

Rastreamento de hipertensão e diabetes em um supermercado de grande porte de Belo Horizonte

Screening of hypertension and diabetes in a large supermarket in Belo Horizonte

DOI:10.34117/bjdv7n4-597

Recebimento dos originais: 04/02/2021

Aceitação para publicação: 01/03/2021

Alicia Thandresse Viana Castro

Graduanda em Medicina pela PUC Minas, campus Betim

Endereço: Rua do Rosário, 1081. Bairro Angola. Betim – Minas Gerais. CEP: 32604-115

E-mail: aliciavianac@gmail.com

Ana Flávia Amaral Durigueto

Graduanda em Medicina pela PUC Minas, campus Betim

Endereço: Rua do Rosário, 1081. Bairro Angola. Betim – Minas Gerais. CEP: 32604-115

E-mail: anaflaviaamarald@gmail.com

André Linhares Alvim

Graduando em Medicina pela PUC Minas, campus Betim

Endereço: Rua do Rosário, 1081. Bairro Angola. Betim – Minas Gerais. CEP: 32604-115

E-mail: andre.linharesgh15@gmail.com

Flávia Alves dos Santos

Graduanda em Medicina pela PUC Minas, campus Betim

Endereço: Rua do Rosário, 1081. Bairro Angola. Betim – Minas Gerais. CEP: 32604-115

E-mail: flavinhalves@hotmail.com

Julia Magalhães Teixeira

Graduanda em Medicina pela PUC Minas, campus Betim

Endereço: Rua do Rosário, 1081. Bairro Angola. Betim – Minas Gerais. CEP: 32604-115

E-mail: julia.magalhaes@sga.pucminas.br

Lucca Batista Rocha Menezes

Graduando em Medicina pela PUC Minas, campus Betim

Endereço: Rua do Rosário, 1081. Bairro Angola. Betim – Minas Gerais. CEP: 32604-115

E-mail: luccabrm@hotmail.com

Daniela Carla Medeiros Silva

Orientadora e professora do curso de Medicina da PUC Minas, campus Betim.

Doutora em Bioquímica e Imunologia

Endereço: Rua do Rosário, 1081. Bairro Angola. Betim – Minas Gerais. CEP:
32604-115

E-mail: danielamedeirossilva@yahoo.com

RESUMO

Este artigo apresenta resultados de um rastreamento de funcionários de um supermercado de Belo Horizonte, a fim de identificar indivíduos com níveis glicêmicos e pressóricos alterados. A atividade foi realizada em dois momentos e participaram 46 funcionários. No primeiro momento, foi aplicado um questionário, mensurados dados antropométricos e realizada aferição pressão arterial e glicemia capilar; no segundo, houve apresentação dos resultados aos funcionários e os mesmos foram orientados quanto a hábitos de vida saudáveis. Observaram-se casos de obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2 nessa população. A educação em saúde é fundamental para que as pessoas se conscientizem da importância da manutenção de hábitos de vida saudáveis, já que as doenças crônicas analisadas possuem grande relação com o estilo de vida adotado.

Palavras-chave: Doenças crônicas. Prevenção. Promoção da saúde. Hábitos de vida saudáveis.

ABSTRACT

This article presents the screening of employees of a supermarket in Belo Horizonte in order to identify people with altered glycemic and blood pressure levels. The activity was carried out in two moments and 46 employees participated. At the first moment, a questionnaire was applied, measuring anthropometric data and gauged blood pressure and capillary glycemia; in the second, the results were presented to employees and they were instructed on healthy lifestyle habits. Obesity, hypertension and type 2 diabetes mellitus were observed in this population. Health education is fundamental for people to be aware of the importance of maintaining healthy living habits, since the chronic diseases analyzed have a great relationship with the lifestyle adopted.

Keywords: Chronic diseases. Prevention. Health promotion. Healthy living habits.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o cenário atual da saúde é marcado pelo expressivo aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), associado ao aumento da adoção de estilos de vida pouco saudáveis, com destaque para a alimentação rica em açúcares e gorduras, a falta de atividade física e o tabagismo, decorrentes dos processos de industrialização e globalização (CALVACANTI *et al.*, 2011). Mesmo com o atual reconhecimento dos benefícios de uma alimentação adequada, rica em frutas, verduras, cereais integrais e

fibras, bem como da prática regular de atividade física e do incentivo ao não tabagismo para a promoção da saúde, prevenção e controle das DCNT, muitos brasileiros apresentam dificuldades em aderir a estilos de vida mais saudáveis (CALVACANTI *et al.*, 2011).

Nesse contexto, no decorrer do 3º período, os alunos observaram, durante as consultas médicas, uma alta prevalência de doenças crônicas como obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus na faixa etária de 35 a 70 anos. Considerando que tais doenças podem ser minimizadas com uma educação em saúde que busque orientar o indivíduo sobre hábitos de vida saudáveis, o grupo decidiu realizar um rastreamento em funcionários de um supermercado em Belo Horizonte, a fim de identificar possíveis indivíduos com tais doenças e, posteriormente, orientá-los.

O presente estudo foi realizado durante as atividades curriculares em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Belo Horizonte, por acadêmicos da Faculdade de Medicina da PUC Minas, *campus* Betim, como parte das atividades da disciplina Práticas na Comunidade III - Adultos. Tal disciplina é ministrada no 3º período do referido curso e possui como eixo norteador a prática curricular de extensão. Esse estudo cumpriu com as condicionalidades de uma extensão universitária na medida em que proporcionou mudanças nas duas dimensões complementares - estudantes e comunidade -, reforçando uma indissociabilidade entre ensino, extensão e pesquisa, ao fazer a vinculação teórica e prática que permitiu colocar o estudante como protagonista de sua formação. (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS, 2015).

Além de promover um olhar atento para as políticas públicas, valorizou-se a interdisciplinaridade, na medida em que proporcionou um diálogo entre acadêmicos e diferentes profissionais da saúde, discutindo-se previamente a atividade com a equipe multiprofissional, composta por técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, todos capacitados para a verificação da pressão arterial e da glicemia capilar. Nesse sentido, a abordagem da equipe trouxe diferentes visões sobre como realizar a prática de intervenção, enquanto os alunos incentivaram esses profissionais da Atenção Primária à Saúde, que poderão dar seguimento a essa prática de rastreamento na comunidade por meio da metodologia apresentada. Assim, conseguiram adentrar no ramo da saúde do

trabalhador, também por meio da educação em saúde, visando prevenir doenças crônicas, o que eleva a qualidade da intervenção prestada.

O objetivo geral deste estudo foi identificar pessoas com níveis glicêmicos e pressóricos alterados. Já os objetivos específicos foram relacionar e analisar as informações colhidas de cada pesquisado com os dados encontrados no rastreamento e realizar ações de promoção de saúde com orientações aos funcionários quanto aos resultados obtidos e à prevenção das doenças abordadas no estudo.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 METODOLOGIA

Foi realizada uma intervenção no dia 06/11/2018, às 14h, no supermercado escolhido para a realização do estudo, em Belo Horizonte. A intervenção consistiu em realizar um rastreamento de hipertensão arterial, diabetes mellitus e obesidade. Para isso, foi feito um circuito, sendo a atividade dividida em etapas. A primeira etapa consistiu em aplicar um questionário aos funcionários abordando dados como: nome, idade, sexo, hábitos de vida, história familiar e pregressa de doenças e uso de medicamentos. Já a segunda consistiu na mensuração de dados antropométricos: peso, altura, circunferência abdominal e cálculo do índice de massa corporal (IMC). Posteriormente, na terceira etapa, foi realizada a aferição da pressão arterial e, na quarta, a mensuração da glicemia capilar.

Foram colhidas informações de 46 funcionários. Para a análise dos dados, foi realizada uma tabela, na qual foram digitalizadas as informações de todos os funcionários envolvidos. Cada um foi catalogado e classificado em grupos, como no caso do grupo sobrepeso, por exemplo: os funcionários foram divididos em baixo peso, peso normal, sobrepeso, obesidade grau I, II e III. No caso da pressão arterial, foram classificados em níveis pressóricos normais ou alterados. Quanto à glicemia capilar, foram classificados em glicemia normal ou alterada. Em seguida, foram construídos gráficos.

No dia 13/11/2018, o grupo realizou uma apresentação coletiva para os funcionários do supermercado, quando foram repassadas as informações colhidas na semana anterior, respeitando-se o anonimato de cada indivíduo, a análise dos dados e foram dadas orientações com o objetivo de incentivar a alimentação saudável, a prática de atividade física e a cessação do tabagismo. O grupo enfatizou como a adoção de um estilo de vida saudável é essencial para se evitar as DCNT e abordou o manejo de doenças

já existentes. Ademais, foi explicado o que são a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e a obesidade.

Depois da apresentação coletiva, os funcionários se organizaram em uma fila e os alunos se dividiram, com o auxílio da Dr.^a Daniela, para realizar as orientações de promoção de saúde. Para a avaliação individual, foram consultados os valores de IMC, pressão arterial, glicemia capilar, bem como os hábitos de vida (alimentação, tabagismo, práticas de atividades físicas), história familiar e história pregressa de cada funcionário. Dessa forma, os alunos consultavam a tabela com as informações do funcionário e o orientavam, sugerindo o que poderia ser feito para melhorar aquele cenário específico.

Com o objetivo de avaliar se a intervenção foi efetiva, foram distribuídos questionários de satisfação solicitando que os funcionários escolhessem entre cinco categorias – ótimo, muito bom, bom, regular e ruim – a palavra que melhor descrevesse a intervenção. Foram colhidas as seguintes informações: 39 funcionários consideraram a intervenção como ótima, 4 funcionários como muito boa, 3 funcionários como boa e nenhum funcionário como regular ou ruim.

Como avaliação da intervenção, o grupo alcançou um resultado satisfatório, tendo em vista que atingiu seu objetivo e obteve uma boa adesão dos funcionários. Um ponto positivo foi a possibilidade de inserção no contexto da comunidade envolvida, adequando as orientações de forma individualizada para cada funcionário, fazendo com que a atividade tivesse grande valor educacional para os participantes. Além disso, o grupo também foi beneficiado, já que houve um compartilhamento horizontal das informações entre alunos e funcionários e entre os próprios funcionários, possibilitando a troca de conhecimentos e de experiências no contexto dos envolvidos.

Como facilitadores da atividade, destacamos o interesse dos alunos e a boa adesão dos funcionários. Como dificultadores, o pouco tempo para apresentação e *feedback* aos funcionários e, em alguns momentos, a dificuldade em manter a atenção dos funcionários.

2.2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.2.1 Hipertensão arterial

Inicialmente, o conceito de hipertensão arterial (HA) é definido como uma condição clínica multifatorial caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos, sendo que os valores das pressões máxima e mínima são iguais ou

ultrapassam os 140/90 mmHg. Frequentemente está associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e alterações estruturais de órgãos-alvo, podendo ser agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

No Brasil, essa doença crônica atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Os fatores de risco para HA, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), envolvem:

- Idade: há uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HA;
- Sexo e etnia: é maior a prevalência entre mulheres e pessoas de cor preta;
- Excesso de peso e obesidade;
- Ingestão de sal: o consumo excessivo de sódio se constitui como um dos principais fatores de risco para HA, associando-se a eventos cardiovasculares e renais;
- Ingestão de álcool: o consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas aumenta a pressão arterial (PA) de forma consistente;
- Sedentarismo;
- Fatores socioeconômicos: adultos com menor nível de escolaridade apresentaram maior prevalência da doença;
- Genética.

Em sequência, o diagnóstico precoce de HA é de extrema importância, devido à alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida. Esse diagnóstico não requer tecnologia sofisticada e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e com poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica – AB (BRASIL, 2013b).

Para tanto, todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando se dirigir à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros,

e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, deverá tê-la verificada e registrada. Portanto, a PA deve ser aferida em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde devidamente capacitados (BRASIL, 2013b).

A aferição da PA pode ser feita dentro ou fora do consultório. Dentro do consultório, recomendam-se etapas para a realização da medição: determinar a circunferência do braço no ponto médio entre acrômio e olécrano; selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço; colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital; centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial; estimar o nível da pressão arterial sistólica (PAS) pela palpação do pulso radial; palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva; inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido pela palpação; proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo); determinar a PAS pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff) e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação; determinar a pressão arterial diastólica (PAD) no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff); auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa; se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a PAD no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da PAS/PAD/zero; realizar pelo menos duas medições, com intervalo em torno de um minuto. Medições adicionais deverão ser realizadas se as duas primeiras forem muito diferentes. Caso se julgue adequado, deve-se considerar a média das medidas; medir a pressão em ambos os braços na primeira consulta e usar o valor do braço onde foi obtida a maior pressão como referência; informar o valor de PA obtido para o paciente; anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a PA foi medida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Em contrapartida, fora do consultório, a PA pode ser obtida através da medição residencial da pressão arterial (MRPA), com protocolo específico, ou da monitorização ambulatorial de pressão arterial (MAPA) de 24 horas. Ambas fornecem informações semelhantes da PA, porém só a MAPA avalia a PA durante o sono. Entretanto, estimam o risco CV, devendo ser consideradas aplicáveis para a avaliação da PA fora do

consultório, respeitando-se as suas indicações e limitações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

De acordo com os valores pressóricos obtidos no consultório, podemos classificar a pressão arterial em normotensão, PA limítrofe e hipertensão arterial sistêmica. Uma pressão ótima é aquela com valores sistólicos menores que 120 mmHg e diastólicos menores que 80 mmHg, mas ela é considerada normal até 130 mmHg para sístole e 85 mmHg para diástole e passa a ser limítrofe se a pressão sistólica está entre 130 e 139 mmHg e/ou a diastólica entre 85 e 89 mmHg. Já para ser classificado como hipertenso em estágio I, o indivíduo deve ter a pressão sistólica entre 140 e 159 mmHg e/ou a diastólica entre 90 e 99 mmHg; hipertenso em estágio II com valores sistólicos entre 160 e 179 mmHg e/ou diastólicos entre 100 e 109 mmHg; hipertenso em estágio III, por fim, é aquele que tem a pressão sistólica maior ou igual a 180 mmHg e/ou a diastólica maior ou igual a 110 mmHg (BRASIL, 2013b). Entretanto, existem possibilidades de diagnóstico de acordo com a medida casual de PA, MAPA ou medidas domiciliares. Nesse caso, um indivíduo pode ter hipertensão do avental branco, quando sua pressão medida no consultório é maior ou igual a 140/90mmHg, mas com o MRPA ou MAPA, sua pressão está normal. O contrário também pode acontecer e se chama hipertensão mascarada, que é quando a pressão está normal no consultório, mas quando é medida em casa, está aumentada. Outras possibilidades são a normotensão ou hipertensão controlada, quando os valores pressóricos estão regulares, e a hipertensão ou hipertensão não controlada, quando a pressão está alta tanto no consultório, quanto nos outros tipos de medida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Por último, a abordagem terapêutica da PA elevada inclui medidas não medicamentosas e o uso de fármacos anti-hipertensivos a fim de reduzir a PA, proteger órgãos-alvo e prevenir desfechos cardiovasculares e renais. Medidas não medicamentosas têm se mostrado eficazes na redução da PA, apesar de limitadas pela perda de adesão de médio e longo prazo. Revisão sistemática de estudos com duração mínima de 12 a 24 meses, combinando intervenções dietéticas e atividade física de média a alta intensidade, em pacientes usando ou não medicações, revelou redução da PAS e da PAD por período menor que 12 meses (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

2.2.2 Diabetes mellitus

Em primeiro lugar, entende-se como diabetes mellitus (DM) um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo. Por conseguinte, essas complicações crônicas micro e macrovasculares se associam ao aumento de morbidade, redução da qualidade de vida e elevação na taxa de mortalidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017). A World Health Organization (WHO, 2016) estimou que, em 2014, o número de indivíduos acima de 18 anos que viviam com diabetes mundialmente era de 422 milhões e esse número só tem crescido.

O DM tipo 2 abrange cerca de 90% dos casos de diabetes na população, sendo seguido em frequência pelo DM tipo 1, que responde por aproximadamente 8% (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010 apud BRASIL, 2013a, p.28). A DM tipo 1 é uma doença autoimune, poligênica, decorrente da destruição das células β pancreáticas, ocasionando deficiência completa na produção de insulina. Já a DM tipo 2 possui etiologia complexa e multifatorial, envolvendo componente genético e ambiental. Trata-se de doença poligênica, com forte herança familiar, ainda não completamente esclarecida, cuja ocorrência tem contribuição significativa de fatores ambientais. Dentre eles, hábitos dietéticos e inatividade física, que contribuem para a obesidade, destacam-se como os principais fatores de risco. O desenvolvimento e a perpetuação da hiperglicemia ocorrem concomitantemente com hiper glucagonemia, resistência dos tecidos periféricos à ação da insulina, aumento da produção hepática de glicose, disfunção incretínica, aumento da lipólise e consequente aumento de ácidos graxos livres circulantes, aumento da reabsorção renal de glicose e graus variados de deficiência na síntese e na secreção de insulina pelas células β pancreáticas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017). Além desses tipos, o diabetes gestacional também merece destaque, devido ao seu impacto na saúde da gestante e do feto (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010 apud BRASIL, 2013a, p. 29).

Para o diagnóstico da doença, as categorias de tolerância à glicose têm sido definidas com base nos seguintes exames por indicação da Sociedade Brasileira de Diabetes (2017):

- Glicemia em jejum: deve ser coletada em sangue periférico após jejum calórico de no mínimo 8 horas;
- Teste oral de tolerância à glicose (TOTG): permite a avaliação da glicemia após sobrecarga, que pode ser a única alteração detectável no início do DM, refletindo a perda de primeira fase da secreção de insulina;
- Hemoglobina glicada (HbA1c): oferece vantagens ao refletir níveis glicêmicos dos últimos 3 a 4 meses e ao sofrer menor variabilidade dia a dia e independe do estado de jejum para sua determinação.

A confirmação do diagnóstico de DM requer repetição dos exames alterados, idealmente o mesmo exame alterado em segunda amostra de sangue, na ausência de sintomas inequívocos de hiperglicemia. Pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia, tais como poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento, devem ser submetidos à dosagem de glicemia ao acaso e independente do jejum, não havendo necessidade de confirmação por meio de segunda dosagem caso se verifique glicemia aleatória maior ou igual 200 mg/dL (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

O controle dos níveis glicêmicos é essencial para o tratamento do DM. Com a realização do controle metabólico, o paciente mantém-se assintomático e previnem-se as complicações agudas e crônicas, promovendo a qualidade de vida e reduzindo a mortalidade.

O tratamento do DM tipo 2 consiste na adoção de hábitos de vida saudáveis, como uma alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo, acrescido ou não do tratamento farmacológico. Estes hábitos de vida saudáveis são a base do tratamento do diabetes e possuem uma importância fundamental no controle glicêmico, além de atuarem na limitação de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares. Já o portador de DM tipo 1, apesar de geralmente ser acompanhado pela Atenção Especializada, também deve ter seu cuidado garantido na Atenção Básica, pois o tratamento do DM tipo 1, além da terapia não farmacológica, exige sempre a administração de insulina (BRASIL, 2013a).

Por fim, o diabetes mellitus (DM) não controlado pode provocar, em longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Estudos epidemiológicos sustentam a hipótese de uma relação direta e

independente entre os níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular. Também está associado ao aumento da mortalidade e ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares, bem como de neuropatias. Dessa forma, o DM é considerado causa de cegueira, insuficiência renal e amputações de membros, sendo responsável por gastos expressivos em saúde, além de substancial redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida (SCHMIDT et al., 2010 apud BRASIL, 2013a, p. 67). Portanto, a detecção de retinopatia, nefropatia, neuropatia e pé diabético deve ser realizada em tempo oportuno, com definição de responsabilidades compartilhadas entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção, para acompanhamento e seguimento do caso.

2.2.3 Obesidade

Por definição, a obesidade consiste em uma doença crônica que possui como característica principal a acumulação exacerbada de gordura corporal. Em termos gerais, a obesidade é considerada um grande fator de risco para uma série de agravantes na saúde de uma pessoa, tais como diabetes, doenças cardiovasculares e câncer (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA, 2016).

Em meio a sua complexa etiologia, constata-se que a obesidade é uma doença de cunho multifatorial, resultado de alguns fatores marcantes combinados, como a expressão de genes, a influência do ambiente e também o estilo de vida de cada pessoa. Sendo assim, no que diz respeito ao seu tratamento e prevenção, constata-se que a enfermidade deve possuir uma abordagem multiprofissional e intersetorial, haja vista que a condição não deve ser limitada apenas ao setor da saúde, pois se deve considerar que atualmente uma expressiva parcela da população se encontra nessa condição (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Quanto ao seu diagnóstico, deve-se utilizar uma mescla entre a medida de massa corporal e a distribuição de gordura e, para isso, utilizam-se as medidas antropométricas. A maneira mais utilizada atualmente para classificar e diagnosticar a obesidade é por meio do Índice de Massa Corporal (IMC). Sendo assim, a OMS elaborou parâmetros em que é possível estabelecer uma classificação da obesidade. De acordo com esse critério, IMCs menores que 18,5 indicam baixo peso, entre 18,5 e 24,9 indicam peso normal e

acima de 25 indicam obesidade. Já a obesidade pode ser dividida em grau I (IMC entre 30 e 34,9), grau II (IMC entre 35 e 39,9) e grau III (IMC maior que 40) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA, 2016).

2.2.4 Índice de Massa Corporal (IMC) e Circunferência Abdominal

O Índice de Massa Corporal configura-se como a maneira mais utilizada para avaliar a adiposidade corporal. Sendo assim, por meio de um simples cálculo, que é obtido por meio da divisão do peso em kg pela altura em metros elevada ao quadrado ($\text{Peso atual (kg)}/\text{altura}^2 (\text{m}^2)$), conseguimos obter o valor do parâmetro (RECINE; RADAELLI, [2002?]).

Dessa forma, de maneira prática, simples e barata, é possível analisar a gravidade do excesso de peso. Todavia, o método apresenta algumas adversidades. Em primeiro lugar, devemos realizar a classificação de obesidade por meio do IMC apenas em adultos. Sendo assim, a avaliação feita em crianças e adolescentes deverá ser realizada de maneiras alternativas. Não obstante, o IMC não reflete a distribuição da gordura corporal; portanto, limita-se a avaliação completa da pessoa, pois o tipo de distribuição dessa gordura pelo organismo também é importante (total ou visceral) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA, 2016).

Aliado a isso, temos outra medida que ajuda na avaliação do estado nutricional do paciente, que é a circunferência abdominal. Com o auxílio de uma fita métrica, medimos no ponto médio entre o rebordo costal inferior e a crista ilíaca anterossuperior. Estipula-se como ponto de corte para risco cardiovascular aumentado a medida de circunferência abdominal igual ou superior a 94 cm em homens e 80 cm em mulheres caucasianas (ARAÚJO, 2015).

Dessa forma, constata-se que os dois parâmetros conseguem realizar certo direcionamento estratégico no que diz respeito a políticas de prevenção e tratamento precoce, como orientações para a prática de atividade física ou um encaminhamento para um profissional especializado, reduzindo, portanto, a morbimortalidade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA, 2016).

3 RESULTADOS

De acordo com os objetivos da pesquisa, os dados foram colhidos por meio de trabalho de campo, utilizando-se um questionário para se obterem informações sobre os hábitos de vida dos pesquisados. Assim, foi possível identificar um padrão de fatores que contribuem para níveis pressóricos e glicêmicos alterados. Além do questionário, as medidas antropométricas permitiram avaliar riscos para o desenvolvimento de doenças metabólicas. Visando a uma forma de se chegar ao objetivo específico, a medida de pressão arterial associada à mensuração da glicemia capilar ao acaso explicitou os casos de pesquisados classificados em normais, ou, quando fora dos padrões utilizados, como alterados.

Com a aplicação do questionário, foram encontrados os seguintes resultados sobre a alimentação: 7 homens e 14 mulheres consomem doces diariamente e 11 homens e 10 mulheres consomem frituras, o que superou em quantidade o consumo de verduras e frutas, que foi apenas 11 homens e 23 mulheres. O questionário abordou as doenças já prevalentes nessa população e como resultado, foi verificada a quantidade de pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus já previamente diagnosticadas, sendo que possuem o diagnóstico de diabetes um homem e três mulheres, e de hipertensão, dois homens e três mulheres.

Dentre as 46 pessoas pesquisadas, 4 tem menos de 20 anos; 8 tem idades entre 21-29 anos; 10 entre 30-39 anos; 9 estão na faixa dos 40-49 anos; 11 de 50-59 anos e 2 com 60 anos ou mais, totalizando 18 pessoas do sexo masculino e 28 do sexo feminino. Sabendo que a prevalência das doenças crônicas aumenta consideravelmente com a idade, fez-se necessário analisar o perfil etário da amostra, sendo a moda 30 a 39 anos, e a média masculina de 37, enquanto a feminina foi de 41 anos de idade.

Em relação ao tabagismo, a amostra possui quatro homens e três mulheres fumantes.

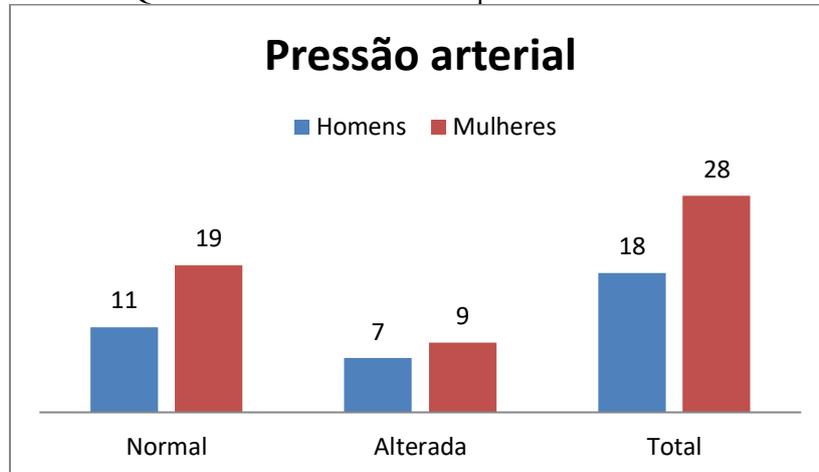
Tendo em vista a prática de atividade física regular, os dados colhidos demonstram um alto nível de sedentarismo. Entre os homens, 37,5% praticam atividade física regularmente. Da mesma forma, entre as mulheres, apenas 28% se exercitam.

Dentre os homens pesquisados, em relação ao histórico familiar, a maior prevalência foi de hipertensão arterial, visto que oito deles possuem histórico de hipertensão e três de diabetes na família. Com relação às mulheres da amostra, dentre o

histórico familiar, 38 familiares foram relatados como portadores da HAS e/ou DM, sendo que, destes, 17 são de diabetes e 21 de hipertensão.

A medida da pressão arterial foi capaz de identificar, naquele momento, homens e mulheres com níveis pressóricos alterados, como mostrado no gráfico 1. Entre os dezoito homens avaliados, sete apresentaram alteração da medida da pressão arterial, representando 39% do total de homens. Em contrapartida, das 28 mulheres avaliadas, nove possuíam níveis pressóricos acima de 140/90 mmHg, o que representa 32% do total de mulheres.

Gráfico 1 - Quantitativo de indivíduos com pressão arterial normal e alterada



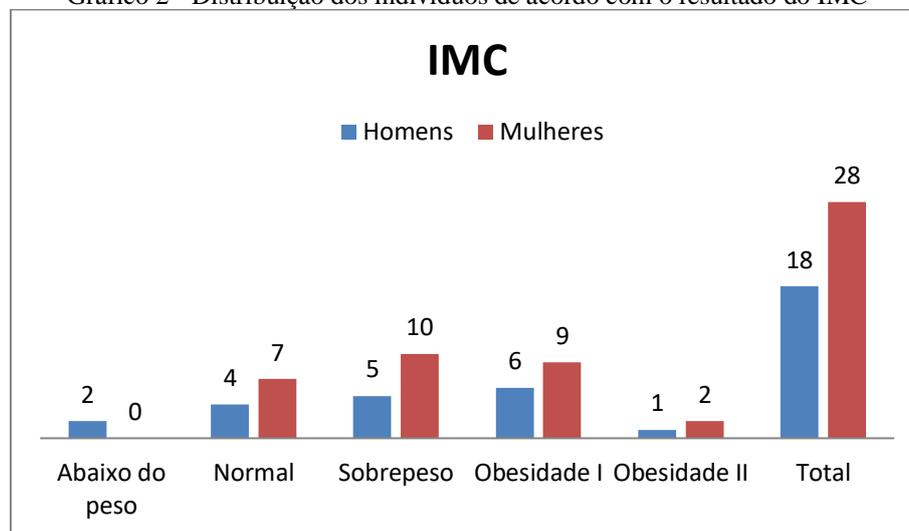
Fonte: Elaborado pelos autores, 2019.

Ao analisar a glicemia capilar casual, apenas um homem e uma mulher apresentaram níveis de glicose acima de 200 mg/dL. Com base no procedimento correto para avaliação do diabetes mellitus, os dois pesquisados foram questionados quanto à presença de sintomas clássicos de hiperglicemia. Ao verificarmos que não havia sintomas, foram orientados a agendar uma consulta médica para que, dessa forma, o procedimento correto de diagnóstico do diabetes mellitus fosse realizado; sabendo que, para assintomáticos, são necessários dois resultados de exames alterados para diagnóstico da doença (glicemia de jejum, TOTG ou hemoglobina glicada).

Além disso, a medida da circunferência abdominal demonstrou, pelos resultados, que a maior parte das mulheres analisadas possui um alto risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Situação diferente da encontrada nos homens analisados, dos quais a metade possui baixo risco de desenvolver algum tipo de doença cardiovascular.

Visando analisar casos de obesidade dentro da amostra, as medidas do peso e da altura foram utilizadas para o cálculo do índice de massa corporal (IMC). No gráfico 2, é apresentada a distribuição dos indivíduos de acordo com o resultado do IMC. Avaliando-se os números, observase que 33 pessoas, entre estes homens e mulheres, se concentram nas categorias sobrepeso, obesidade grau I e II, o que representa 72% da amostra. É um número extremamente alto, que vai ao encontro dos hábitos de vida pouco saudáveis adotados por essa população, como a má alimentação e o sedentarismo, aspectos já avaliados anteriormente.

Gráfico 2 - Distribuição dos indivíduos de acordo com o resultado do IMC



Fonte: Elaborado pelos autores, 2019.

Tendo como base os dados colhidos neste estudo, é possível inferir que o sedentarismo e a alimentação rica em gorduras e carboidratos são fatores muito presentes entre os pesquisados, demonstrando um estilo de vida que favorece o surgimento de alterações metabólicas. Nesse sentido, os dados colhidos revelam que o sobrepeso e a obesidade grau I são as faixas de índice de massa corporal prevalentes na amostra. Isso se relaciona aos hábitos de vida registrados, já que mais de 60% dos homens e 70% das mulheres são sedentários.

Dessa forma, se torna preocupante uma possível incidência de doenças crônicas como diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial nessa população. Essa pesquisa de campo, como analisou em apenas uma ocasião a pressão arterial e a glicemia capilar, não é capaz de inferir diagnósticos sobre os mesmos; porém, como forma de educação em saúde, foi realizada uma apresentação dos dados para os trabalhadores.

4 CONCLUSÃO

A apresentação dos dados colhidos foi de suma importância para que a pesquisa de campo se tornasse relevante para a comunidade. Dessa maneira, os pesquisados tiveram acesso a uma palestra na qual foram ressaltadas as intenções de se analisar todos os dados colhidos. Além disso, explicitamos como a prevenção primária é fundamental para evitar doenças crônicas.

Como uma forma de retorno para os pesquisados, os dados colhidos foram apresentados individualmente, além de serem oferecidas recomendações de promoção a saúde. Dentre as recomendações, foi ressaltada, principalmente, a importância da nutrição na prevenção de doenças e como manter uma alimentação balanceada. Nesse sentido, explicamos a importância da atividade física regular para o controle glicêmico, assim como para prevenir níveis pressóricos alterados.

Ao analisarmos o fato de que algumas pessoas tiveram a glicemia sanguínea e/ou a pressão arterial alterada, o grupo se encarregou de demonstrar a importância da atenção primária à saúde, com a intenção de que essas pessoas façam um acompanhamento médico regular, serviço disponível nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) próximas a residência de cada um.

Ficou perceptível para o grupo como a educação em saúde é fundamental para estimular pessoas a adotarem hábitos de vida saudáveis. Entre os pesquisados, poucos tinham a noção de que as doenças crônicas analisadas possuíam grande relação com o estilo de vida adotado por eles. Dessa maneira, ao relacionar os dados de hábitos de vida com a qualidade de vida e a incidência de doenças crônicas, ficou claro como as pessoas desejam uma melhora na qualidade de vida. Portanto, ao transmitirmos conhecimentos, é possível que a promoção de saúde realmente aconteça nesta população.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Guilherme T. **Antropometria**. 2015. Disponível em: <http://www.abran.org.br/cnnutro2016/areadoaluno/arquivos_aula_pratica/antropometri a.pdf> Acesso em: 08 mar. 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA (Brasil) (Org.). **Diretrizes Brasileiras da Obesidade**. 4. ed. São Paulo: Abeso, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf> Acesso em: 09 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf> Acesso em: 09 mar. 2019.

CAVALCANTI, C. L. et al. **Programa de intervenção nutricional associado à atividade física: discurso de idosas obesas**. CiencSaude Coletiva. 2011;16(5):2383-90. DOI:10.1590/S1413-81232011000500007

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS. **Resolução nº 02/2015**. Aprova o Regulamento da Pró-Reitoria de Extensão da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUC Minas (Processo CONSUNI nº 02/2015). Belo Horizonte: PUC Minas, 2015. Disponível em: <http://portal.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20151009142046.pdf> Acesso em: 15 mar. 2019.

RECINE, Elisabetta. **Obesidade e desnutrição**. 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obesidade_desnutricao.pdf> Acesso em: 08 mar. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Rio de Janeiro: **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 3, set. 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf> Acesso em: 09 mar. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Editora Clannad, 2017. 383p. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>> Acesso em: 09 mar. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Reporton Diabetes**. Switzerland: WHO, 2016. 88p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=0A33DC4413D504AD29E4BB28175F5AE9?sequence=1> Acesso em: 09 mar. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight**. 2015. Disponível em: <http://wedocs.unep.org/bitstream/handle/20.500.11822/18767/WHO_Obesity_and_overweight.pdf> Acesso em: 08 mar. 2019.