

PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS DEGENERATIVAS EM USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA

Prevalence of degenerative chronic illnesses in users of a Family Health Unit of Jequié-BA

Artigo original

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo verificar a prevalência das principais doenças crônicas degenerativas (hipertensão arterial, diabetes, artropatias, câncer e doenças arteriovenosas) em usuários de uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Jequié-BA. O desenho foi transversal em amostra de 101 adultos ≥ 18 anos de idade, cadastrados e distribuídos proporcionalmente entre as sete microáreas da USF, sendo 75 (74,0%) do sexo feminino. Com dados coletados em domicílio e informações prestadas pelos sujeitos a partir de um formulário, calculou-se a prevalência de doenças crônicas no total e por sexo. As diferenças entre sexo foram verificadas utilizando o teste do Qui-quadrado e o teste exato de Fisher, com nível de significância de 5%. A idade dos indivíduos variou entre 18 a 88 anos ($39,9 \pm 18,5$ anos), sendo 57% com idade compreendida entre 18 a 39 anos, 83% com baixa escolaridade e 68% com ocupação ativa. Dentre os participantes do estudo, 40% reportaram presença de algum tipo de doença crônica. Os percentuais de pessoas portadoras de hipertensão, diabetes e artropatias foram 29%, 4% e 18%, respectivamente; não houve caso de câncer e apenas 2% relataram doenças arteriovenosas. Não ocorreram diferenças estatísticas entre os sexos na prevalência de nenhuma doença. Recomendam-se novos estudos com associações entre diversas variáveis para que seja possível desenvolver uma melhor compreensão de fatores que tendem a influenciar na determinação das doenças crônicas degenerativas.

Descritores: Saúde da Família; Doença Crônica; epidemiologia; Prevalência.

ABSTRACT

The present study had as objective to verify the prevalence of the main degenerative chronic illnesses (hypertension, diabetes, arthropaties, cancer and arteriovenous illnesses) in users of a Family Health Unit (FHU) of the city of Jequié -BA. It was a cross-sectional study with a sample of 101 adults ≥ 18 years old, registered and proportionally distributed among the seven micro areas of FHU, being 75 (74.0%) female. From the collected data in domicile and citizens' given information by means of a questionnaire, the prevalence of chronic illnesses was calculated in its total and by sex. The differences between sexes were verified using the chi-square test and the Fisher accurate test, with a significance level of 5%. The age of the individuals varied from 18 to 88 years old (39.9 ± 18.5 years old), being 57% with age of 18 to 39 years old, 83% with low schooling and 68% with active occupation. Amongst the participants of the study, 40% reported presence of some type of chronic illness. The percentages of people bearing hypertension, diabetes and arthropaties were 29%, 4% and 18%, respectively; there was not any case of cancer and only 2% related arteriovenous illnesses. There were no statistical differences between the sexes in relation to the prevalence of any illness. New studies with associations between diverse variables are suggested, so that it might be possible to develop a better understanding of factors that tend to influence in the determination of degenerative chronic illnesses.

Descriptors: Family Health; Chronic Disease; epidemiology; Prevalence.

Raildo da Silva Coqueiro⁽¹⁾
Adriana Alves Nery⁽²⁾
Zoraide Vieira Cruz⁽³⁾
Cloud Kennedy Couto de Sá⁽⁴⁾

1) Educador Físico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC / Centro de Desportos / Programa de Pós-graduação em Educação Física.

2) Enfermeira, Doutora em Enfermagem em saúde Pública, Docente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

3) Enfermeira, Mestre em Desenvolvimento Regional e meio ambiente, Docente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

4) Educador Físico, Mestre em nutrição, docente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Recebido em: 13/09/2006

Revisado em: 16/04/2007

Aceito em: 30/04/2007

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades de atenção à saúde, em uma determinada área de abrangência, na tentativa de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados⁽¹⁾. Propõe-se a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de intervenção inter e multidisciplinar.

Além disso, o PSF possibilita uma forte interação entre o Ministério da Saúde (MS), Estados, municípios e comunidades. O MS alerta que o modelo de atenção preconizado pelo PSF já foi implantado em outros países, como o Canadá, Reino Unido e Cuba, resolvendo mais de 85% dos agravos encontrados. Desde a sua implantação, autores⁽²⁾ questionaram e apontaram algumas limitações da capacidade resolutiva desse programa. Eles acreditam que o PSF tem sua essência circunscrita, prioritariamente, ao campo da vigilância à saúde e que seu trabalho é centrado no território de acordo com as concepções desenvolvidas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), ou seja, nos cuidados a serem oferecidos para ações no ambiente, não dando o merecido valor ao conjunto de práticas clínicas individuais para os casos em que os processos mórbidos já se instalaram⁽²⁾. Porém, na tentativa de reestruturar e ampliar o atendimento básico, o MS lançou, no ano de 2001, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus⁽³⁾.

De acordo com o Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, doenças do aparelho circulatório e respiratório, juntas, foram responsáveis por 26% de todas as internações hospitalares no ano de 2003, em Jequié - BA, sendo que as cardiovasculares, juntamente com as respiratórias, corresponderam a 42% de todas as internações na população com mais de 50 anos⁽⁴⁾.

No que se refere à mortalidade, somente as doenças cardiovasculares e as respiratórias foram responsáveis por 40% de todos os óbitos no município neste mesmo ano; na população acima dos 50 anos, estas corresponderam a 52%⁽⁴⁾.

Diante desses dados, buscar a prevalência de doenças crônicas degenerativas em indivíduos acompanhados pelo PSF pode ser importante para subsidiar planejamentos e ações na área da saúde, cuja finalidade precípua é a promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Esta investigação teve como objetivo verificar a prevalência das principais doenças crônicas degenerativas (hipertensão arterial, diabetes, artropatias, câncer e doenças arteriovenosas) em usuários de uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Jequié-BA.

MÉTODOS

Estudo transversal e descritivo realizado em Jequié, em 2005, com usuários do PSF cadastrados na USF Dr. Milton Rabello I. Adotou-se como critérios para a seleção da USF: (1) não estar instalada na zona rural; (2) equipe que atendesse a recomendação do Ministério da Saúde (MS), com acompanhamento de 600 a 1000 famílias⁽¹⁾; (3) maior tempo de implantação no PSF. Dessa forma, a equipe que atendeu a todos os critérios foi a referida acima, situada em um bairro carente da cidade denominado Km 04, implantada, segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde, no ano de 2001.

Optou-se por este desenho de estudo, por ser o modelo transversal mais recomendado para indicar e comparar taxas de prevalência. Além disso, as pesquisas descritivas são as mais utilizadas para estudar as características de um grupo, que foram também objetivos deste trabalho⁽⁵⁾.

O tempo de implantação entrou como critério de inclusão no presente estudo, porque supõe-se que as Equipes de Saúde da Família (ESFs) com maior tempo de atuação, provavelmente já teriam cadastrado todas as famílias da sua área de abrangência e estariam estruturadas para cumprir com duas das atribuições básicas de uma ESF, que são: (1) conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sócioeconômicas, psicoculturais, demográficas e epidemiológicas; (2) identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de riscos aos quais a população está exposta⁽⁶⁾.

Primeiramente, foi encaminhado um ofício pelo Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia à Secretaria Municipal de Saúde, solicitando autorização para a realização da pesquisa. Seguida a autorização, contactou-se previamente com a coordenadora (enfermeira) da USF selecionada como cenário da pesquisa, para apresentação e explicação dos objetivos da pesquisa e solicitação da ajuda dos agentes comunitários de saúde (ACSs) no acompanhamento da coleta dos dados. Posteriormente, realizou-se uma reunião entre o pesquisador e todos os ACSs, com o intuito de marcar os dias e horários disponíveis para a aplicação do instrumento de coleta de dados. Logo após esse agendamento, deu-se a coleta de dados no período compreendido entre 20 de junho a 08 de setembro de 2005.

A população foi composta por todos os usuários cadastrados pela USF selecionada. Por conveniência (amostra intencional)⁽⁷⁾, decidiu-se coletar informações em 10% das famílias, seguindo as seguintes etapas: (1) Sorteio aleatório simples de 101 (10%) famílias cadastradas no prontuário familiar da USF, proporcional às sete microáreas da unidade (tabela I), sendo realizado pelo pesquisador

na presença de cada agente comunitário de saúde (ACS) responsável pelas respectivas microáreas; (2) determinação de que apenas um único membro (o primeiro a receber o pesquisador e o ACS) de cada família, com idade igual ou superior a 18 anos, participaria do estudo. Quando não se encontrava na residência selecionada nenhum indivíduo com idade adequada ou este se recusava a participar da pesquisa, uma nova família era sorteada. Dessa forma, a amostra foi constituída por 101, adultos com idade entre 18 e 88 anos, sendo 75 do sexo feminino e 26 do sexo masculino (tabela I).

Tabela I: Distribuição dos indivíduos selecionados na Unidade de Saúde da Família Dr. Milton Rabello I segundo microáreas. Jequié-BA, 2005.

Microárea	Nº de indivíduos cadastrados	Nº de indivíduos selecionados
1	160	16
2	170	18
3	140	14
4	130	13
5	100	10
6	150	15
7	150	15
Total	1000	101

Fonte primária

O formulário se constituiu dos seguintes itens: (1) demografia; (2) estado de saúde; (3) hábitos nutricionais e comportamentais; (4) antropometria (peso e estatura). No presente estudo, utilizaram-se os dados dos dois primeiros itens (demografia e estado de saúde). Com relação à presença de doenças crônicas, as perguntas foram feitas da seguinte forma: algum médico já disse que o Sr.(a) possui hipertensão arterial ou pressão alta? E, assim, a pergunta foi repetida para cada uma das doenças investigadas no presente estudo. Todos os participantes da pesquisa foram entrevistados em domicílio para coleta dos dados. A fim de garantir a qualidade das informações, os ACSs que acompanhavam as coletas foram orientados a não interferir nas respostas dos participantes, a não ser que o entrevistador solicitasse alguma informação.

Um pesquisador de campo (aluno de graduação em Educação Física) foi devidamente treinado para todas as etapas do trabalho. Para testes e correções do instrumento,

inclusive da dinâmica do trabalho de campo, 10 famílias (10 participantes) foram visitadas e entrevistadas (estudo piloto), seguindo toda metodologia proposta.

Para análise dos dados, caracterizou-se inicialmente cada uma das variáveis nominais como sim ou não. Em seguida, calculou-se a prevalência para as variáveis observadas.

As variáveis ordinais e nominais analisadas foram: sexo, grupo etário (18 a 39 anos, 40 a 59 anos e > 59 anos), escolaridade (analfabeto/fundamental incompleto, fundamental completo/médio incompleto e médio completo/superior incompleto), ocupação (ativo e inativo) e doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes, artropatias - reumatismo, artrite e artrose -, câncer e doenças arteriovenosas).

Para a descrição das características gerais dos participantes, foi utilizada a média, desvio padrão, valores máximo e mínimo, enquanto foram descritas as demais variáveis estudadas pelas frequências absoluta e relativa. As diferenças nas prevalências entre os sexos foram verificadas com cálculos de qui-quadrado e do teste exato de Fisher nos casos em que ocorreu frequência esperada menor que cinco⁽⁸⁾, ao nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Os dados foram analisados através do programa estatístico SPSS, versão 10.0.

Este estudo seguiu as recomendações da Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, incluindo a autorização do sujeito por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, sendo aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

RESULTADOS

A idade média dos participantes do estudo foi de 39,9 anos \pm 18,5 anos (desvio padrão), com variação de 18 a 88 anos. Os dados da tabela 2 mostram que houve predomínio do sexo feminino (74%) e do grupo etário de 18 a 39 anos (57%). Destaca-se, ainda, que 83% dos indivíduos apresentaram baixa escolaridade (analfabeto/fundamental incompleto), e 32% foram considerados inativos do ponto de vista da ocupação. Quanto à prevalência de doenças, observou-se que 40% dos indivíduos eram portadores de pelo menos um tipo de doença crônica degenerativa. As prevalências de hipertensão, diabetes e artropatias foram 29%, 4% e 18%, respectivamente. Não se verificou caso de câncer, e a proporção de doenças arteriovenosas foi baixa (tabela II).

Tabela II: Distribuição segundo as variáveis demográficas e prevalência de doenças crônicas degenerativas nos usuários acompanhados na USF Dr. Milton Rabello I. Jequié-BA, 2005.

Variáveis	(n)	(%)
Sexo		
Masculino	26	26,0
Feminino	75	74,0
Grupo etário		
18 a 39 anos	58	57,0
40 a 59 anos	27	27,0
> 59 anos	16	16,0
Escolaridade		
Analf./fund. Incomp.	84	83,0
Fund. Comp./Médio Inc.	9	9,0
Médio Comp./Sup. Inc.	8	8,0
Ocupação		
Ativo	69	68,0
Inativo	32	32,0
Doença crônica degenerativa		
Sim	41	40,0
Não	60	59,0
Hipertensão arterial		
Sim	29	29,0
Não	72	71,0
Diabetes		
Sim	4	4,0
Não	97	96,0
Reumatismo, artrite e artrose		
Sim	18	18,0
Não	83	82,0
Câncer		
Sim	-	-
Não	101	100,0
Doenças arteriovenosas		
Sim	2	2,0
Não	99	98,0

Fonte primária

Em relação à prevalência de doenças crônicas degenerativas, segundo a variável sexo, verificou-se que não houve diferenças significativas ($p \geq 0,05$) nas proporções das doenças entre homens e mulheres. Assim, a frequência relativa de todas as variáveis apresentou distribuição similar em ambos os sexos (tabela III).

Tabela III: Prevalência de doenças crônicas degenerativas, segundo sexo, nos usuários acompanhados na USF Dr. Milton Rabello I. Jequié-BA, 2005.

Variáveis	Masculino (n = 26)		Feminino (n = 75)		p-valor
	n	(%)	n	(%)	
Doença crônica degenerativa					
Sim	12	46,0	29	39,0	
Não	14	54,0	46	61,0	0,503*
Hipertensão arterial					
Sim	8	31,0	21	28,0	
Não	18	69,0	54	72,0	0,788*
Diabetes					
Sim	2	8,0	2	3,0	
Não	24	92,0	73	97,0	0,272**
Reumatismo, artrite e artrose					
Sim	5	19,0	13	17,0	
Não	21	81,0	62	83,0	0,828*
Câncer					
Sim	-	-	-	-	
Não	26	100,0	75	100	-
Doenças arteriovenosas					
Sim	-	-	2	3,0	
Não	26	100,0	73	97,0	1,00**

Fonte primária * Qui-quadrado (χ^2) ** Teste exato de Fisher

DISCUSSÃO

Analisando a população total do estudo, observa-se proporção elevada de portadores de doenças crônicas degenerativas, dado o fato de que 40% dos participantes possuíam pelo menos uma dessas doenças, indicando que, na USF investigada, existe um grande número de pessoas cadastradas que necessita de uma assistência melhor direcionada. O acometimento mais comum foi hipertensão arterial, confirmando as expectativas e corroborando os estudos nacionais descritos a seguir, realizados com grandes amostras sobre esse mesmo tema.

A prevalência de hipertensão foi superior à observada em outras populações brasileiras. Em investigações realizadas com pacientes de um ambulatório de Clínica Médica de um hospital universitário no Rio de Janeiro⁽⁹⁾ e em um estudo de base populacional executado na

região Sul do país⁽¹⁰⁾, encontraram-se prevalências de 24%. Em 864 funcionários de um hospital universitário, o percentual de indivíduos hipertensos correspondeu a 26%⁽¹¹⁾.

Ao contrário da hipertensão, a proporção de diabetes foi menor que a encontrada em recente levantamento⁽¹²⁾ realizado na população brasileira (4% vs. 6,2%). Quando comparada a outros estudos em localidades específicas, também foi possível verificar discrepância, como, por exemplo, no trabalho transversal realizado com a população da cidade de Bambuí-SP, que apesar de ter encontrado prevalência de diabetes na população de 18 a 59 anos de 2,33%, nos indivíduos acima de 60 anos esse número subiu para 14,59%⁽¹³⁾. Da mesma forma, em investigação com inquérito domiciliar na população urbana de Ribeirão Preto-SP, com idade de 30 a 69 anos, foi observado que 12% dos moradores eram diabéticos⁽¹⁴⁾.

Em contrapartida ao observado em relação a diabetes, a prevalência de artropatias (18%) foi quase o dobro da encontrada em estudo representativo conduzido em população brasileira, cuja frequência verificada foi de 10,5%⁽¹²⁾. Por outro lado, foi inferior aos 25% encontrados em estudo transversal de base populacional conduzido no Estado de Minas Gerais⁽¹⁵⁾. Entretanto, essa última comparação deve ser feita com cuidado, uma vez que é importante ressaltar que a amostra foi composta por 1606 idosos (≥ 60 anos), ao contrário do presente estudo, que teve variação de idade entre 18 a 88 anos, sendo que a predominância de participantes esteve no grupo etário de 18 a 39 anos.

A frequência elevada de artropatias pode estar relacionada com as características da amostra em que, por ser de baixa renda e pouca escolaridade, questões associadas a essa doença crônica⁽¹²⁾, geralmente exercem atividades ocupacionais braçais, como serviços de carga e descarga nos mais diversos setores da economia (setor alimentício, construção civil e limpeza pública), no caso dos homens, e trabalhos domésticos de alta intensidade (ex: limpar a casa e lavar grandes quantidades de roupa sem o auxílio de máquinas), no caso das mulheres.

Vale destacar que nas discussões acima, com exceção de um estudo⁽¹²⁾ que representa bem a população brasileira como um todo, as comparações devem ser ponderadas, pois, apesar de os dados serem representativos da população de cada localidade onde foram desenvolvidas as pesquisas, cada região do país possui particularidades ambientais, sociais, políticas e econômicas que podem influenciar nos processos saúde-doença. Entretanto, a carência de investigações locais com a mesma proposta do presente estudo dificulta a comparação com amostras similares.

A não ocorrência de referência a câncer deve ser vista com cautela, pois não se pode esquecer que os diversos tipos de tumores malignos, geralmente, manifestam-se a partir dos 40 a 50 anos, sendo, por isso, pouco freqüente o diagnóstico em pessoas jovens, como é o caso da maioria (57%) na amostra estudada.

Na análise estratificada por sexo, verificou-se que não houve diferença estatística na prevalência de doenças crônicas degenerativas, sugerindo que, entre os usuários da USF investigada, o risco para desenvolver essas condições independe do sexo. Esses dados contrastam com a maioria dos estudos nacionais, como, por exemplo, uma investigação realizada em 250 setores censitários do Brasil⁽¹²⁾, por amostragem probabilística, que teve como um dos objetivos verificar a prevalência de seis doenças crônicas, das quais artrite e diabetes mellitus se mostraram significativamente mais prevalentes em mulheres. Por outro lado, em relação à hipertensão arterial, já é bem estabelecido na literatura que homens, devido à maior exposição a fatores de risco comportamentais (tabagismo, alcoolismo, estresse, dentre outros) e a causas ainda desconhecidas, apresentam prevalência significativamente maior, quando comparados às mulheres^(11,16-18).

No entanto, é importante ressaltar que um problema inerente à significância estatística, ou ao valor do p , é que este reflete tanto a magnitude das diferenças entre os grupos, quanto o tamanho da amostra. Conseqüentemente, pode não ocorrer significância estatística se o tamanho da amostra é insatisfatório, o que pode ter ocorrido no presente estudo.

Outro ponto que merece destaque nessa investigação é o fato de que a amostra foi constituída predominantemente por mulheres (74%). Essa porcentagem pode ser justificada pela forma com que os dados foram coletados, ou seja, em domicílio e horário comercial em que geralmente os homens, na sua grande parte chefes de família, estão trabalhando. Porém, apesar de não poder desconsiderar a possibilidade de viés, acredita-se que o caráter aleatório da seleção das famílias (sorteio) pode ter contribuído para minimizar esse problema.

As limitações do presente estudo estão, particularmente, no fato de se utilizar um modelo transversal, que, de acordo com alguns autores, é empregado nos trabalhos de base epidemiológica em que fator e efeito são observados num mesmo momento histórico⁽⁵⁾. Um outro fator limitante é o fato de as doenças terem sido auto-relatadas, uma vez que as informações coletadas dependem do testemunho, podendo assim sofrer influência de fatores como memória, capacidade de compreensão, interesse e até mesmo conhecimento. Dessa forma, como, na maioria das vezes, trata-se de doenças assintomáticas, a prevalência desses problemas de saúde pode ter sido subestimada no presente estudo.

Este estudo mostrou prevalência elevada de hipertensão e artropatias em usuários de uma USF, o que sugere a ênfase na prevenção primária, na ampliação do diagnóstico precoce e na vinculação de portadores à rede básica de saúde, como preconiza o Plano de Reorganização Básica do MS⁽³⁾. Nessa mesma lógica, especialistas⁽¹⁹⁾ têm sugerido novas formas de atuação que se baseiam no processo educacional e de conscientização capazes de alcançar melhores resultados a curto, médio e longo prazo, a partir de estratégias que convergem para detecção precoce, atendimento (redução da velocidade de instalação das complicações secundárias) e autogerenciamento (responsabilidade de se cuidar). Tal necessidade é plenamente justificável e urgente, uma vez que a hipertensão é o principal fator de risco para a maior causa de morte no Brasil: as doenças cardiovasculares⁽³⁾; as artropatias também são consideradas, no Brasil e em diversos outros países, um dos principais fatores associados à incapacidade para o trabalho na população ativa economicamente, podendo gerar altos custos de tratamento e grandes impactos na economia dos países⁽¹²⁾.

Dessa forma, infere-se que, ao prestar atendimento e acompanhamento aos usuários portadores de hipertensão e artropatias dentro da área de abrangência, essa ESF primará por atender os princípios da universalidade, equidade e integralidade, buscando, assim, fortalecer a construção e consolidação do SUS.

Os resultados apresentados podem ser utilizados como ponto de partida para a elaboração de estratégias que visem à participação em programas direcionados à promoção e recuperação da saúde na área de abrangência da USF investigada, já que permitiu identificar os grupos (hipertensos e portadores de artropatias) que devem receber atenção prioritária. Levantamentos deste tipo são imprescindíveis para identificar os subgrupos populacionais expostos a maior risco, auxiliando o desenvolvimento de intervenções mais eficientes, quanto à vigilância e promoção da saúde. Recomendam-se levantamentos de prevalência de doenças crônicas degenerativas em áreas de abrangência de outras USFs municipais, estaduais e nacionais, para efeito de comparação.

CONCLUSÃO

Verificou-se que um elevado número de indivíduos cadastrados na USF relatou presença de doença crônica degenerativa. As expressivas proporções de doenças, como hipertensão e artropatias, podem ser utilizadas para justificar a atuação de uma equipe multiprofissional, pois estas doenças, na maioria das vezes, são de origens multifatoriais. Não foi possível identificar nenhum caso de câncer, e as doenças arteriovenosas apresentaram baixas prevalências.

Novos estudos com associação entre as doenças e indicadores comportamentais, hábitos nutricionais, nível de atividade física e estado nutricional devem ser realizados para que seja possível desenvolver uma melhor compreensão de fatores que tendem a influenciar no quadro investigado.

AGRADECIMENTOS

À equipe da Unidade de Saúde da Família Dr. Milton Rabello I, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde e à Profª Juscélia Oliveira.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997.
2. Franco T, Merhy E. PSF: contradições e novos desafios. São Paulo: Conferencia Nacional de Saúde On-Line, 2000. [Acesso em 2004 Jul 31]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas Públicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: fase de detecção de casos suspeitos de DM. Rev Saúde Pública 2001; 35:490-3.
4. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Caderno de informações de saúde: Informações gerais. Secretaria Executiva. [Acesso em 2005 Abr 20]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cadernosmap.htm>.
5. Pitanga FJG. Epidemiologia da atividade física, exercício físico e saúde. 2ªed. São Paulo: Phorte; 2004.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. A implantação da unidade de saúde da família. In: Costa-Neto MM editor. Caderno de atenção básica: Programa de Saúde da Família. Brasília, 2000. p.15.
7. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ªed. São Paulo: Atlas, 1999.
8. Soares JF, Siqueira AL. Introdução à estatística médica. Belo Horizonte: UFMG. Departamento de Estatística;1999.
9. Muxfeldt ES, Nogueira AR, Salles GF, Bloch KV. Demographic and clinical characteristics of hypertensive patients in the internal medicine outpatient clinic of a university hospital in Rio de Janeiro. São Paulo Med J 2004; 122(3):87-93.

10. Costa JSD, Fuchs SC, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, et al. Cost-effectiveness of hypertension treatment: a population-based study. São Paulo Med J 2002; 120(4):100-4.
11. Mion Jr. D, Pierin AMG, Bambirra AP, Assunção JH, Monteiro JM, Chinen RY, Coser RB, Aikawa VN, Cacão FM, Hansen M, Vilibor MF, Aikawa NE, Konno SN, Coser RB. Hypertension in employees of a university general hospital. Rev Hosp Clín Fac Med Univ S Paulo 2004; 59(6):329-36.
12. Theme-Filha MM, Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB. Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil. Cad Saúde Pública 2003; 21:S43-S53.
13. Passos VMA, Barreto SM, Diniz LM, Lima-Costa MF. Type 2 diabetes: prevalence and associated factors in a Brazilian community – the Bambuí health and aging study. São Paulo Med J 2005; 123(2):66-71.
14. Torquato MTCG, Montenegro Jr. RM, Viana LAL, Souza RAHG, Lanna CMM, Lucas JCB. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. São Paulo Med J 2003; 121(6):224-30.
15. Machado GPM, Barreto SM, Passos VMA, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: prevalência de sintomas articulares crônicos em idosos. Rev Assoc Med Bras 2004; 50:367- 72.
16. Marcopito LF, Rodrigues SSF, Pacheco MA, Shirassu MM, Goldfeder AJ, Moraes MA. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. Rev Saúde Pública 2005; 39:738-45.
17. Rego RA, Berardo FAN, Rodrigues SSR, Oliveira ZMA, Oliveira MB, Vasconcellos C. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. Rev Saúde Pública 1990; 24:277-85.
18. Sabry MOD, Sampaio HAC, Silva MGC. Hipertensão e obesidade em um grupo populacional no Nordeste do Brasil. Rev Nutr 2002; 15:139-47.
19. Silva CAB. A educação no tratamento das doenças crônico-degenerativas. RBPS 2006; 19:195-6.

Endereço para correspondência:

Raildo da Silva Coqueiro
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC- Centro de Desportos – CDS.
Coordenação de Pós-graduação em Educação Física
Campus Universitário, Trindade, Florianópolis - SC
CEP: 88040-900
E-mail: raildo@cds.ufsc.br