

**MORTALIDADE E ACOMPANHAMENTO DO DIABETES E DA HIPERTENSÃO NA
ATENÇÃO BÁSICA DE UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO**Ivna Vidal Freire^aJules Ramon Brito Teixeira^bMailson Fontes de Carvalho^cTayana Kayre Assunção Santos^dIcaro José Santos Ribeiro^e**Resumo**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) têm elevada morbimortalidade, estando seu descontrole relacionado à baixa taxa de adesão à terapêutica e aos serviços de atenção básica à saúde. Assim, o objetivo deste artigo foi analisar o cadastramento e o acompanhamento de indivíduos acometidos por DM e HAS e verificar a mortalidade relacionada ao DM e a doenças cardiovasculares (DCV) num município do Nordeste brasileiro. Trata-se de um estudo descritivo, com dados do Sistema de Informações da Atenção Básica e de informações de mortalidade da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, coletados entre os anos de 2008 e 2013. Pôde-se constatar que a média de hipertensos cadastrados e acompanhados foi de 4.364 (\pm 652) e 3.862 (\pm 548), e, a de diabéticos, 1.076 (\pm 222) e 9.68 (\pm 190), respectivamente. A taxa global de acompanhamento de hipertensos e diabéticos foi de 88,6% e 90,2%, respectivamente. Evidenciou-se diferença estatisticamente significativa na comparação do grupo de cadastrados e acompanhados na maioria dos anos estudados ($p < 0,001$). Identificou-se 178 óbitos

^a Doutoranda em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb). Bolsista Uesb. Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: vidal.ivna@gmail.com

^b Doutor em Enfermagem. Bolsista do Programa Nacional de Pós Doutorado/Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Docente colaborador da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: julesramon@gmail.com

^c Doutor em Ciências da Saúde. Docente da Universidade Federal do Piauí. Picos, Piauí, Brasil. E-mail: mailsoncarvalho@yahoo.com.br

^d Enfermeira. Secretaria Municipal de Ubatã. Ubatã, Bahia, Brasil. E-mail: tayassuncao@hotmail.com

^e Doutor em Ciências da Saúde. Pesquisador do Grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida (Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia). Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: icaro.ribeiro29@gmail.com

Endereço para correspondência: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Av. José Moreira Sobrinho, s/n, Jequeizinho. Jequié, Bahia, Brasil. CEP: 45.206-190. E-mail: icaro.ribeiro29@gmail.com

por DM e 446 por DCV, dentre as quais prevaleceram doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares. Conclui-se que as taxas de cadastramento e acompanhamento foram consideradas satisfatórias, apontando para a efetividade da atenção básica à saúde dessa população, ainda que consideradas as limitações do estudo. Por fim, evidenciou-se o seguimento da tendência global de elevação das taxas de mortalidade por DM e DCV.

Palavras-chave: Diabetes. Hipertensão. Atenção Primária à Saúde.

DIABETES AND HYPERTENSION MORTALITY AND MONITORING IN PRIMARY CARE OF A NORTHEASTERN BRAZILIAN CITY

Abstract

Introduction: Systemic Arterial Hypertension (SAH) and Diabetes Mellitus (DM) have high morbi-mortality, and its lack of control is related to the low rate of adherence to treatment and primary health care services. Objective: to analyze the enrollment and follow-up of individuals affected by DM and SAH and to verify the mortality related to DM and cardiovascular diseases (CVD) in a municipality of the Northeast region of Brazil. Material and Methods: This is a descriptive study with data from the Primary Care Information System and mortality information from the Superintendence of Health Surveillance and Protection from 2008 to 2013. Results: The mean number of enrolled and monitored hypertensives was 4364 (\pm 652) and 3862 (\pm 548), and of diabetics, 1076 (\pm 222) and 968 (\pm 190), respectively. The overall rate of follow-up for hypertensive and diabetic patients was 88.6% and 90.2%, respectively. There was a statistically significant difference in the comparison of the group of patients enrolled and followed up in most of the studied years ($p < 0.001$). There were 178 deaths from MD and 446 from CVD, among which ischemic heart disease and cerebrovascular disease prevailed. Conclusions: enrollment and follow-up rates were considered satisfactory and point to the effectiveness of the basic health care of this population, although considering the limitations of the study. An overall trend of increasing mortality rates by DM and CVD was observed.

Keywords: Diabetes. Hypertension. Primary Health Care.

Resumen

La hipertensión arterial (HAS) y la diabetes mellitus (DM) tienen un alta morbimortalidad, y su falta de control está relacionada con la baja adherencia al tratamiento y a los servicios de la atención primaria de la salud. Se objetivó examinar el registro y seguimiento de las personas con diabetes e hipertensión y verificar la mortalidad relacionada con la DM y las enfermedades cardiovasculares (ECV) en un municipio del Noreste de Brasil. Se realizó un estudio descriptivo con los datos del Sistema de Información de Atención Básica y de informaciones sobre la mortalidad de la Superintendencia de Vigilancia y Protección de la Salud, recolectados entre 2008 y 2013. Se encontró que la media de hipertensos registrados y acompañados era de 4364 (\pm 652) y 3862 (\pm 548) y en los diabéticos, 1076 (\pm 222) y 968 (\pm 190), respectivamente. Las tasas de monitorización de la hipertensión y de la diabetes fueron del 88,6% y el 90,2%, respectivamente. Se evidencia una diferencia estadísticamente significativa en la comparación del grupo registrado y acompañado en la mayoría de los años estudiados ($p < 0,001$). Se identificaron 178 muertes por DM y 446 por ECV, entre estos se prevalecieron enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares. Se concluye que las tasas de registro y seguimiento fueron consideradas satisfactorias y apuntan a la efectividad de la atención primaria de salud en esta población, a pesar de las limitaciones del estudio. Se constató que las altas tasas de mortalidad por DM y ECV todavía siguen la tendencia global.

Palabras clave: Diabetes. Hipertensión. Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV), especialmente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade mundial. As abordagens efetivas do indivíduo, do sistema de saúde e da população para melhorar a saúde cardiovascular incluem melhorar os comportamentos de risco à saúde (tabagismo, inatividade física, nutrição e obesidade), fatores de risco de doença cardíaca (história familiar e genética, colesterol alto, pressão arterial elevada, Diabetes Mellitus e síndrome metabólica) e adesão à terapêutica e aos serviços de atenção primária à saúde. A gestão desses fatores de risco poderia prevenir ou atrasar a ocorrência de, aproximadamente, 80% das DCV,

considerando a prevenção primária e secundária de DCV e seus distúrbios relacionados, tais como HAS e DM¹.

A prevalência global de HAS e o seu baixo controle vêm aumentando expressivamente, especialmente nos países em desenvolvimento, o que é decorrente do fato de ser uma doença assintomática na fase inicial, de ainda ser predominante a baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso e por causa da falta de informação por parte da população². No Brasil, a HAS atinge atualmente cerca de 36 milhões de indivíduos adultos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por DCV³.

Quanto ao DM, além de ser crescente o número de casos diagnosticados, a doença apresenta perfil de elevada prevalência, com estimativa atual de 387 milhões de pessoas com diabetes e previsão de alcance de cerca de 471 milhões em 2035, com crescimento de maior intensidade em países em desenvolvimento e entre a população jovem⁴.

Além das potenciais complicações relacionadas a problemas cardiovasculares, câncer e doenças respiratórias, dois terços da mortalidade global (cerca de 36 milhões) são devidos às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Assim, a Organização Mundial de Saúde clama por uma ação urgente, já que essas doenças são responsáveis pela perda prematura de 16 milhões de vidas por ano⁵.

Por apresentarem elevada possibilidade de manifestação de quadros agudos ou mesmo pelo desenvolvimento de complicações secundárias, o acompanhamento de indivíduos diabéticos e hipertensos torna-se essencial para minimizar possíveis agravamentos^{6,7}. Todavia, ainda há dificuldade no acompanhamento dos casos de DCNT no âmbito da saúde pública, em especial por conta do não comparecimento às consultas de rotina e à baixa adesão ao tratamento, fatores em potencial para o aumento do risco de eventos agudos como infartos ou acidentes vasculares^{8,9}.

No intuito de prevenir, tratar e/ou controlar o impacto das DCNT e de outras doenças e agravos à saúde da população brasileira, foram desenvolvidos modelos tecnoassistenciais alternativos para o Sistema Único de Saúde (SUS), a exemplo da Estratégia Saúde da Família (ESF), objetivando superar a forma de produzir saúde instituída pelo modelo hegemônico. Contudo, para que a ESF alcançasse todos os indivíduos e a coletividade, foi necessário desenvolver ações pautadas na integralidade, no fortalecimento das redes e na participação social¹⁰.

Nesse sentido, visando ao cadastro e ao acompanhamento dos indivíduos acometidos por DM e/ou HAS, o Ministério da Saúde implantou, no âmbito da ESF, a sistemática de acompanhamento por meio, principalmente, dos Agente Comunitários de Saúde (ACS)⁶. Assim, fundamentando-se no acesso universal, na integralidade da atenção e na centralidade

na família, a ESF organiza sua demanda por meio do trabalho em equipe multiprofissional de acordo com a delimitação do território com a clientela adscrita, enfatizando o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso entre seus profissionais e a população^{11,12}.

Ainda na lógica de acompanhamento de grupos populacionais específicos, foi criado o Programa HiperDia, que teria por finalidade o monitoramento dos pacientes e a geração de informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos⁶. Atualmente, as informações encontram-se inseridas no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) como parte de uma estratégia de informatização do SUS (e-SUS).

No entanto, pode-se dizer que três aspectos básicos incidem sobre as dificuldades nos cuidados das DCNT, a exemplo da DM e HAS, na ESF: dificuldades advindas da falta do vínculo; da prática de resposta à demanda; e da desresponsabilização pelo usuário diante dos entraves na rede. Essas dificuldades desmotivam e desresponsabilizam tanto os profissionais no acompanhamento longitudinal dos usuários como a adesão destes à ESF¹³, o que pode resultar no surgimento e no agravamento de complicações decorrentes do DM e HAS e outras DCV, culminar com o óbito e, inclusive, onerar o SUS.

Nessa perspectiva, este estudo teve como objetivos analisar o cadastramento e o acompanhamento de indivíduos acometidos por DM e HAS e verificar a mortalidade relacionada ao DM e às DCV num município do Nordeste Brasileiro.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório cujos dados são de fonte secundária, sendo obtidos por meio de consulta às bases de dados do Siab e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), disponibilizadas publicamente pelo Departamento de Informática do SUS (Datasis), referentes ao monitoramento do cadastramento e do acompanhamento de pessoas com DM e HAS e da mortalidade por DM e DCV no município de Ipiáú.

O município de Ipiáú está localizado a 353 km da capital da Bahia, na mesorregião Sul e microrregião cacauera do estado, pertencente à região Nordeste do Brasil. Tem uma população estimada, para o ano de 2016, de 47.606 habitantes. Sua economia baseia-se, principalmente, na agropecuária, destacando-se o cultivo de cacau, com os ramos da indústria e da mineração em expansão¹⁴.

Para obtenção dos resultados, utilizou-se, no ambiente virtual do Siab, o comando de linha "município", de coluna "ano/mês" e de conteúdo "hipertensos acompanhados/diabéticos acompanhados" e "hipertensos cadastrados/diabéticos cadastrados", no período de tempo de seis anos, de janeiro de 2008 a dezembro de 2013.

Já no ambiente virtual da Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde (Suvisa), que disponibiliza os dados do SIM, fora solicitado no comando linha a “causa-CID-BR-10”, na coluna o “ano do óbito” e no conteúdo a “frequência”, considerando o período de tempo de seis anos. Para efeitos deste estudo, foi avaliada a mortalidade pelas seguintes DCV: doenças hipertensivas, doenças isquêmicas do coração, infarto agudo do miocárdio e doenças cerebrovasculares.

Os dados foram exportados para planilha do software Microsoft Excel®, versão 2013, e processados no Statistical Package for The Social Science (SPSS), versão 20.0 (IBM Corp., Armonk, Estados Unidos). Os resultados foram caracterizados por meio de média e desvio-padrão, e as diferenças entre os grupos de cadastrados e acompanhados foram testadas pelo teste t de Student, tendo sido, para efeitos deste estudo, consideradas significantes as associações com p -valor $< 0,01$.

Vale ressaltar que, por se tratar de um estudo de levantamento de dados secundários disponibilizados por bases de acesso público e gratuito nas quais não há identificação dos participantes, não foi necessária a apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Salienta-se, ainda, que todos os procedimentos éticos foram seguidos na análise e na interpretação dos resultados, conforme dispõe a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n. 466, de 12 de dezembro de 2012.

RESULTADOS

O número de hipertensos cadastrados e acompanhados teve média, em 6 anos, respectivamente, de 4.364 (\pm 652) e 3.862 (\pm 548). Quanto aos diabéticos, foi evidenciada média de 1.076 (\pm 222) cadastrados e 968 (\pm 190) acompanhados. A **Tabela 1** sumariza o cadastro e o acompanhamento anual. Foi evidenciado um crescimento constante no número total de hipertensos cadastrados, com decréscimo no ano de 2013. Quanto aos hipertensos acompanhados, verificou-se decréscimo em 2012 e 2013.

Tabela 1 – Número absoluto e proporção dos hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados. Ipiaú, Bahia – 2016

	ANO					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Hipertensos cadastrados	3.529	3.702	4.195	4.861	5.070	4.828
Hipertensos acompanhados	3.125	3.323	3.777	4.420	4.379	4.149
% Hipertensos acompanhados	88,5	89,8	90,0	90,9	86,4	86,0
Diabéticos cadastrados	821	838	986	1.205	1.320	1.287
Diabéticos acompanhados	743	763	907	1.115	1.145	1.135
% Diabéticos acompanhados	90,5	91,0	92,0	92,5	86,7	90,6

Fonte: Datasus (2008-2013).

A **Tabela 2** apresenta a distribuição anual dos hipertensos cadastrados e acompanhados no município de Ipiaú, na Bahia. A série temporal avaliada evidenciou porcentagem global de acompanhamento de hipertensos e diabéticos, respectivamente, de 88,6 e 90,2%. Quanto às diferenças entre os hipertensos cadastrados e acompanhados, destacam-se o ano de 2012 com a maior diferença (691 indivíduos); dessa forma, 86,4% dos indivíduos cadastrados foram acompanhados no ano; a menor diferença foi evidenciada no ano de 2009 (379 indivíduos), representando 89,8% dos cadastrados acompanhados. Dentre os diabéticos, destaca-se o de 2012, com a maior diferença entre diabéticos cadastrados e acompanhados (175 indivíduos); dessa forma, 86,8% dos indivíduos cadastrados foram acompanhados no ano; a menor diferença foi evidenciada no ano de 2009 (75 indivíduos), representando 91% dos cadastrados acompanhados. A comparação do grupo de cadastrados e acompanhados evidenciou diferença estatisticamente significativa na maioria dos anos estudados.

Tabela 2 – Distribuição anual dos hipertensos cadastrados e acompanhados de acordo com a média e o desvio-padrão. Ipiaú, Bahia – 2016.

	HAS				DM			
	Cadastrados		Acompanhados		Cadastrados		Acompanhados	
	μ	$\pm dp$	μ	$\pm dp$	μ	$\pm dp$	μ	$\pm dp$
2008	3.529	64,1	3.124,6*	166,7	820,7	26,6	743,1	34,6*
2009	3.702	121,4	3.322,6*	161,6	838,4	27,2	763,0	29,9*
2010	4.195	398,3	3.776,7*	397,9	985,8	105,5	907,2	106,6
2011	4.861	109,2	4.420,2*	89,5	1.205,2	55,3	1.115,3	41,9*
2012	5.070	111,1	4.379,2*	307,7	1.320,1	40,5	1.145,1	58,7*
2013	4.828	186,0	4.149,1*	157,6	1.287,2	56,2	1.134,8	34,5*

Fonte: Datasus (2008-2013).

* diferença estatisticamente significativa entre casos cadastrados e acompanhados (teste t de Student, $p < 0,01$)

HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica

DM = Diabetes Mellitus

μ = média

$\pm dp$ = desvio padrão.

A **Tabela 3** apresenta distribuição temporal da mortalidade decorrente do DM e de DCV, no período de 2008 a 2013 em Ipiaú. Na série temporal estudada foram computados um total de 624 óbitos, sendo 178 relacionados ao DM e 446 relacionadas às DCV, sendo mais prevalente as doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares.

Quanto ao comportamento da mortalidade por DM e DCV, apesar da flutuação dos indicadores, verificou-se tendência crescente para DM, doenças hipertensivas, doenças isquêmicas do coração e infarto agudo do miocárdio. A mortalidade por doenças

cerebrovasculares apresentou tendência decrescente, apesar da predominância. No conjunto de todas as causas estudadas, evidenciou-se menor mortalidade no ano de 2009 (82 óbitos) e maior no ano de 2012 (131 óbitos).

Tabela 3 – Distribuição temporal, média e o desvio-padrão, da mortalidade relacionada ao DM e às DCV, no período de 2008 a 2013. Ipiaú, Bahia – 2016

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	μ	$\pm dp$
DM	28	24	31	30	31	34	178	29,6	3,3
Doenças hipertensivas	12	12	6	15	27	16	88	14,6	6,9
Doenças isquêmicas do coração	11	8	29	15	23	19	105	17,5	7,8
Infarto agudo do miocárdio	6	6	24	11	20	16	83	13,8	7,4
Doenças cerebrovasculares	35	32	29	21	32	21	170	28,3	5,9
Total	92	82	119	92	131	103	624		

Fonte: Datasus (2008-2013).
DM = Diabetes Mellitus
 μ = média
 $\pm dp$ = desvio padrão.

DISCUSSÃO

Seguindo o modelo de vinculação paciente-profissional proposto pela ESF, as famílias adstritas à área de abrangência das USF devem ser visitadas, cadastradas e regularmente acompanhadas. Nesse mesmo momento, o acometimento por quaisquer doenças é investigado de maneira autorreferida⁶.

Depois da confirmação diagnóstica dos pacientes, espera-se o atendimento da equipe multiprofissional na unidade de saúde e/ou nos domicílios, de acordo com o planejamento da equipe e a necessidade de cada caso. No caso de indivíduos acometidos por DM e HAS, os cadastramentos e os atendimentos são realizados, fornecidos pelos formulários de atendimento e cadastro individual do e-SUS⁸.

Apesar dos dados apresentados pelo Siab muitas vezes não representarem a totalidade dos indivíduos acometidos por quaisquer das patologias ali descritas, as informações servem de direcionamento de políticas de saúde e devem ser consideradas para cálculos de medidas de tendência das doenças. Neste estudo, a prevalência de HAS variou de um mínimo de 8,1% ao máximo de 11,4%, em 2012.

Essa prevalência disponibilizada pelo Siab encontra-se muito abaixo da estatística nacional identificada pelo Programa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), que no ano de 2015 evidenciou a prevalência de diagnóstico médico prévio autorreferido de HAS de 24,9%, sendo maior em mulheres (27,3%)

do que em homens (22%). A prevalência da morbidade por HAS aumentou com a idade e foi maior entre os indivíduos com menor nível de escolaridade (zero a oito anos de estudo)¹⁵. Essa discrepância entre os resultados no município estudado e as estatísticas nacionais pode ser decorrente da alta taxa de acompanhamento no município (que não reflete a realidade do Brasil), da possível e decorrente efetiva adesão à terapêutica e à ESF, bem como da subnotificação dos casos por parte dos profissionais de saúde.

Quanto ao DM, a prevalência variou de um mínimo de 1,9% nos anos de 2008 e 2009 a um máximo de 3%, em 2010. Levando-se em consideração o diagnóstico médico autorreferido em ambos os sexos, o diagnóstico da doença se torna mais comum com a idade, alcançando 22% daqueles com 65 ou mais anos^{16,17}. Segundo dados do Vigitel¹⁵, no ano de 2015, o diagnóstico médico prévio autorreferido de DM foi de 7,4%, sendo de 6,9% entre homens e de 7,8% entre mulheres. Em ambos os sexos, o diagnóstico da doença se tornou mais comum com o avanço da idade e foi maior em indivíduos com até oito anos de estudo.

De acordo com Molina et al. (2013)¹⁸ o Siab apresenta problemas operacionais, como a subnotificação dos cadastrados e a ausência total de informação sobre a qualidade do acompanhamento dos usuários da ESF. Buscando promover, talvez, a adequação de algumas dessas fragilidades apresentadas pelo sistema, o Ministério da Saúde lançou em 2013 o *software* e-SUS AB, que substituirá o Siab em sua totalidade. O novo programa promete integrar os diferentes níveis de atenção e agregar informações mais recentes e abrangentes de todos os usuários do SUS.

Assim, este estudo evidenciou taxas de acompanhamento satisfatórias dos pacientes cadastrados, com discretas variações anuais, diferente do que foi encontrado por outro estudo que verificou uma grande variabilidade no percentual de acompanhamento pelas equipes de saúde para hipertensos (50-97%) e diabéticos (55-100%) nos diferentes municípios pertencentes de uma Regional de Saúde do Sul do país¹⁹.

Os levantamentos censitários de estimativas populacionais são diretamente influenciados pela avaliação de cobertura. Ademais, o registro das informações pode apresentar distorções, potencialmente ligadas a treinamento insuficiente das equipes de saúde para essa atividade. Essa cobertura pode ser considerada um pré-requisito à avaliação de outros indicadores, uma vez que, para se discutir qualidade, impacto ou satisfação, é importante que o serviço seja oferecido ao máximo da população²⁰.

A taxa de cobertura das ESF aumentou sobremaneira nos últimos anos em todos os estados. De acordo com estudo que avaliou a cobertura da ESF estimada pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), comparando com dados administrativos e coberturas anteriores da

Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios (Pnad), observou-se aumento na cobertura da população pelo Programa Saúde da Família no Brasil, passando de 50,9%, segundo a Pnad 2008, para 53,4%, em 2013, segundo a PNS. O crescimento ocorreu no Brasil, grandes regiões, urbano e rural. Os dados da PNS em 2013 foram semelhantes aos administrativos do Departamento de Atenção Básica (DAB) em 2013: cerca de 56% de domicílios cadastrados, equivalente à cobertura estimada de cerca de 109 milhões de pessoas, em 5.346 municípios e 34.715 equipes de saúde. Além disso, considerando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, essa cobertura sobe para 125,5 milhões de pessoas²¹. Essa abrangência populacional está diretamente ligada a melhores taxas de comparecimento às consultas de acompanhamento dos diversos programas da ESF.

Cabe dizer que este estudo foi realizado num município de pequeno porte, do interior do estado da Bahia, no Nordeste brasileiro, com satisfatórias taxas de cadastro e acompanhamento pela ESF para os agravos de DM e de HAS. Assim, as prevalências estimadas podem ter sido influenciadas pela elevada cobertura da assistência à saúde. Contudo, mesmo assumindo o risco de subestimação das prevalências reais, em maior ou menor grau, os resultados evidenciados aqui podem ser úteis para avaliar as demandas e as necessidades de saúde originadas pelo DM e pela HAS.

Todavia, em contrapartida à elevação da cobertura da ESF, as taxas de não comparecimento às consultas, sejam elas médicas ou de enfermagem, para acompanhamento do DM ou da HAS já foram relatadas por diferentes estudos^{9,22,23}. Em contraste com esse cenário, as elevadas taxas de acompanhamento aqui evidenciadas diferem dos percentuais de acompanhamento (adesão ao serviço) encontradas em outras pesquisas e podem decorrer, entre outras razões, da satisfatória taxa de cobertura do Programa Saúde da Família e da ESF.

O comparecimento regular aos atendimentos na USF tem potencial de intervenções mais eficazes como, por exemplo, uma maior adesão ao tratamento, já que os usuários com maior comparecimento apresentam, normalmente, maior controle da PA e menor prevalência de fatores associados à sua elevação e/ou descontrole. Ademais, a presença na USF permite que eles integrem ações organizadas pela ESF que visem à prevenção e à promoção da saúde.

Um levantamento baseado na PNS de 2013 apontou como principais resultados que quase a totalidade da população de adultos já teve a sua PA aferida alguma vez na vida; que quase 70% daqueles com HA autorreferida receberam assistência médica para essa enfermidade nos últimos 12 meses; e que aproximadamente metade dos adultos com HA autorreferida foi atendida nas UBS²⁴.

Por avançar de maneira lenta e muitas vezes assintomática, e, em muitos casos ao longo dos anos, a HAS e o DM não são tratados adequadamente ou são detectados tardiamente, podendo trazer sérias consequências ao indivíduo e um maior custo de seu tratamento – tanto para estes como para o SUS.

Portanto, estratégias e ações devem ser traçadas pelos serviços de saúde visando a favorecer o comparecimento às consultas, uma vez que um maior cumprimento dos agendamentos pode influenciar as condições de saúde dos usuários e, conseqüentemente, propiciar uma melhoria da sua qualidade de vida. Doravante, para que essas intervenções sejam exitosas, torna-se intrinsecamente necessário a identificação dos usuários faltosos e resistentes²⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise realizada apresentou resultados satisfatórios para as taxas de acompanhamento de indivíduos acometidos por HAS e DM no município investigado. Quanto à análise da mortalidade, evidenciou-se o seguimento da tendência global de elevação das taxas de mortalidade por DM e por DCV. Embora resultados satisfatórios possam apontar para a efetividade das ações de acompanhamento dessa população pela ESF, uma boa adesão ao tratamento exige também a participação ativa dos usuários. Para isso, é necessário o comparecimento às consultas médica e de enfermagem, a mensuração regular da pressão arterial e a busca pelo empoderamento advindo do conhecimento da patologia, desde a etiologia, do tratamento e até de suas complicações.

Por fim, é fato que o desenho metodológico utilizado nesta pesquisa lhe atribui limitações, pois estudos dessa natureza não permitem estabelecer relação de causa e efeito. Porém, ratifica-se que um acompanhamento adequado por parte das equipes da ESF pode tornar-se efetivo para o reordenamento dos recursos gastos com internações e tratamentos de maior complexidade, focando a atenção a trabalhos de prevenção, educação em saúde e tratamento precoce.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Ivna Vidal Freire e Icaro José Santos Ribeiro.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Jules Ramon Brito Teixeira e Mailson Fontes de Carvalho.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Ivna Vidal Freire, Jules Ramon Brito Teixeira, Mailson Fontes de Carvalho, Tayana Kayre Assunção Santo e Icaro José Santos Ribeiro.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Ivna Vidal Freire e Icaro José Santos Ribeiro.

REFERÊNCIAS

1. Oh J-Y, Allison MA, Barrett-Connor E. Different impacts of hypertension and diabetes mellitus on all-cause and cardiovascular mortality in community-dwelling older adults: the Rancho Bernardo study. *J Hypertens*. 2017;35(1):55-62.
2. Ibrahim MM, Damasceno A. Hypertension in developing countries. *Lancet*. 2012;380(9841):611-9.
3. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2016;107(3, supl. 3):1-83.
4. Milech A, Oliveira JEP, Vencio S, editores. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016). São Paulo (SP): AC Farmaceutica; 2016.
5. Chockalingam A, Thakur J, Varma S. Evolution of noncommunicable diseases: past, present, and future. *Int J Noncommun Dis*. 2017;2(1):1-2.
6. Brasil. Ministério da Saúde. HiperDia: Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos: Manual de Operação. Versão 1.5 M 02. Rio de Janeiro (RJ); 2002.
7. Contiero AP, Pozati MPS, Challouts RI, Carreira L, Marcon SS. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúch Enferm*. 2009;30(1):62-70.
8. Oliveira MCF, Rodrigues GM, Monteiro AMZA, Gonçalves FA. Hiperdia: usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família no bairro da Guanabara. *An Congr Bras Med Fam Comunidade*. Belém, 2013 Maio;12:1303.
9. Nielsen JØ, Shrestha AD, Neupane D, Kallestrup P. Non-adherence to anti-hypertensive medication in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of 92443 subjects. *J Hum Hypertens*. 2017;31(1):14-21.
10. Siqueira BPJ, Teixeira JRB, Valença Neto PF, Boery EN, Boery RNSO, Vilela ABA. Men and health care in the social representations of health professionals. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2014;18(4):690-6.

11. Miranda GMD, Mendes ACG, da Silva ALA, Santos Neto PM. A ampliação das equipes de Saúde da Família e o programa Mais Médicos nos municípios brasileiros. *Trab Educ Saúde*. 2017;15(1):131-45.
12. Shimizu HE, Carvalho DA Jr. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(9):2405-14.
13. Silocchi C, Junges JR. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. *Trab Educ Saúde*. 2017;15(2):599-615.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil: Bahia: Ipiaú: informações estatísticas. Rio de Janeiro (RJ); 2016.
15. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2015: saúde suplementar*. Brasília (DF); 2017.
16. Brasil. Ministério da Saúde. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Brasília (DF); 2013.
17. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília (DF); 2011.
18. Molina CG, Costa EM, Pianezzola R, Silveira SA, Neumann CR. Prevalência de hipertensão e diabetes: comparativo de dados: Siab × prontuários. *An Congr Bras Med Fam Comunidade*. 2013;12:1545.
19. 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. *Ciênc Saúde Colet*. 2011;16(supl. 1):1383-8.
20. Copque HLF, Trad LAB. Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois municípios da Bahia. *Epidemiol Serv Saúde*. 2005;14(4):223-33.
21. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc Saúde Colet*. 2016 Feb;21(2):327-38.
22. Santa-Helena ET, Nemes MIB, Eluf Neto J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(12):2389-98.
23. Vrijens B, Antoniou S, Burnier M, de la Sierra A, Volpe M. Current situation of medication adherence in hypertension. *Front Pharmacol*. 2017;8:100.
24. Malta DC, Stopa SR, Andrade SSCA, Szwarcwald CL, Silva JB Jr, Reis AAC, et al. Cuidado em saúde em adultos com hipertensão arterial autorreferida

no Brasil segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Rev Bras Epidemiol. 2015;18(supl. 2):109-22.

25. Medeiros ARC, Araújo YB, Vianna RP T, Moraes RM. Decision support model applied to the recognition of non-adherent individuals to antihypertensive therapy. Saúde Debate. 2014;38(100):104-18.

Recebido: 28.4.2017. Aprovado: 20.8.2018.