceará, com idades entre 20 e 59 anos.

A amostra foi calculada com base na população cadastrada nas 11 UBS da sede urbana do município e em consonância com os critérios de inclusão (indivíduos de ambos os sexos, com idades entre 20 e 59 anos e que estivessem em espera para consulta nas unidades selecionadas) e de exclusão (indivíduos que residissem na zona rural do município, indivíduos que possuíssem diagnóstico confirmado de DM2 e de HAS, uma vez que a chance de se encontrar alterações nas variáveis estudadas seria ampliada, e indivíduos com alguma condição que interferisse diretamente nas medidas antropométricas, como as gestantes).

Utilizou-se a fórmula indicada para o cálculo em estudos transversais de população infinita⁽¹⁰⁾, considerando-se um nível de significância de 95% e uma prevalência de 50%, haja vista esse valor proporcionar um tamanho máximo de amostra e um erro amostral de 5%.

Com base nos parâmetros expostos, o tamanho "n" da amostra limitar-se-ia a 385 pessoas. Considerando uma taxa de 10% de perdas, na qual estariam incluídas desistências, dados incompletos e informações erradas, o tamanho amostral definitivo seria de 424 pessoas. Houve cinco perdas de formulários, totalizando em 419 pessoas, sendo esta estratificada.

Para a coleta das informações, realizada no período de janeiro a março de 2010, utilizou-se como instrumento de coleta de dados, um formulário no qual foram registrados as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, renda familiar e classificação econômica) e clínicas (glicemia capilar e pressão arterial sistêmica).

Para avaliação da classe econômica, empregaram-se os Critérios de Classificação Econômica do Brasil⁽¹¹⁾. A avaliação considera o grau de instrução do chefe da família e a presença de determinados bens (televisor em cores, rádio, banheiro, automóvel, empregada mensalista, aspirador de pó, máquina de lavar, videocassete e/ou DVD, geladeira e freezer), mediante

pontuações correspondentes às seguintes classes: A1, A2, B1, B2, C, D e E. Para melhor visualização dos dados, esses intervalos foram apresentados, nas tabelas, categorizados (até B2, C e D/E).

Com vistas à realização da glicemia coletou-se uma gota de sangue capilar de um dos dedos da mão, mediante inserção da ponta de uma agulha descartável apropriada para tal fim. A leitura do valor da glicemia foi feita por meio de um glicosímetro da marca Optium Xceed®.

Os valores glicêmicos foram analisados segundo o recomendado pelo MS⁽⁵⁾, ou seja, glicemia ao acaso \leq a 140 mg/dl é considerada normal; entre 141 e 199 mg/dl duvidosa; entre 200 mg/dl e 269 mg/dl provável diabetes e \geq a 270 mg/dl muito provável diabetes. Para melhor visualização dos dados, esses intervalos foram apresentados, nas tabelas, categorizados (normal, duvidosa e provável diabetes).

A medida da PA foi obtida através de aparelho esfigmomanômetro Tycos/WelchAllyn® e estetoscópio Littmann® Classic II adulto, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde⁽⁴⁾ e da Sociedade Brasileira de Cardiologia⁽¹²⁾. Todas as mensurações foram realizadas pela mesma pesquisadora.

Para a interpretação dos valores da PA adotaram-se como referência as recomendações das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial⁽¹²⁾, que classificam os níveis de pressão arterial em: ótima, pressão arterial sistólica (PAS) $<$ 120 mmHg e a pressão arterial diastólica (PAD) $<$ 80 mmHg; normal, PAS $<$ 130 mmHg e PAD $<$ 85 mmHg; limítrofe, PAS de 130 a 139 mmHg e PAD de 85 a 89 mmHg; hipertensão estágio 1, PAS de 140 a 159 mmHg e PAD de 90 a 99 mmHg; hipertensão estágio 2, PAS de 160 a 179 mmHg e PAD de 100 a 109 mmHg; hipertensão estágio 3, PAS $>$ 180 mmHg e PAD $>$ 110 mmHg; hipertensão isolada, PAS $>$ 140 mmHg e PAD $<$ 90 mmHg. Para melhor visualização dos dados, esses intervalos foram apresentados, nas tabelas, categorizados (normal, limítrofe e hipertensão). Faz-se necessário destacar que para a variável clínica pressão arterial, a amostra inicialmente informada (419) foi reduzida para 365, uma vez que 54 usuários confirmaram diagnóstico prévio de HAS, sendo este um critério de exclusão.

Os dados sofreram dupla digitação e foram armazenados em um banco de dados construído no Excel, sendo os resultados analisados com base na literatura específica, e submetidos, previamente, a tratamento estatístico. No intuito de analisá-los, calcularam-se as medidas estatísticas média e o desvio

padrão e seus respectivos intervalos de confiança (IC=95%).

Para as análises de associação entre variáveis, optou-se pelos testes não-paramétricos Qui-quadrado (χ^2) e razão de verossimilhança. Os dados foram processados no programa estatístico *Statistical Package for Science Social* versão 18.0 e apresentados em tabelas.

Em relação aos aspectos éticos, cumpriram-se as exigências das Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos constantes da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - acerca das questões éticas nesse tipo de pesquisa⁽¹³⁾. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob nº de protocolo 346/09.

RESULTADOS

Conforme observou-se, a maioria dos usuários era do sexo feminino (88,1%); tinha idades entre 30 e 44 anos (42,5%), com média de 37 anos; era casada ou mantinha união estável (60,4%); cursou até o ensino fundamental incompleto (39,4%); recebia entre meio e um salário mínimo (47,3%) e pertencia às classes econômicas D/E (58,2).

Quanto à glicemia capilar, em 91,7% dos usuários encontrava-se dentro dos padrões de normalidade, em 7,6% como exame duvidoso e em 0,7% como provável diabetes.

No tocante à classificação da pressão arterial, a grande maioria, 87,4%, tinha os valores pressóricos dentro dos padrões de normalidade; 7,4% foram classificados com pressão arterial limítrofe e 5,2% com hipertensão.

Sobre a associação da pressão arterial e da glicemia capilar com as variáveis sociodemográficas, vejam-se as Tabelas 1 e 2.

De acordo com a Tabela 1, entre os usuários com exame duvidoso (7,6%), a maioria era do sexo feminino (7,9%), tinha idades entre 30 e 44 anos (9,6%), era casada ou mantinha união estável (8,3%), cursou até o fundamental incompleto (11,5%) e pertencia às classes econômicas D/E (8,2%).

Dentre os usuários classificados com provável diabetes (0,7%), todos eram do sexo feminino (100%), duas (66,7%) tinham idade entre 45 e 59 anos, duas (66,7%) eram casadas ou mantinham união estável, as três (100%) cursaram até o fundamental incompleto e (100%) pertenciam às classes econômicas D/E. Como observado, não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis estudadas ($p>0,05$).

No relacionado à PA, como mostra a Tabela 2, a categoria limítrofe foi mais prevalente no sexo masculino (18,2%), nos usuários com idades entre 45 e 59 anos (17,1%), nos casados ou em união estável (10,7%), nos que cursaram até o fundamental incompleto (9,6%) e nos pertencentes às classes econômicas até B2 (9,5%).

Tabela 1: Associação da glicemia capilar com as variáveis sociodemográficas dos usuários da Estratégia Saúde da Família. Itapipoca, CE, Brasil, 2010.

	GLICEMIA CAPILAR (ao acaso)						
	Normal		Duvidosa		Provável diabetes		Estatística p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
1. Sexo				7,9			
Feminino	337	91,3	29	6	3	0,8	0,726
Masculino	47	94	3		0	0	
2. Faixa etária							
20-29	129	95,6	5	3,7	1	0,7	0,103
30-44	161	90,4	17	9,6	0	0	
45-59	94	88,7	10	9,4	2	1,9	
3. Estado civil							
Solteiro/divorciado/viúvo	154	92,8	11	6,6	1	0,6	0,796
casado/união estável	230	90,9	21	8,3	2	0,8	
4. Escolaridade							
Ensino fundamental incompleto	143	86,7	19	11,5	3	1,8	0,064
Ensino médio incompleto	70	92,1	6	7,9	0	0	
Ensino médio completo	129	96,3	5	3,7	0	0	
Ensino Superior	42	95,5	2	4,5	0	0	
5. Classificação econômica							
Até B2	22	100	0	0	0	0	0,527
C	141	92,2	12	7,8	0	0	
D/E	221	90,5	20	8,2	3	1,3	

Tabela 2: Associação da pressão arterial com as variáveis sociodemográficas dos usuários da Estratégia Saúde da Família. Itapipoca, CE, Brasil, 2010.

	CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL*						Estatística p
	Normal		Limítrofe		Hipertensão		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
1. Sexo							
Feminino	290	90,3	19	5,9	12	3,7	< 0,001
Masculino	29	65,9	8	18,2	7	15,9	
2. Faixa etária							
20-29	120	93	5	3,9	4	3,1	0,003
30-44	147	88,6	10	6	9	5,4	
45-59	52	74,3	12	17,1	6	8,6	
3. Estado Civil							
Solteiro/divorçado/viúvo	143	94,8	4	2,6	4	2,6	0,002
casado/união estável	176	82,3	23	10,7	15	7	
4. Escolaridade							
Ensino fundamental incompleto	113	83,1	13	9,6	10	7,4	0,66
Ensino médio incompleto	57	89,1	4	6,3	3	4,7	
Ensino médio completo	112	90,3	8	6,5	4	3,2	
Ensino Superior	37	90,2	2	4,9	2	4,9	
5. Classificação econômica							
Até B2	18	85,7	2	9,5	1	9,5	0,972
C	122	88,4	9	6,5	7	5,1	
D/E	179	86,9	16	7,8	11	5,3	

* Foram excluídos 54 indivíduos com diagnóstico confirmado de HAS.

De forma semelhante, a categoria hipertensão predominou no sexo masculino (15,9%), nos usuários com idades entre 45 e 59 anos (8,6%), nos casados ou em união estável (7%) e nos pertencentes às classes econômicas até B2 (9,5%). Como observado, houve associação estatisticamente significativa entre a classificação da pressão arterial e as variáveis sexo, idade e estado civil ($p < 0,05$).

DISCUSSÃO

Atualmente as DCNT representam uma grande preocupação na área da saúde pública. Avaliar os níveis pressóricos e glicêmicos de forma rotineira se faz de suma importância para um diagnóstico e tratamento precoce. Tais medidas já têm sido documentadas na literatura como de grande valia⁽²⁾.

No presente estudo, constatou-se que 8,3% da amostra estavam com glicemia elevada, ou seja, acima do ideal. Prevalências semelhantes foram encontradas no estudo anteriormente citado, realizado na cidade de Fortaleza⁽⁷⁾. Ao longo das últimas três décadas, o número de pessoas com diabetes mellitus tem aumentado significativamente, tornando-se um dos desafios mais importantes para a saúde pública e para todas as nações. Tal fato pode ser comprovado, uma vez que o DM2 está, cada vez mais, sendo observado entre crianças, adolescentes e adultos jovens⁽¹⁴⁾.

Verificou-se no presente estudo que a glicemia elevada foi mais prevalente no sexo feminino. Sabe-se

que, no Brasil, apesar do aumento de casos entre os homens, que eram 4,4%, em 2006, e passaram para 5,2%, em 2011, as mulheres são as mais acometidas pelo diabetes, correspondendo a 6% dessa população⁽³⁾. Porém, essa relação não é unânime. Um grande estudo internacional, realizado na China, com 46.239 indivíduos, de 14 estados distintos, demonstrou que as alterações nos níveis glicêmicos ocorreram em maiores proporções no sexo masculino⁽¹⁵⁾.

Em relação à idade, no presente estudo, a glicemia elevada foi mais prevalente na faixa etária de 45 a 59 anos. Estudiosos já têm demonstrado que as faixas etárias mais elevadas contribuem para as maiores prevalências de diabetes e que, na maioria das vezes, esse aumento é diretamente proporcional à idade⁽¹⁶⁾.

Ainda segundo esta pesquisa, ter companheiro(a) aumentou a chance de DM2, ao contrário dos achados de outros pesquisadores⁽¹⁶⁾, os quais encontraram que viver sem companheiro esteve associado à maior prevalência de DM2. Por fim, ao associar glicemia capilar com a escolaridade e a classe econômica, os sujeitos de menor escolaridade e de menor classe econômica contribuíram para as maiores prevalências de glicemia elevada, sendo essa tendência ratificada por pesquisa realizada no Sudeste⁽¹⁶⁾, na qual a prevalência de diabetes foi inversamente proporcional à escolaridade e à renda.

No que diz respeito à HAS, considerou-se baixo o percentual de usuários da ESF distribuídos na categoria hipertensão, quando comparado a um estudo

semelhante realizado no Centro-Oeste do Brasil⁽⁸⁾, no qual 27,0% da amostra apresentavam-se com PA elevada. Essa grande diferença pode estar relacionada, neste estudo, à exclusão daqueles que já tomavam anti-hipertensivos no momento da coleta de dados (54 pessoas).

Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 Estados brasileiros e no Distrito Federal⁽³⁾, constataram que, em ambos os sexos, o diagnóstico de HAS segue diretamente proporcional ao aumento da idade, alcançando cerca de 8% dos indivíduos entre os 18 e os 24 anos de idade e mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais. Quanto à relação entre escolaridade e diagnóstico da doença foi evidenciada associação inversa⁽³⁾.

Corroborando com os dados supracitados⁽³⁾, verificou-se, no presente estudo, maior porcentagem de hipertensão entre indivíduos com baixo nível de escolaridade, apesar de não ter sido encontrada associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($p=0,660$).

O baixo nível de escolaridade pode ser um fator preocupante já que se trata de pacientes crônicos, que necessitam manter um nível de cuidado elaborado em relação a medicamentos e restrições alimentares. A baixa escolaridade dificulta o processo de ensino aprendizagem, estando diretamente relacionada à diminuição do autocuidado. Além disso, a desigualdade social no acesso e na utilização dos serviços de saúde está relacionado, dentre outros fatores, ao nível de educação das pessoas. Dessa forma, pessoas com baixa escolaridade podem apresentar maior dificuldade no acesso à informação e ao processo de aprendizagem para a realização de cuidados em saúde⁽¹⁷⁾.

Quanto ao sexo, no estudo em tela, a maior prevalência de hipertensão foi evidenciada nos homens. Tal achado vem a concordar com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a qual aponta uma prevalência global de hipertensão em homens ligeiramente maior que nas mulheres, com 26,6% e 26,1%, respectivamente⁽¹²⁾. Entretanto, encontrou-se um estudo, realizado com 297 usuários da ESF, cuja prevalência da HAS prevaleceu na população feminina⁽¹⁸⁾.

Ainda sobre o sexo, pesquisa recente sobre fatores de risco para DM, realizada com servidores públicos de uma universidade, evidenciou uma prevalência de 30,8% e 20,0% de pressão arterial alterada e glicemia capilar de jejum alterada, respectivamente. Em relação ao sexo, os dois fatores de risco foram mais prevalentes no sexo

masculino⁽¹⁹⁾.

A variável gênero merece atenção especial no contexto da HA. No Brasil, a prevalência média de HAS na população acima de 18 anos é de 22,7%, sendo maior nas mulheres (25,4%) do que nos homens (19,5%). A frequência de HAS torna-se mais comum com a idade, sobretudo para as mulheres, alcançando percentuais maiores do que 50% na faixa etária igual ou superior a 55 anos⁽⁴⁾.

Dentre os casados ou com união estável, houve uma maior porcentagem de hipertensão, quando comparado aos outros estados civis ($p=0,002$). Porém, pesquisadores apontam que a associação entre esta variável não está devidamente esclarecida na literatura⁽⁷⁾.

Diante dessa realidade, pesquisadores reconhecem como fundamental a instituição de estratégias que ampliem a participação da população em medidas de promoção à saúde nas UBS, com ênfase em um modelo de atenção à saúde participativo, a fim de minimizar os índices de morbimortalidade dessa população por agravos decorrentes da HAS e DM2 não controlados e/ou não diagnosticados precocemente⁽²⁰⁾.

Quando se fala em detectar precocemente pacientes que possuam HAS e DM2, deve-se estar atento à possibilidade de atuar diante desses sujeitos na perspectiva de diminuir a possibilidade de complicações crônicas, assim como, diminuir o risco de um evento cardiovascular para os próximos anos. Tal afirmativa pode ser comprovada através de uma coorte realizada com 2.418 pacientes que foram diagnosticados com diabetes através de uma triagem. Esses pacientes foram estratificados quanto ao risco de eventos cardiovasculares para os próximos anos. O tratamento utilizado, com base na obtenção de metas atingíveis e individuais para o controle metabólico, assim como modificações nos hábitos de vida, fizeram com que o risco apresentado inicialmente fosse reduzido. Os autores concluíram que o DM2 requer, para o seu tratamento, uma definição de metas atingíveis e individualizadas⁽²¹⁾.

CONCLUSÃO

Foram evidenciadas alterações nos níveis glicêmicos e pressóricos dos usuários da Estratégia Saúde da Família da cidade de Itapipoca-CE. A idade esteve diretamente relacionada às maiores prevalências de níveis glicêmicos, enquanto que a escolaridade esteve inversamente relacionada às maiores prevalências de níveis pressóricos elevados.

Não foram evidenciadas, na amostra estudada, elevadas alterações nos níveis glicêmicos e pressóricos. Entretanto, tais achados são inquietantes, uma vez que se sabe que as variáveis estudadas predisõem os indivíduos às doenças cardiovasculares.

Torna-se importante destacar que foram solicitados, pela autora correspondente do presente artigo, exames de glicemia venosa de jejum aos usuários que tiveram como resultados da glicemia capilar, exame duvidoso ou com provável diabetes. Todos esses pacientes foram orientados quanto ao retorno aos profissionais da ESF para apresentação dos resultados dos exames.

Avaliar, na ESF, os níveis pressóricos e glicêmicos dos usuários se faz de suma importância, uma vez que a identificação precoce de alterações nesses níveis proporciona à comunidade científica dois benefícios evidentes: o primeiro corresponde à possibilidade de tais dados fornecer subsídios aos profissionais de saúde no sentido do diagnóstico precoce, seja de HAS, seja de DM; o segundo benefício corresponde à possibilidade da equipe desenvolver estratégias de promoção da saúde e educação em saúde. A educação em saúde, vista como uma ferramenta para se promover saúde, pode ser utilizada para os pacientes recém diagnosticados, na

busca por uma adesão terapêutica adequada, assim como pode ser utilizada para evitar que os pacientes tornem-se hipertensos e/ou diabéticos no futuro.

Novas investigações podem emergir a partir da presente pesquisa. Inicialmente, estudos transversais, com amostras maiores e em outras cidades do interior do estado cearense, assim como de outros estados brasileiros, para se ter dados mais robustos e representativos, com possibilidade do desenvolvimento de estudos multicêntricos. Estudos de intervenção e acompanhamento também podem ser desenvolvidos a partir desse, principalmente, no que se refere às estratégias de educação em saúde, visando avaliar sua eficácia, ao longo dos anos, na prevenção das complicações crônicas.

Por fim, salienta-se que estudos como esse servem, ainda, de subsídio para a criação e/ou aperfeiçoamento de políticas públicas voltadas, principalmente, para a saúde. Os resultados encontrados corroboram com a necessidade crescente e urgente da implementação da intersetorialidade na saúde, uma vez que se reconhece a relevância das distintas variáveis relacionadas ao processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 148 p.
2. World Health Organization. 2013-2020 Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases. 2013. Disponível em: http://www.who.int/nmh/events/2013/revised_draft_ncd_action_plan.pdf. Acesso em 16 de mai de 2014.
3. Ministério da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 152 p.
4. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (Cadernos de Atenção Básica, n. 37) / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2013. 128 p.
5. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2013. 160 p.
6. Malfatti CRM, Assunção AN. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1):1383-8, 2011.
7. Damasceno MMC et al. Perfil dos níveis pressóricos e glicêmicos de funcionários de instituições públicas hospitalares de fortaleza-ceará. *Esc Anna Nery R Enferm*. [Internet]. 2006 [cited 2012 out 15]; 10(2):228-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n2/a09v10n2.pdf>.
8. Acosta e Silva APP, Costa HA, Senra RR. Perfil pressórico e glicêmico dos funcionários dos postos fiscais da Secretaria de Fazenda do Estado de Mato Grosso. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. 2008; 2(12):508-16. ISSN 1981-9919.
9. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2012. 110 p.
10. Arango HG. Bioestatística teórica e computacional. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
11. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil 2008 [Internet]. 2008 [cited 2012 out 25]. Available from: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=302>.
12. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. [Internet]. 2010 [cited 2012 out 15]; 95(1 supl.1): 1-51. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n1s1/v95n1s1.pdf>.
13. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 12 dez. 2012.
14. Chen L, Magliano DJ, Zimmet PZ. The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus- presente and future perspectives. *Nature Reviews Endocrinology*. 2012; 8(1):228-36.
15. Yang W, Lu J, Weng J, Jia W, Ji L, Xiao J, et al. Prevalence of Diabetes among men and women in China. *N Engl J Med*. 2010; 362(1):1090-1101.
16. Moraes SA, Freitas ICM; Gimeno SGA, Mondini L. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(5):929-41.

17. Gomides DS, Villas-Boas LCG, Coelho ACM, Pace AE. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26(3):289-93.
18. Silva DB, Souza TA, Santos CM, Jucá MM, Moreira TMM, Frota MA, et al. Associação entre hipertensão arterial e diabetes em centro de saúde da família. *RBPS.* 2011; 24(1):16-23.
19. Medeiros CCM, Bessa GG, Coura AS, França ISX, Sousa FS. Prevalência dos fatores de risco para diabetes mellitus de servidores públicos. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2012 [cited 2012 nov 12]; 14(3):559-69.
20. Brito RS, Santos DLA. Percepção de homens hipertensos e diabéticos sobre a assistência recebida em Unidade Básica de Saúde. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2011 [cited 2012 nov 12]; 13(4):639-47. Available from: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n4/pdf/v13n4a07.pdf.
21. Black JA, Sharp SJ, Wareham NJ, Sandbaek A, Rutten GEHM, Lauritzen T, et al. Change in cardiovascular risk factors following early diagnosis of type 2 diabetes: a cohort analysis of a cluster-randomized trial. *Br J Gen Pract.* 2014; 64:208-16.

Artigo recebido em 07/01/2013.

Aprovado para publicação em 23/04/2014.

Artigo publicado em 30/09/2014.