

FACULDADE LABORO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

CHARLES LEONARDO MARINHO E SOUSA

**PREVALÊNCIA DE DIABETES E HIPERTENSÃO EM SÃO LUÍS ENTRE OS ANOS
2010 A 2013: revisão de literatura**

São Luís – MA
2019

CHARLES LEONARDO MARINHO E SOUSA

**PREVALÊNCIA DE DIABETES E HIPERTENSÃO EM SÃO LUÍS ENTRE OS ANOS
2010 A 2013: revisão de literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde da Família e
Comunidade da Faculdade Laboro para obtenção do
título de Especialista.

Orientador: Prof. Lídia Rosa

São Luís – MA
2019

Sousa, Charles Leonardo Marinho e

Prevalência de diabetes e hipertensão em São Luís entre os anos 2010 a 2013: revisão de literatura / Charles Leonardo Marinho e Sousa -. São Luís, 2019.

Impresso por computador (fotocópia)

15 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-graduação em Saúde da Família e Comunidade) Faculdade LABORO. -. 2019.

Orientador: Profa. Lídia Rosa

1. Diabetes. 2. Hipertensão. 3. Doenças Crônicas. 4. Prevalência. I. Título.

CDU: 616.379-008.64

CHARLES LEONARDO MARINHO E SOUSA

**PREVALÊNCIA DE DIABETES E HIPERTENSÃO EM SÃO LUÍS ENTRE OS ANOS
2010 A 2013: revisão de literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde da Família e
Comunidade da Faculdade Laboro para obtenção do
título de Especialista.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Lídia Rosa (Orientador)
Faculdade Laboro

Examinador 1

Examinador 2

PREVALÊNCIA DE DIABETES E HIPERTENSÃO EM SÃO LUÍS ENTRE OS ANOS 2010 A 2013: revisão de literatura

Charles Leonardo Marinho e Sousa¹

RESUMO

Os conhecimentos sobre a natureza das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sua ocorrência, seus fatores de risco e populações em risco também estão em transformação. Estudos epidemiológicos indicam que diabetes e hipertensão são condições comumente associadas, onde as doenças cardiovasculares são as principais causas de mortalidade em pessoas com diabetes. Devido a importância deste assunto dentro das políticas públicas, objetiva-se por meio deste estudo descrever a prevalência de Diabetes e Hipertensão na cidade de São Luís entre os anos de 2010 a 2013. Foram considerados estudos de publicações nacionais e periódicos indexados, impressos e virtuais, específicos da área (livros, monografias, dissertações e artigos). Foi possível perceber que a Hipertensão e o Diabetes são altamente prevalentes na população do estado do Maranhão e, por isso ressalta-se que é de extrema importância o controle rigoroso da pressão arterial, dos níveis glicêmicos e lipídicos a fim de reduzir os eventos cardiovasculares e a progressão de outras complicações.

Palavras-chave: Diabetes. Hipertensão. Doenças Crônicas. Prevalência.

PREVALENCE OF DIABETES AND HYPERTENSION IN SAO LUIS BETWEEN 2010 TO 2013: literature review

ABSTRACT

Knowledge about the nature of chronic noncommunicable diseases (NCDs), their occurrence, their risk factors, and their populations at risk is also changing. Epidemiological studies indicate that diabetes and hypertension are commonly

¹ Especialização em Saúde da Família e Comunidade pela Faculdade Laboro, 2019.

associated conditions, where cardiovascular disease is the leading cause of mortality in people with diabetes. Due to the importance of this subject within public policies, this study aims to describe the prevalence of diabetes and hypertension in the city of São Luís from 2010 to 2013. We considered studies of indexed, printed and virtual national and periodical publications. , specific to the area (books, monographs, dissertations and articles). It was possible to realize that Hypertension and Diabetes are highly prevalent in the population of the state of Maranhão and, therefore, it is emphasized that the strict control of blood pressure, glycemic and lipid levels is extremely important in order to reduce cardiovascular and cardiovascular events. the progression of other complications.

Keywords: Diabetes. Hypertension. Chronic diseases. Prevalence

1. INTRODUÇÃO

A saúde é um direito humano fundamental, amplamente aceito por todos os foros mundiais e todas as sociedades, sendo reconhecida como o maior e o melhor recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal. Saúde e qualidade de vida são dois temas estreitamente relacionados, fato que é possível de reconhecer no cotidiano das pessoas e que pesquisadores e cientistas concordam inteiramente. Ou seja, entende-se que a saúde contribui para melhorar a qualidade de vida e esta é fundamental para que um indivíduo ou comunidade tenha saúde (FIOCRUZ, 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o perfil sanitário mundial está se alterando rapidamente, especialmente nos países em desenvolvimento. Os conhecimentos sobre a natureza das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sua ocorrência, seus fatores de risco e populações sob risco também estão em transformação. A OMS reforça a importância do reconhecimento do caráter pandêmico das DCNT e a necessidade da tomada de ações imediatas para combatê-las, uma vez que essas doenças são as principais causas de mortes no mundo (OMS, 2005).

Em 2008, dos 57 milhões de óbitos ocorridos no mundo, 36 milhões, ou 63,0%, podem ser atribuídos às DCNT, principalmente as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica (ALWAN et al, 2010).

Estudos epidemiológicos indicam que diabetes e hipertensão são condições comumente associadas. As doenças cardiovasculares são as principais causas de mortalidade em pessoas com diabetes. Atualmente, doenças crônicas como o diabetes e a hipertensão arterial sistêmica representam um importante problema de Saúde Pública para o Brasil. O levantamento de dados e análise sobre essas doenças são de fundamental importância.

Segundo Alberti; Zimmet (2012) o Diabetes Mellitus (DM) é um transtorno metabólico caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina.

De acordo com dados da Sociedade Brasileira de Diabetes, estudos apontam que até 2025 o maior aumento na incidência do diabetes está previsto para os países em desenvolvimento, e que a cada ano 7 milhões de pessoas desenvolvem diabetes e que no Brasil, 90% dos casos ocorrem em pacientes obesos com mais de 40 anos e os fatores causais são múltiplos e relacionados a uma predisposição genética correlacionada a fatores ambientais como estresse, obesidade, maus hábitos alimentares, fumo, hipertensão e sedentarismo (SBEM, 2012).

Objetiva-se por meio deste estudo descrever a prevalência de Diabetes e Hipertensão na cidade de São Luís entre os anos de 2010 a 2013.

Para a realização deste trabalho adotou-se como procedimento técnico a revisão narrativa de literatura, que se trata daquela feita através de informações levantadas em dados bibliográficos e documentos já publicados sobre determinado assunto. Foram considerados estudos de publicações nacionais e periódicos indexados, impressos e virtuais, específicos da área (livros, monografias, dissertações e artigos), através de pesquisas com os seguintes descritores: “Diabetes”; “Hipertensão”; “Doenças Crônicas” e “Prevalência”.

2. REVISÃO DE LITERATURA

No Brasil, às famílias vem sofrendo transformações e o estado tem como desafio oferecer qualidade de vida para a família, principalmente no nível socioeconômico. Ou seja, é necessário o desenvolvimento de políticas sociais condizente com as suas reais

necessidades. A família é o elemento natural e fundamental da sociedade e tem direito à proteção desta e do Estado. (SANTOS; SANTOS, 2015)

A Política Nacional de Assistência (2004) coloca o eixo estruturante da “Matricialidade Familiar” como forma de garantir a inclusão sociocultural de grande parcela da população brasileira fruto das desigualdades econômicas, sociais, políticas e culturais causada pela perspectiva capitalista de desenvolvimento. Este princípio significa que “a família é o núcleo social básico de acolhida, convívio, autonomia, sustentabilidade e protagonismo social” e que para isso a “família deve ser apoiada e ter acesso a condições para responder ao seu papel no sustento, na guarda e na educação de suas crianças e adolescentes, bem como na proteção de seus idosos e portadores de deficiência” (NOB/ SUAS, 2005, p.90).

Nesse contexto, as políticas públicas, juntamente com a participação do estado, que é o responsável pela orientação dos gastos públicos para as famílias mais vulneráveis e desprovidas das necessidades sociais, têm contribuído para acalantar as condições desfavoráveis da família pobre, reconhecendo-a como potencializadora desses recursos, onde seus direitos sejam perpetuados. (IPEA, 2011)

É importante, olhar a família na sua vulnerabilidade e fragilidade, reconhecendo sua heterogeneidade. Atualmente, é possível indicar que as ações desenvolvidas pelo Estado têm um contexto primordial ao garantir o mínimo de dignidade às famílias.

A família tem sido cada vez mais requisitada pelo Estado a assumir responsabilidades na gestão de determinados segmentos, como: criança e adolescente, idosos, portadores de necessidades especiais, conforme estabelecem os estatutos de todos os segmentos existentes, que é “dever da família, da comunidade, da sociedade civil e do Estado, assegurar atendimento e a garantia de direitos dos mesmos”.

O desafio atual das políticas públicas que visam à proteção social é pensar e repensar a família buscando superar velhas ações e concepções centradas na focalização e estratificação da proteção social a partir das famílias.

O Sistema Público de Saúde vigente no Brasil atualmente resultou de décadas de luta de um movimento chamado Movimento da Reforma Sanitária, sendo instituído posteriormente pela Constituição Federal (CF) de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080 e 8.142. Esse Sistema foi denominado Sistema Único de Saúde (SUS). Algumas

características desse sistema de saúde, começando pelo mais essencial, dizem respeito à colocação constitucional de que Saúde é Direito do Cidadão e Dever do Estado. (CARVALHO, 2013)

Através deste sistema ocorreu um significativo aumento da quantidade de Unidades Básicas de Saúde (UBS), melhorando assim a qualidade do serviço prestado. Por conta disso iniciou-se a busca de um modelo de atenção básica que concretizasse ações integrais em serviços de saúde, foi criado então, no ano de 1994 através do Ministério da Saúde o Programa Saúde da Família (PSF), tendo como principal foco a família integrada e a prevenção de doenças, visando à proteção e à promoção à saúde. (CASTRO et al., 2010).

Posteriormente formulou-se o Estratégia Saúde da Família (ESF) que integrou os princípios básicos do SUS (universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade). (BRASIL, 2007).

A descentralização de recursos e responsabilidades para os estados e, principalmente, para os municípios, constitui-se em um dos mais importantes elementos desse processo. Contudo, dadas às características do país e de seu modelo federativo, tornase imprescindível a articulação entre os diversos níveis de governo de modo a garantir que toda a população tenha acesso ao sistema, em todos os seus níveis de atenção com qualidade, independente do local de residência.

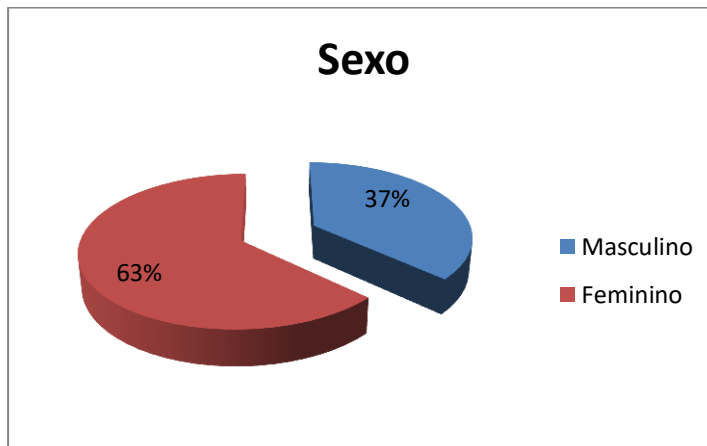
Em relação ao Maranhão, o cenário geral da caracterização do estado aponta vulnerabilidade social, tendo em vista a distribuição desigual de profissionais de saúde no estado. (IPEA, 2014). O sistema de informações sobre mortalidade (SIM) aponta que as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças endócrinas e as causas externas representaram 64,2% do total de óbitos por causas conhecidas em São Luís, 61,8% no Maranhão, 66,4% no Nordeste e 67,6% no Brasil.

O município de São Luís está localizado na região Nordeste do Brasil, capital do estado do Maranhão trata-se de uma cidade com área de 828,01 km², possuindo atualmente 1.014.837 habitante.

Os gráficos a seguir apresentam dados epidemiológicos relacionados à Hipertensão com Diabetes de acordo com o Sistema de Informação e Agravos e Notificação (SINAN) entre os anos de 2010 a 2013.

Em relação ao sexo, nota-se que predomina o sexo feminino (63%) em relação ao masculino (37%). Tal fato se deve em especial pelo aumento da expectativa de vida das mulheres, que segundo Oliveira-Campos et al., (2013) esse fato faz com que muitas idosas passem pela experiência de debilitação biológica, ou seja, a medida que a idade aumenta a qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência.

Gráfico 1 – Sexo



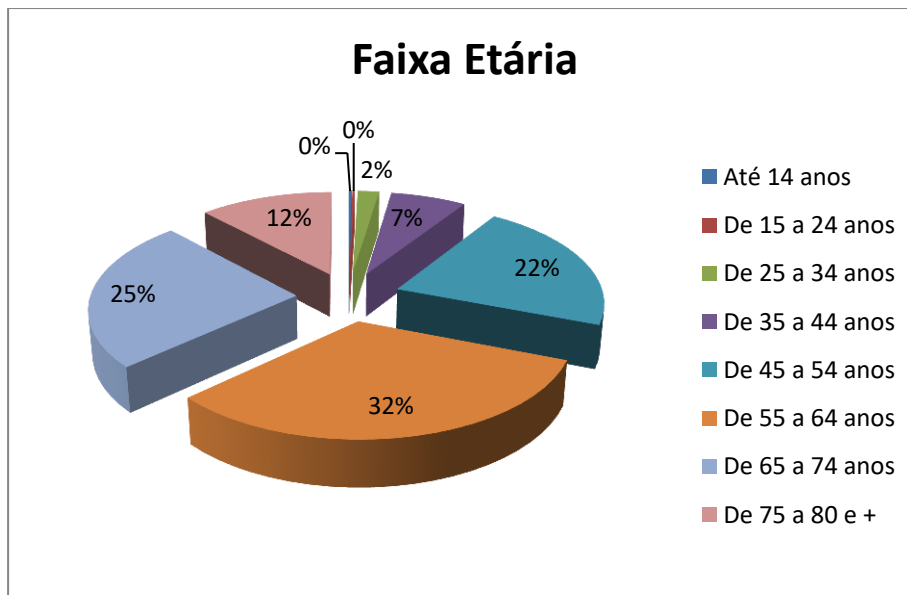
Fonte: SINAN/DATASUS

De acordo com Castro et al (2010) a angústia, depressão, estresse, ansiedade e distúrbios no sono são fatores que associados aos novos papéis da mulher na sociedade, bem como o acúmulo de funções fazem com que as mesmas adquiram doenças consideradas crônicas. A seguir, temos os dados relativos a faixa etária.

A faixa etária predominante foi a de 55 a 64 anos (32%), seguida de 65 a 74 anos (25%) e 45 a 54 anos (22%), os outros dados apresentam menor porcentagem.

De fato, o envelhecimento aumenta a probabilidade de acometimento de DCNT. No Brasil, segundo Veras (2009) as DCNT atingem cerca de 72% das mortes, acometendo principalmente indivíduos com menor poder aquisitivo, baixa escolaridade e idosos. Onde, anualmente, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais.

Gráfico 2 – Faixa etária

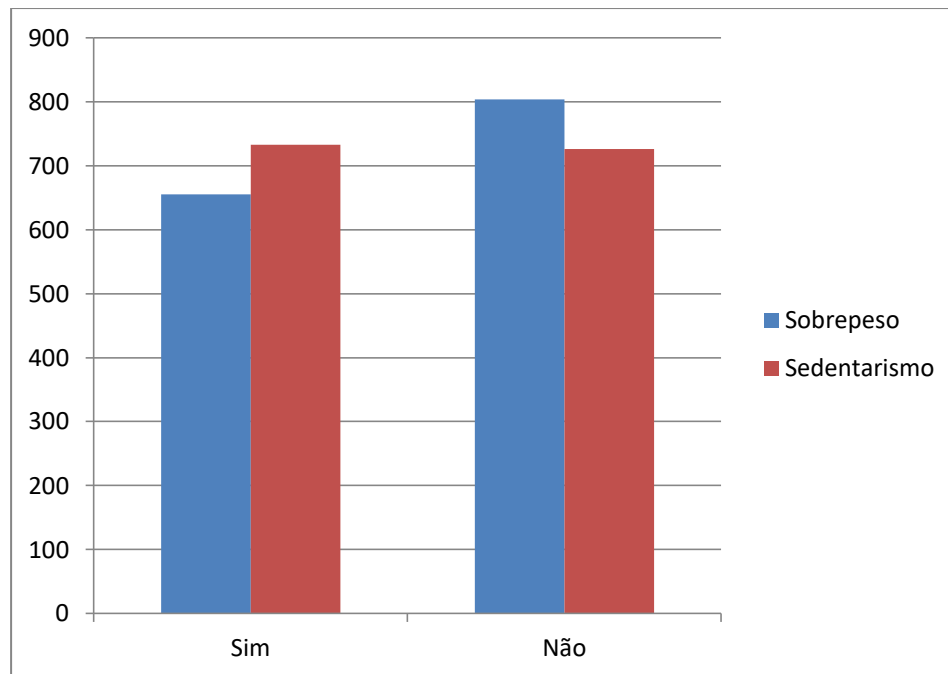


Fonte: SINAN/DATASUS

Coutinho et al., (2010) acrescenta que esse envelhecimento constante vai requerer maior comprometimento da equipe de saúde, exigindo mais ações e procedimentos dos profissionais que trabalham no Sistema Único de Saúde, uma vez que essas doenças perduram por anos e ocasionam sobrecarga nos serviços de saúde. Os próximos dados são referentes aos índices de sobrepeso e sedentarismo.

Os dados relacionados a sobrepeso e sedentarismo como causa da diabetes e hipertensão apontam que o sedentarismo tem um número maior (733) do que o sobrepeso (655). Rocha-Brischiliar et al., (2014) aponta que a obesidade tem associações positivas para outros problemas de saúde como os cardiovasculares e cerebrovasculares, distúrbios metabólicos, diferentes tipos de câncer, doenças do aparelho digestivo, entre outras.

Gráfico 3 – Sobrepeso e sedentarismo



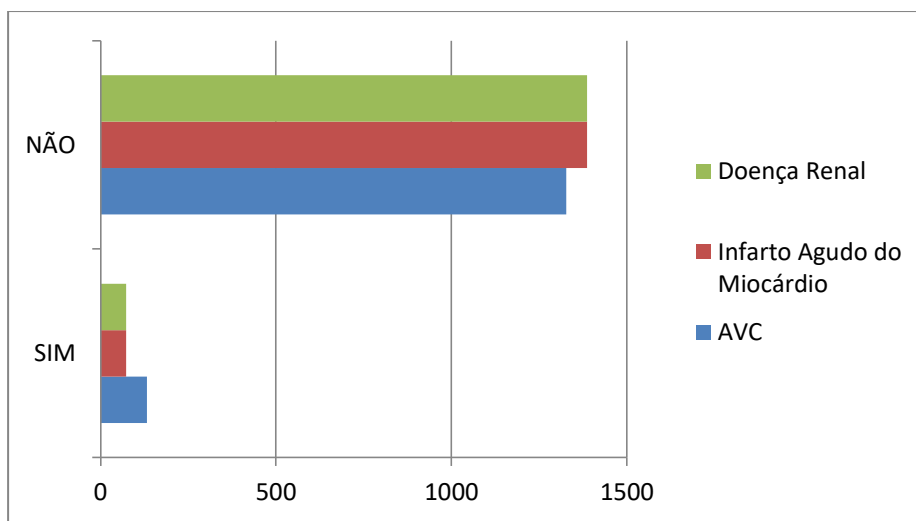
Fonte: SINAN/DATASUS

O sobrepeso e o sedentarismo são a porta de entrada para a obesidade, em pesquisa realizada pelo VIGITEL utilizando dados do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, ficou claro que indivíduos com IMC mais elevado tiveram maior prevalência de doenças autorreferidas, como o diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica (HAS), infarto do miocárdio, derrame ou acidente vascular encefálico (AVE), dislipidemia e osteoporose. (BRASIL, 2009; GIGANTE et al., 2009)

Os dados a seguir apresentam a doença renal, o infarto agudo do miocárdio e AVC como causa em diabéticos e hipertensos.

Notou-se que os indivíduos diabéticos com hipertensão apresentaram um número relativamente baixo de patologias associadas, como a doença renal (73), o infarto agudo do miocárdio (72) e o AVC (132).

Gráfico 4 – Doença Renal, Infarto Agudo do Miocárdio e AVC

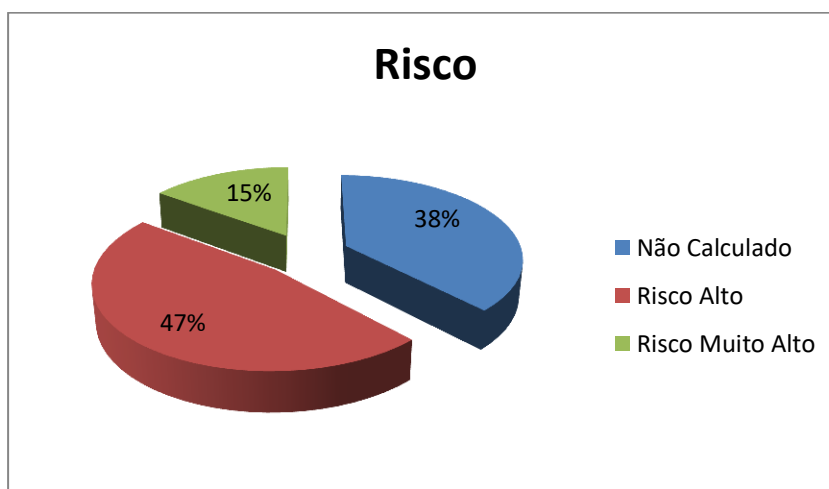


Fonte: SINAN/DATASUS

A taxa de internação por acidente vascular cerebral (AVC) é uma forma indireta de avaliação da disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle da doença hipertensiva e também é útil para subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a atenção à saúde do adulto.

No estado do Maranhão segundo dados do Ministério da Saúde, no início dos anos 2000 essa taxa foi crescente, apresentando tendência de estabilidade no final dos anos 2000. (BRASIL, 2011)

Gráfico 6 – Riscos



Fonte: SINAN/DATASUS

Nascimento; Pereira; Sardinha (2010) acrescenta que a prevalência de hipertensão em diabéticos é pelo menos duas vezes maior do que na população em geral. No diabetes tipo 1, a hipertensão se associa a nefropatia diabética e o controle da pressão arterial é crucial para retardar a perda de função renal. No diabetes tipo 2, a hipertensão se associa à síndrome metabólica, à insulina e ao alto risco cardiovascular. O tratamento não farmacológico (atividade física regular e dieta apropriada) torna-se obrigatório para reduzir a resistência à insulina.

A identificação dos fatores de risco das DCNT permite ações de saúde pública, direcionadas à redução da morbimortalidade e melhor qualidade de vida da população conforme condições de vida diferenciadas por região.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão e o Diabetes são altamente prevalentes na população do estado do Maranhão e, por isso vale ressaltar que é de extrema importância o controle rigoroso da pressão arterial, dos níveis glicêmicos e lipídicos a fim de reduzir os eventos cardiovasculares e a progressão de outras complicações.

A idade avançada, inatividade física, obesidade e história prévia de doenças cardiovasculares são fatores de risco importantes. Para controle e prevenção desse tipo de quadro, são importantes os cuidados na atenção primária, secundária e terciária com garantia ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento com profissionais capacitados, a fim de reduzir a morbimortalidade, além da redução dos custos para o sistema de saúde e a sociedade.

REFERÊNCIAS

- ALWAN A, et al., Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. **Lancet**. 2010;376(9755):1861-8.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- BRASIL. Programa Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Ano II. Brasília, 2007.
- BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, 2009.
- BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Norma Operacional Básica do SUAS – NOB/SUAS**. Brasília, 2005.
- CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. O lugar da família na política social. In: _____. **A família contemporânea em debate**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 15-22.
- CASTRO, R.A.A., et al. Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica na Cidade de Formiga, MG. **Arq Bras Cardiol** 2010; 88(3):334-339
- COUTINHO, J.G. et al., A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cad Saude Publica**. 2008;24(supl. 2):332-40.
- GIGANTE, D.P. et al. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil 2006. **Rev Saude Publica**. 2009;43(supl. 2):83-9.
- IPEA, CODE. **A Família Como Centralidade Nas Políticas Públicas: a Constituição da Agenda Política da Assistência Social no Brasil e as Rotas de Reprodução das Desigualdades de Gênero**. Anais do I Circuito de Debates Acadêmicos, 2011.
- OLIVEIRA-CAMPOS, M. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(3):873-882, 2013.
- ROCHA-BRISCHILIARI, S.C. et al. Doenças Crônicas não Transmissíveis e Associação com Fatores de Risco. **Rev Bras Cardiol**. 2014;27(1):35-42 janeiro/fevereiro.
- SANTOS, J.S.; SANTOS, J.S. **Família e políticas públicas: Uma questão social**. XII Congresso Nacional de Educação. PUC – Paraná, 2015.

Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Rev Bras Hipertens.** 2006; 13 (4): 260-312. 12.

VERAS R.F. Aspectos sócio-demográficos que influenciam na adesão ao tratamento antihipertensivo. **Rev Rene** (Fortaleza). 2009;10(3):132-8.

OMS. World Health Organization. **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.