

Fatores de risco e complicações de doenças crônicas não transmissíveis

Risk factors and complications of noncommunicable chronic diseases

Silvia Eliza Almeida Pereira^a, Daniel Costa^b, Rozidaili Penido^c, Amanda Nunes da Silveira Batista^d, Amanda Calheiros^e, Grazielle Vasconcelos Ferreira^f, Jennypher Walsh Tavares^f, Rossana Boechat de Marins^g, Yhasmim Jotha Messias^h

^a Nutricionista. Doutorado em Ciência de Alimentos pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Departamento de Nutrição Social, Faculdade de Nutrição Emília de Jesus Ferreiro, Universidade Federal Fluminense.

^b Médico. Mestrado em Departamento de Supervisão Metodológica. Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

^c Enfermeira. Mestrado em Saúde Coletiva pela UFRJ. Núcleo de Gestão de Informações, Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

^d Farmacêutica. Faculdade de Farmácia, Universidade Federal Fluminense.

^e Médica. Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense.

^f Nutricionista. Faculdade de Nutrição Emília de Jesus Ferreiro, Universidade Federal Fluminense.

^g Enfermeira. Escola de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense.

^h Odontóloga. Faculdade de Odontologia, Universidade Federal Fluminense.

RESUMO

Introdução: A prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o *diabetes mellitus* (DM) no Brasil é elevada. Estas enfermidades possuem fatores de risco e complicações em comum e o conhecimento da dimensão destas pode auxiliar no planejamento de ações de promoção da saúde.

Objetivo: Traçar o perfil clínico-epidemiológico da HAS, DM, fatores de risco e complicações em seis módulos do Programa Médico de Família de Niterói/RJ selecionadas aleatoriamente.

Materiais e Métodos: Utilizou-se como fonte de dados os sistemas de informação Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica, e o sistema *Klinikos Kadastro*. Realizou-se análise descritiva das variáveis de gênero, grupo etário, renda, escolarização para diagnóstico da situação socioeconômica. Foi calculada a distribuição proporcional de fatores de risco e complicações de usuários matriculados em SisHiperdia.

Resultados: Observou-se que dentre os usuários cadastrados a maioria era do sexo feminino (62,30%), maiores de 40 anos (91,10%), sendo que 83,97% possuíam renda familiar menor que 3 salários mínimos e 65,31% não haviam completado o ensino fundamental. Mesmo sendo usuários portadores de HAS e DM isolados ou associados com acompanhamento regular nas unidades de saúde, os dados apontam elevada taxa tabagistas (21,30%), fisicamente inativos (60,30%) e com excesso de peso (49,50%). Também foram encontrados pacientes portadores de complicações decorrentes de HAS e DM.

Conclusão: A partir destes dados, pode-se então planejar e repactuar as ações de educação em saúde intersetoriais com o objetivo de promover o autocuidado e controle dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis e prevenção das co-morbidades.

Palavras-chave: doenças crônicas; fatores de risco; vigilância em saúde pública; epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: The prevalence of systemic arterial hypertension and diabetes mellitus in Brazil is high. These diseases have common risk factors and complications, and knowledge of its dimensions may help to plan health promotion actions.

Objective: To trace the clinical and epidemiological profile of hypertension, diabetes mellitus, risk factors and complications in six modules randomly selected of the Family Doctor Program of Niterói/RJ.

Materials and Methods: The data were collected using the information system Clinical Management System for Hypertension and Diabetes Mellitus of Primary Care, and the *Klinikos Kadastro*. Descriptive analysis of the variables of gender, age group, income, and schooling to diagnose the socioeconomic situation were made. It was also calculated the proportional distribution of risk factors and complications of users enrolled in SisHiperdia.

Results: It was observed that among the registered users the majority was female (62.30%), over 40 years old (91.10%), 83.97% had a family income of less than 3 minimum wages and 65.31% had not completed elementary school. Although it is a sample of users with systemic arterial hypertension and diabetes mellitus isolated or associated with a regular follow-up at health facilities, the data point to a high rate of smoking (21.30%), physical inactivity (60.30%) and overweight (49.50%). We also found patients with complications due to the presence of systemic arterial hypertension and diabetes mellitus.

Conclusion: Based on these data, health education intersectorial actions can be planned and renegotiated in order to promote self-care and control of risk factors for chronic non-communicable diseases and prevention of comorbidities.

Keywords: chronic disease; risk factors; public health surveillance; epidemiology.

Correspondência:

SILVIA ELIZA ALMEIDA PEREIRA
Rua João Vinelli, 5 – Jardim Guanabara
21931-050 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: seapereira@gmail.com



INTRODUÇÃO

O processo de transição demográfica, epidemiológica e nutricional brasileiro ocorre de maneira mais abrupta do que em países desenvolvidos, e com algumas diferenças entre os estágios quando comparados a de outros países da América Latina¹. Uma das características deste processo foi o aumento da carga das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), identificadas como um conjunto de múltiplos fatores de risco, não infecciosos, de longa duração e que pode levar ao desenvolvimento de incapacidades². No rol das DCNT estão as doenças cardiovasculares (DCV; cerebrovasculares e isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas, *diabetes mellitus* (DM), desordens mentais e neurológicas, doenças renais crônicas, doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas³. Os fatores de riscos associados às principais DCNTs (DCV, DM, câncer e doenças respiratórias crônicas) são o tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e uso prejudicial do álcool², todos eles fatores de risco evitáveis.

No mundo, 63% dos óbitos são atribuídos às DCNT, sendo 80% nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. No Brasil, dados demonstram que as DCNTs são responsáveis por 72% da mortalidade brasileira, com distribuição uniforme entre as regiões⁴. A hipertensão (HAS) e o DM são juntos, a primeira causa de hospitalização no sistema público de saúde do Brasil e estão relacionadas ao desenvolvimento de outras doenças crônicas e complicações². Observa-se redução de 20% das taxas de mortalidade por DCNT na última década e também estabilidade na taxa de internação por DCNT⁴ devido provavelmente ao controle do tabagismo e acesso à atenção primária⁵. No entanto, registou-se aumento da taxa de internação por DM⁴ e do percentual de pessoas que se autodeclararam portadoras de DM⁶.

As informações são primordiais para a elaboração de um diagnóstico situacional, para que se tenha possibilidade de planejar ações no sentido de enfrentar os problemas. Assim, é objetivo deste trabalho traçar um perfil clínico-epidemiológico da HAS, DM, seus fatores de risco e complicações em seis módulos do Programa Médico de Família (PMF) selecionadas aleatoriamente entre as seis regionais de saúde da cidade de Niterói/RJ, tendo como fonte os sistemas de informação SisHiperdia e o sistema *Klinikos*, utilizado pelo PMF em Niterói/RJ.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho compõe parte das atividades desenvolvidas pela equipe do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade Federal Fluminense⁷ na modalidade

Vigilância em Saúde em DCNT, composto por 2 funcionários da Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Niterói, 11 discentes de diversos cursos da área da saúde e 01 docente da Universidade Federal Fluminense, sendo realizado com a meta de fornecer dados que pudessem auxiliar na distribuição racional de recursos humanos, financeiros e tecnológicos à FMS.

Trata-se de um estudo epidemiológico analítico descritivo do comportamento da HAS e DM com o uso de dados secundários, cuja população estudada foi a cadastra nos sistemas de vigilância em saúde SisHiperdia e *Klinikos* Cadastro - Atenção Básica da cidade de Niterói. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense sob o nº CAAE 12266613.5.0000.5243.

Caracterização do município

Niterói pertence à Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro. A sua área geográfica é de 133,916km² e possui limites com o município de São Gonçalo ao norte, Maricá a leste, o Oceano Atlântico ao sul e a Baía de Guanabara a oeste. Localiza-se a quatorze quilômetros de distância da cidade do Rio de Janeiro⁸.

Esta cidade é a quinta mais populosa do estado, com 487.562 habitantes (4,3% da região metropolitana, é considerada uma cidade de grande porte), predominância feminina e um processo de envelhecimento acelerado, 17% da população acima de 60 anos e aproximadamente 8,7% de analfabetos. Apesar desta cidade possuir o sétimo melhor IDH – Índice de Desenvolvimento Humano do país (0,837) e 30,7% de sua população se inserir na classe A, com renda média *per capita* R\$1951,00, também apresenta grandes desigualdades sociais⁸⁻⁹.

Rede de assistência à saúde

A Rede de Assistência à Saúde de Niterói se divide em atenção básica, secundária e terciária, composta de módulos de PMF que integram a Estratégia de Saúde da Família, policlínicas e hospitais de alta complexidade. Há 6 regionais administrativas (Baía I, Baía II, Leste Oceânica, Norte I, Norte II e Pendotiba), cada qual com uma policlínica regional e módulos do PMF. O objetivo das Policlínicas Regionais é se estabelecer como centro de gestão regional para o planejamento de ações em saúde, descentralização de serviços especializados, obedecidos o perfil demográfico e epidemiológico, e exames complementares diagnósticos para o desenvolvimento de ações intersetoriais¹⁰.

Os módulos de PMF atendem a 25% da população (Plano Municipal de Doenças Crônicas, não publicado; Niterói, 2012) e são vinculados à policlínica de sua regional¹⁰. Seu objetivo é ser a porta de entrada à rede de atenção à saúde

garantindo a acessibilidade aos serviços e centrada no perfil da população adscrita¹¹. O serviço possui busca ativa da população, fomentando a responsabilidade sanitária; co-gestão com as associações de moradores locais, vinculação permanente dos profissionais com a população e procura por maior resolutividade¹².

Os sistemas de vigilância em saúde

O Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica (SisHiperdia) é um sistema de informação que foi instituído pelo Ministério da Saúde em 2002, com o objetivo de monitorar, em nível nacional, o então recém reestruturado Programa de Assistência à Hipertensão e Diabetes¹³. Possui dois módulos de entrada de dados: um para cadastro de casos novos diagnosticados como DM e/ou HAS e outro para acompanhamento, com informações sobre as consultas subsequentes. O sistema é alimentado semanalmente através de fichas preenchidas por profissionais das unidades de saúde do Programa Médico de Família de Niterói.

O SisHiperdia fornece alguns relatórios padronizados, porém não permite que sejam feitas análises mais complexas dos dados. Devido a esta limitação, a equipe de informação do nível central elaborou um banco de dados utilizando o software *Access (Windows Microsoft®)*, 2013). Nele ficam armazenadas todas as informações digitadas neste sistema, sendo atualizado periodicamente.

Listas nominais foram emitidas do cadastro do SisHiperdia e do cadastro no *Klinikos Cadastro – Atenção Básica*. Este é um sistema utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Niterói para dar suporte à coleta e interpretação de dados do PMF, selecionado a doença referida HAS e/ou DM, para avaliar se o usuário que referiu ser portador de um dos agravos possuía cadastro no SisHiperdia. Assim organiza todo o fluxo de atendimento e informações administrativas dos usuários da rede de saúde de Niterói.

Coleta dos dados

Para a análise dos dados cadastrados no período de 2000 até junho de 2012, foram selecionadas aleatoriamente, 1 módulo de cada regional de saúde. Foram sorteados os módulos Caramujo (n=843; Regional Norte I), Engenho do Mato (n=549, Leste Oceânica), Ilha da Conceição (n=589; Regional Baía I), Maruí (n=545; Regional Norte II), Matapaca (n=997; Pendotiba), e Souza Soares (n=733, Regional Baía II).

Para a caracterização sócio-demográfica da população do Município de Niterói utilizou-se como fonte os dados do Censo IBGE 2010⁸, para o módulo do Médico de Família

foram coletados os dados da população cadastrada no Sistema Klinikos-Atenção Básica.

Análise estatística

A análise dos dados foi realizada através do *Access (Windows Microsoft®)*, 2013) e *Epi Info™* (versão 7.1.5). Os resultados são apresentados por unidade estudada e o total da área de cobertura do PMF no município de Niterói. As variáveis analisadas compreendem a caracterização da população cadastrada (tipo de diagnóstico, sexo, raça/cor, renda, escolaridade e faixas etárias), a exposição a fatores de risco (tabagismo, sobrepeso e sedentarismo) e a presença de complicações decorrentes do avanço dos agravos (Infarto Agudo do Miocárdio – IAM, outras coronariopatias, Acidente Vascular Cerebral – AVC, pé diabético, amputação por DM e doença renal).

RESULTADOS

A **Tabela 1** apresenta as características sociodemográficas de usuários dos seis módulos dos PMFs selecionados e de Niterói, a partir dos dados oriundos do sistema SisHiperdia.

Os dados do SisHiperdia apontam o predomínio de mulheres, pessoas na faixa etária acima de 40 anos e indivíduos brancos, destacando-se que 34% das pessoas cadastradas do módulo de Souza Soares e Caramujo se declararam brancos, aproximadamente metade do valor observado para a cidade de Niterói. Os dados de escolaridade mostram baixa instrução da população cadastrada tanto por cada um dos módulos, quanto nos usuários totais de Niterói, onde a grande maioria (aproximadamente 80%) declarou ter menos de oito anos de estudo (analfabeto, ensino fundamental incompleto e ensino fundamental completo), enquanto que na cidade de Niterói, o valor é de 41%⁸.

A renda familiar foi avaliada através do Klinikos-Atenção Básica e refere-se à renda das famílias residentes em cada território dos módulos de PMF estudados. Os resultados das variáveis sócio-econômicas indicam que os usuários da unidade Caramujo estão sob maior risco de vulnerabilidade social, com maior percentual de população não branca, um dos maiores percentuais de indivíduos com renda inferior a 3 vezes o salário mínimo e baixo nível de instrução. Estes dados corroboram com os observados no relatório realizado pela prefeitura e que teve por finalidade organizar e analisar os indicadores relativos ao contexto socioeconômico do município de Niterói em 2013¹⁴.

Três dos quatro principais fatores de risco para DCNT foram avaliados neste estudo e são apresentados na **Tabela 2**. O quarto fator de risco principal para DCNT, a ingestão alimentar, não pode ser avaliado pois os dados do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) no município de Niterói eram precários.

Tabela 1. Distribuição das variáveis socioeconômicas e demográficas dos usuários cadastrados no SisHiperdia das Unidades do Programa Médico de Família selecionadas.

População cadastrada no SisHiperdia		Caramujo (Norte I) n=843 (%)	Engenho do Mato (Leste Oceânica) n=549 (%)	Ilha da Conceição (Baía I) n=589 (%)	Maruí (Norte II) n=545 (%)	Matapaca (Pendotiba) n=997 (%)	Souza Soares (Baía II) n=733 (%)	Niterói* n=15208 (%)	Niterói** n=482.836 (%)
Sexo	Masculino	270 (32,00)	220 (40,70)	220 (37,40)	212 (38,90)	394 (39,52)	288 (39,30)	5479 (36,03)	223.409 (46,27)
	Feminino	573 (68,00)	329 (59,93)	369 (62,60)	333 (61,10)	603 (60,48)	445 (60,70)	9729 (63,97)	259.433 (53,73)
Faixa etária	0 a 19 anos	1 (0,10)	1 (0,18)	2 (0,33)	1 (0,18)	4 (0,40)	0	54 (0,36)	109.441 (22,67)
	20 a 39 anos	96 (11,40)	63 (11,47)	19 (3,22)	50 (9,17)	93 (9,33)	42 (5,72)	1572 (10,34)	155.808 (32,27)
	40 a 59 anos	374 (44,40)	242 (44,08)	162 (27,50)	266 (48,81)	493 (49,45)	249 (33,96)	7119 (46,81)	133.962 (27,74)
	60 a 79 anos	330 (39,10)	223 (40,62)	311 (52,80)	204 (37,43)	349 (35,00)	320 (43,65)	5669 (37,28)	69.159 (14,32)
	80 anos e mais	42 (5,00)	20 (3,64)	95 (16,12)	24 (4,40)	58 (5,82)	122 (16,64)	794 (5,22)	14.466 (3,00)
Cor/Raça	Branca	306 (36,30)	321 (58,4)	361 (61,29)	192 (35,23)	531 (53,23)	268 (36,56)	6368 (41,87)	305.647 (63,91)
	Preta	281 (33,30)	86 (15,67)	40 (6,79)	168 (30,82)	208 (20,86)	229 (31,24)	4169 (27,41)	44.523 (9,31)
	Parda	251 (29,80)	11 (2,00)	184 (31,23)	170 (31,19)	7 (0,70)	4 (0,54)	4361 (28,68)	124.556 (26,04)
	Amarela	4 (0,50)	129 (23,50)	6 (1,01)	13 (2,38)	251 (25,17)	254 (34,65)	279 (1,83)	2.803 (0,59)
	Indígena	1 (0,10)	2 (0,36)	0	2 (0,37)	0	0	31 (0,20)	753 (0,16)
Renda familiar	< 3 SM***	95,30%	70,50%	78,30%	78,90%	95,40%	85,40%	83,97%	64,46%
Escolaridade	Analf/Alf/Fl ^a	531 (62,99)	355 (64,66)	366 (62,14)	375 (68,81)	659 (65,80)	496 (67,67)	10049 (66,07)	116.827 (26,79)
	FC/MI ^b	214 (25,39)	126 (22,95)	133 (22,58)	129 (23,67)	203 (20,36)	130 (17,33)	2290 (15,06)	61.857 (14,19)
	MC/SI ^c	94 (11,15)	60 (10,93)	86 (14,60)	39 (7,16)	120 (12,04)	99 (14,05)	2400 (15,78)	140.535 (32,23)
	SC ^d	4 (0,47)	8 (1,46)	4 (0,68)	2 (0,37)	8 (1,81)	8 (1,09)	469 (3,08)	116.814 (26,79)

Fonte: SIS-HIPERDIA/FMS/PMF Niterói.

*Dados dos cadastrados no SISHIPERDIA.

**Dados IBGE Censo 2010 <http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=330330&search=rio-de-janeiro|niteroi|inogr%E1ficos:evolu%E7%E3o-populacional-e-pir%E2mide-et%E1ria>, para escolaridade, os valores são para residentes maiores de 10 anos.

***Renda familiar inferior a 3 salários mínimos. Salário mínimo nacional em 2012: R\$ 622,00.

^aAnalfabeto, ^bAlfabetizado, ^cFundamental Incompleto; ^dFundamental Completo+Médio Incompleto; ^eMédio Completo+Superior Incompleto; ^fSuperior Completo.**Tabela 2.** Distribuição das complicações apresentadas pelos usuários cadastrados no SisHiperdia das Unidades do Programa Médico de Família selecionadas.

População cadastrada no SisHiperdia		Caramujo (Norte I) n=843 (%)	Engenho do Mato (Leste Oceânica) n=549 (%)	Ilha da Conceição (Baía I) n=589 (%)	Maruí (Norte II) n=545 (%)	Matapaca (Pendotiba) n=997 (%)	Souza Soares (Baía II) n=733 (%)	Niterói n=15208 (%)
Fatores de risco	Sedentarismo	574 (68,09)	198 (36,06)	250 (42,44)	446 (81,83)	615 (61,68)	528 (72,03)	10128 (66,60)
	Sobrepeso	381 (45,19)	260 (47,36)	248 (42,10)	287 (52,66)	502 (50,35)	433 (59,07)	7924 (52,10)
	Tabagismo	210 (24,91)	100 (18,21)	128 (21,73)	112 (20,55)	214 (21,46)	155 (21,14)	3348 (22,01)
Diagnósticos	HAS	645 (76,50)	401 (73,04)	442 (75,04)	387 (71,00)	724 (72,62)	574 (78,30)	11330 (74,50)
	DM	16 (1,90)	18 (3,28)	26 (4,41)	15 (2,75)	46 (4,61)	23 (3,13)	550 (3,62)
	Ambos	182 (21,60)	130 (23,68)	121 (20,54)	143 (26,24)	227 (22,77)	136 (18,55)	3328 (21,88)
Complicações	Amputação	2 (0,23)	3 (2,02)	1 (0,68)	4 (5,60)	4 (0,40)	1 (0,62)	76 (0,50)
	AVC	29 (3,44)	19 (3,46)	21 (3,56)	32 (5,87)	50 (5,01)	23 (3,13)	594 (3,91)
	Coronariopatia	38 (4,50)	21 (3,82)	47 (7,97)	28 (5,14)	39 (3,91)	15 (2,04)	711 (4,68)
	Doença Renal	23 (2,72)	12 (2,18)	17 (2,88)	17 (3,12)	14 (1,40)	7 (0,95)	294 (1,93)
	IAM	19 (2,25)	20 (3,64)	19 (6,57)	31 (5,69)	28 (2,81)	11 (1,50)	439 (2,89)
	Pé diabético	5 (0,59)	4 (2,70)	1 (0,68)	4 (3,50)	9 (3,30)	3 (1,88)	123 (0,81)

Fonte: SIS-HIPERDIA/FMS/PMF Niterói.

*Percentuais calculados sobre o número total de diabéticos ("diabetes" e "ambos").

Os dados mostram que em média, há entre os seis módulos 49,5%, 60,3% e 21,3% usuários que além da HAS e DM também estão com excesso de peso, são inativos e tabagistas, respectivamente. Na **Tabela 2** também observamos as frequências das complicações decorrentes das

DCNT dos usuários cadastrados no SisHiperdia por módulo estudado e o total dos módulos de PMF de Niterói. Nota-se que em média, mais de 1/5 dos pacientes estão acometidos pelas duas morbidades e, 19,73%, 29,29%, 26,44%, 30,61%, 29,15%, 21,14% dos usuários, convivem além de

sua morbidade de base, com amputação, acidente vascular cerebral, coronariopatia, doença renal, infarto agudo do miocárdio e pé diabético, respectivamente.

DISCUSSÃO

Este trabalho está contextualizado no primeiro eixo do Plano de Enfrentamento da DCNT² que trata da vigilância, informação, avaliação e monitoramento dos indicadores de saúde. Assim, a partir da avaliação destes, pode-se planejar ações de educação, promoção, proteção e apoio em saúde voltadas para a realidade da população adscrita cadastrada no SisHiperdia.

Em ações de promoção da saúde, precisa-se ponderar os determinantes sociais, como acesso ao emprego, habitação, saneamento e serviços de saúde¹⁵ sobre as condições de saúde do usuário, além de outras condições sócio-econômicas como renda e escolaridade que estão fortemente associadas aos principais fatores de risco para DCNT²⁻³. Neste estudo observou-se que os usuários caracterizavam-se por baixo nível sócio econômico, panorama este esperado, pois durante o processo de implementação do PMF no município, escolheu-se como locais para a instalação dos módulos, aqueles sem equipamentos sociais do poder público, carentes de infraestrutura de saúde e com aglomeração de população de baixa renda¹².

A Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde propõe a promoção da equidade em saúde através da melhoria das condições de vida, combate à distribuição desigual de poder, financiamento e de recursos. Há necessidade da real integralidade das ações entre os setores, ao invés da fragmentação e isolamento que retira a efetividade e eficiência dos programas e políticas públicas de promoção da saúde¹⁶. No entanto, ainda não havia sido implementadas ações de educação em saúde que incluíssem a discussão sobre os determinantes sociais às atividades de planejamento das referidas ações.

Os indivíduos em condições de vulnerabilidade social, tal qual os deste presente estudo, estão diretamente relacionados à exposição a um ou mais fatores de risco principais das DCNTs tais como o tabagismo, ingestão prejudicial de álcool, alimentação não saudável, sobrepeso e inatividade física¹⁵. As médias do presente estudo para tabagismo e inatividade física são maiores que as reportadas no Brasil¹⁷, Rússia, México e África do Sul¹⁸. Destaca-se que estes dados são de pessoas portadoras de HAS e DM isoladas ou associadas, ou seja, as ações instrumentar os usuários para mudanças no estilo de vida que conduzem a comportamentos de risco para DCNT.

Schmidt et al.³ verificaram que no Brasil as ações de prevenção e cuidado relacionados a estes fatores de risco

ainda são precárias no sistema de saúde brasileiro. Em Niterói por exemplo, o controle de hipertensão apresentou inadequação média elevada, mesmo entre os usuários que regularmente iam às unidades de saúde para adquirir os medicamentos¹¹. Outro ponto, é a baixa oferta de ações de alimentação e nutrição na rede de atenção básica de saúde¹⁹, apesar de “elevada prevalência de consumo de alimentos não saudáveis tidos como fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis – DCNT – na população brasileira”²⁰.

Em média, as unidades estudadas apresentaram taxa de complicações decorridas do DM isolado ou associado à HAS inferior à nacional³ isto pode ser devido a rede de cuidado da unidade como por exemplo, as visitas domiciliares realizadas por agentes comunitários e outros profissionais de saúde aos usuários que apresentavam estas complicações. A HAS, o DM, os fatores de risco e as complicações decorrentes estão fortemente relacionadas com a repressão das atividades cotidianas, de lazer e laborais, agravamento das iniquidades e morte prematura promovendo a redução da qualidade de vida para os portadores destas enfermidades por um lado, e o aumento no custo social brasileiro, pelo outro⁶.

Os desafios para o enfrentamento das DCNT estão postos para serem vencidos, tanto a nível nacional quanto mundial. O Plano de Ação para a Prevenção e Controle das DCNTs da Organização Mundial da Saúde²¹ tem por objetivo reduzir em 25% a mortalidade causada por DCNT em 2025, para tanto é necessário o encorajamento de estilo de vida saudável, promoção da saúde, empoderamento dos indivíduos, estratégias para ações efetivas sobre os fatores de risco modificáveis e estruturação da atenção básica como ponto estratégico²². No Brasil, o foco será o de intensificar estratégias intersetoriais que proporcionem um ambiente favorável às escolhas de estilo de vida saudáveis para a população em geral, ofereça assistência aos portadores de DCNT mediante modelos de atenção a condições crônicas com base em experiências locais; qualificação e expansão da Estratégia Saúde da Família; ampliação do acesso a medicamentos custo-efetivos; viabilização maior comunicação entre a atenção básica e outros níveis de cuidado.

Os sistemas de vigilância da saúde e da alimentação no Brasil, fontes de informações para o conhecimento da distribuição magnitude e tendência das DCNT e agravos e seus fatores de risco, são fundamentais para o planejamento das ações e estratégias nesta área. A atenção básica em Niterói, efetivada no Programa Médico de Família, necessita de recursos políticos, financeiros e humanos para que sejam concretizadas as ações de promoção da saúde.

Ressalva-se que o trabalho com dados pré existentes tem suas limitações, como por exemplo, o preenchimento inadequado do formulário, erros de digitação, valhas

no sistema, duplicidade dos dados e da qualidade dos dados registrados e manutenção da integridade dos dados registrados em papel²³⁻²⁴. Neste estudo, assim como também no de Santos e Moreira²⁵ observou-se o preenchimento irregular das fichas de cadastro dos usuários inseridos no Programa de Atenção à Hipertensão e ao Diabetes, ausência de dados importantes, e deficitária inclusão dos dados no SisHiperdia.

Assim, o perfil dos usuários cadastrados nos sistemas de informações referidos é em sua maioria mulheres, de baixo nível sócio econômico, sedentários, com excesso de peso e, percentual de tabagistas maior do que a média nacional, residentes em áreas de vulnerabilidade social e com pouca infraestrutura para atividades físicas de lazer. Além disso, observou-se que importantes complicações das DCNT já se fazem presentes entre os usuários. A observação dos dados leva a recomendar o planejamento de atividades intersectoriais mais efetivas para redução do tabagismo e sobrepeso, e estímulo à prática de exercícios físicos de lazer para minimizar os riscos, de acordo com a realidade de cada módulo. Assim como também, no manejo das ações de cuidado e controle para as morbidades instaladas no sentido de se evitar as complicações.

REFERÊNCIAS

1. Kac G, Velásquez-Meléndez G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Suppl 1):S4-S5. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000700001>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
3. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*. 2011;377:1949-61. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9)
4. Santos MAS, Oliveira MM, Andrade SSCA, Nunes ML, Malta DC, Moura L. Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(3):389-98. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300005>
5. Malta DC, Gosch CS, Buss P, Rocha DG, Rezende R, Freitas PC, Akerman M. Doenças crônicas não transmissíveis e o suporte das ações intersectoriais no seu enfrentamento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(11):4341-50. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.07712014>
6. LN, Senna MAA, Gouvêa MV, Aboud S, Fernandez VS. A pesquisa como dispositivo para o exercício no PET-Saúde UFF/FMS Niterói. *Rev Bras Educ Med*. 2011;35(3):435-40. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000300019>
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo IBGE 2010. Características da população e dos domicílios. Resultados do universo Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
8. D'Ercole R. Niterói lidera lista da riqueza, segundo FGV. *Jornal O Globo* [Internet]. 2011 Jun 27 [capturado 2014 Mar 17]. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/economia/niteroi-lidera-lista-da-riqueza-segundo-fgv-2757154>
9. Plano municipal de doenças crônicas [não publicado]. Niterói; 2012.
10. Souza BSN. Fatores associados ao inadequado controle da pressão arterial de adultos hipertensos assistidos pelo Programa Médico de Família de Niterói, RJ [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2010.
11. Hübner LCM, Franco TB. O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. *Physis*. 2007;17(1):173-91. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100010>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva e Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria Conjunta nº 112, de 19 de junho de 2002. Programa de Assistência à Hipertensão e Diabetes. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
13. Prefeitura Municipal de Niterói. Niterói que queremos. [Internet]. 2013 [citado 2014 Mar 20] Disponível em: <http://www.niteroi.quequeremos.com.br>
14. Silva DAS, Peres KG, Boing AF, González-Chica DA, Peres MA. Clustering of risk behaviors for chronic noncommunicable diseases: A population-based study in southern Brazil. *Prev Med*. 2013;56(1):20-4. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.10.022>
15. Smith JA. BRIC Becomes BRICS: changes on the geopolitical chessboard. *Foreign Pol. J* [Internet]. 2011 Jan 21 [capturado 2015 Aug 3]. Disponível em: <http://www.foreignpolicyjournal.com/2011/01/21/bric-becomes-brics-changes-on-the-geopolitical-chessboard/2/>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
17. Lloyd-Sherlock P, Beard J, Minicuci N, Ebrahim S, Chatterji S. Hypertension among older adults in low- and middle-income countries: prevalence, awareness and control. *Int J Epidemiol*. 2014;43(1):116-28. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt215>
18. Jaime PC, Silva ACFD, Lima AMCD, Bortolini GA. Food and nutrition actions in primary healthcare: the experience of the Brazilian government. *Rev Nutr*. 2011;24:6,809-24. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000600002>
19. Claro RM, Santos MAS, OTP liveira, Pereira CA, Szwarcwald CL, Malta DC. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(2):257-65. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200008>
20. World Health Organization: Draft Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. A66/9, Appendix 3 (Endorsed WHA May 2013). Geneva: WHO; 2013.

21. Magnusson RS, Patterson D. The role of law and governance reform in the global response to non-communicable diseases. *Global Health*. 2014;10:44. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-10-44>
22. Almeida MF, Alencar GP, França I Jr, Novaes HM, Siqueira AA, Schoeps D, Campbell O, Rodrigues LC. Validation of birth certificates based on data from a case-control study. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(3):643-52. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000300019>
23. Ferreira CLRA, Ferreira MG. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema HiperDia. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2009;53(1):80-6. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302009000100012>
24. Santos JC, Moreira TMM. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(5):1125-32. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000500013>