

ANÁLISE SITUACIONAL SOBRE AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E FATORES DE RISCOS MODIFICÁVEIS ASSOCIADAS À POPULAÇÃO ADULTA RECIFENSE COM BASE NOS DADOS DO VIGITEL 2018

SITUATIONAL ANALYSIS ON NON-TRANSMISSIBLE CHRONIC DISEASES AND MODIFIABLE RISK FACTORS ASSOCIATED WITH THE RECIFE'S ADULT POPULATION BASED ON VIGITEL 2018 DATA

Andreza Tatiana das Neves Santos¹

Diógenes José Gusmão Coutinho²

RESUMO: Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) atestam que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) respondem por 71% da totalidade de mortes que ocorreram ao redor do mundo em 2016. Na atualidade, o Brasil espelha o quadro sinalizado pelo (OMS), e as DCNT se revelam como uma das responsáveis pela morbimortalidade no Brasil. O Ministério da Saúde em atendimento ao apelo da Organização Mundial de Saúde lançou o Programa em saúde com ênfase em ações e metas com vistas à contenção das doenças respiratórias crônicas, diabetes, complicações cardiovasculares e as neoplasias malignas. Diante do cenário descrito, o presente trabalho tem como escopo primal apresentar um panorama epidemiológico da população do Recife-PE com base nos fatores riscos associados para o acometimento de doenças crônicas não transmissíveis fundamentado nos dados do Vigitel 2018. Em associação a esse objetivo apresentar os dados nacionais que permitam fazer uma averiguação das condições de saúde da população residente na cidade do Recife-Pernambuco. O presente estudo terá como objeto de investigação os dados do inquérito telefônico Vigitel, com recorte especial para o ano de 2018 para a cidade do Recife. As discussões giraram em torno da condição variante dos fatores de riscos associados às DCNT, e a escalada ascendente das doenças crônicas não transmissíveis na conjunção do perfil epidemiológico populacional brasileiro e com relevo para a população recifense. Deste modo, o Vigitel se tornou referência para a composição de políticas públicas de saúde tanto pelos entes federados quanto para a União a partir dos resultados exibidos pelo sistema em tela, apresentando o retrato das condições de saúde da população adulta com enfoque sobre o sexo, escolaridade, idade.

362

Palavras-Chave: Doenças crônicas. Epidemiologia. Fatores de riscos. Vigitel.

ABSTRACT: World Health Organization (WHO) data show that chronic noncommunicable diseases (NCDs) account for 71% of deaths worldwide occurring in 2016. Today, Brazil is mirrored or flagged by (WHO), and as NCD revealed as one of the responsible for morbidity and mortality in Brazil. The Ministry of Health in response to the appeal of the World Health

¹ Graduada em enfermagem pela Universidade Salgado de Oliveira- UNIVERSO, pós- Graduação em Saúde pública com ênfase em PSF- Faculdade INESP / Sindicato dos Enfermeiros do Estado de Pernambuco- SEEPE, especialista em Enfermagem do Trabalho- Faculdade Estácio de Sá e aluna regular do Mestrado Internacional em Políticas Públicas com ênfase em Saúde- Atenas College University (USA).

² Graduado em Biologia pela UFPE. Doutor em Biologia pela UFPE. E-mail: alphadiogenes@gmail.com.

Organization launched the Health Program with actions and goals aimed at containing chronic respiratory diseases, diabetes, cardiovascular complications and malignant neoplasms. Given the scenario described, the present work as primary scope presents an epidemiological overview of the population of Recife-PE, based on the risk factors associated with the occurrence of chronic non communicable diseases in the Vigitel 2018 data. In association with this important objective national data that make it possible to make an average of the health conditions of the population residing in the city of Recife the present study will have as object of investigation the data from the Vigitel telephone survey, with special appeal for the year 2018 in a city of Recife. As discussions around the condition of variation of factors associated with DCNT, and an upward escalation of chronic non communicable diseases in conjunction with the Brazilian population epidemiological profile and with relief for reefs. In this mode, Vigitel becomes a reference for a composition of public health policies, both for the federates and for the Union. Based on the results of the on-screen system, the portrait of health conditions of the adult population focusing on sex is presented, schooling, age.

Keywords: Chronic diseases. Epidemiology. Risk factors. Vigitel.

INTRODUÇÃO

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016) atestam que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) respondem por 71% da totalidade de mortes que ocorreram ao redor do mundo em 2016 (OMS, 2016). Com relevo para as patologias cardiovasculares (28%), os variados tipos de câncer (8%), as doenças respiratórias crônicas (6%) e as complicações decorrentes do diabetes (5%). (OMS,2019)

Na atualidade, o Brasil espelha o quadro sinalizado pelo (OMS), e as DCNT se revelam como uma das responsáveis pela morbimortalidade no Brasil. Para conter o avanço deste grupo de doenças, o Ministério da Saúde atendendo apelo da Organização Mundial de Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, com ênfase em ações e metas, com vistas à contenção das doenças respiratórias crônicas, diabetes, complicações cardiovasculares e as neoplasias malignas. Para o enfrentamento deste grupo de enfermidades é imperativo o controle de fatores de risco modificáveis e comuns às DCNT. (OMS, 2014)

Diante do cenário descrito, o presente trabalho tem como escopo primal apresentar um panorama epidemiológico da população do Recife-PE com base nos fatores de riscos associados para o acometimento de doenças crônicas não transmissíveis fundamentado nos dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Riscos e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) do ano de 2018. Em associação a esse objetivo apresentar os dados nacionais que permitam fazer uma averiguação das condições de saúde da população regional sem perder de vista o parâmetro nacional sobre os fatores de risco. Para cumprir tais ensejos, o presente estudo terá como objeto de investigação os dados do inquérito telefônico Vigitel, com

recorte especial para o ano de 2018 para o município do Recife.

As discussões giraram em torno da condição variante dos fatores de riscos associados às DCNT, e a escalada ascendente das doenças crônicas não transmissíveis na conjunção do perfil epidemiológico populacional, para tanto, o Brasil lançou em 2006, através do Ministério da Saúde em parceria com o Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo (Nupens/USP). Sendo o Vigitel 2018, hoje, uma importante fonte de averiguação e monitoramento das patologias elencadas como DCNT e seus fatores de riscos associados. (MALTA, 2014).

O Vigitel realiza anualmente pesquisa via Inquérito telefônico em todas as capitais do país e distrito federal, e contribui para os estudos que tratam da diade DCNT e fatores de riscos modificáveis, inclusive, apresentado dados com série histórica iniciada em 2006. O Vigitel se tornou referência para a composição de políticas públicas de saúde, tanto pelos entes federados, quanto para a União a partir dos resultados expostos pelo sistema em tela, apresentando o retrato das condições de saúde da população adulta com enfoque sobre o sexo, escolaridade, idade. (MALTA, 2018).

1 Marcadores de riscos para acometimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

De origem multifatorial, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) se apresentam no decurso da vida dos indivíduos e paulatinamente comprometem a saúde com características incapacitantes e tendência à morbidade. Dados do Ministério da Saúde apontam que 72 % de óbitos no país estão ligados ao conjunto de manifestações das doenças crônicas não transmissíveis. (MALTA, 2018).

Houve um processo de transição epidemiológica que retiraram o status das “[...] doenças infecciosas e parasitárias, principais causas de morte no início do século passado, e cederam lugar às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).” (TOSCANO, 2014, p. 16). Essa mudança tem reflexo direto na saúde pública que tem aglutinado forças com vista a conter o crescimento exponencial destas enfermidades. (BRASIL, 2008. p. 72).

A manifestação clínica em relevo, hoje, responde por grandes impactos econômicos negativos e sociais dados a condição de perda de qualidade de vida dos indivíduos e limitações causadas pela manifestação das DCNT. (MALTA, ET AL 2014). Em mesmo sentido, as “DNCT altamente prevalentes e consideradas um problema de saúde pública e que são condições que resultaram das “transições demográficas, nutricional e epidemiológica ocorridas no século passado”. (TOSCANO, 2014, p. 16).

Do ponto de vista clínico, as manifestações das doenças crônicas não transmissíveis

ocorrem “[...] após longo tempo de exposição aos fatores de risco e da convivência assintomática do indivíduo com a doença não diagnosticada mesmo quando os fatores de risco são perceptíveis”. (LESSA, 2004, p. 933). Produzindo diagnósticos tardios, em que a doença apresenta complicações exacerbadas e/ou fatais. Em posição complementar, é dito que um caminho para reversão dos altos índices de prevalência das DCNT na população brasileira pode ser “[...] revertido através de intervenções para a promoção da saúde, que a baixo custo termina resultando na redução destes fatores de risco, “melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno”. (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011, p. 426).

Figurar- Fatores de riscos associados às doenças crônicas não transmissíveis



Fonte: Ministério da Saúde /2018.

Sob a perspectiva epistemológica, a terminologia fatores de risco corresponde à “[...] probabilidade de que indivíduos saudáveis, mas expostos a determinados fatores, adquiram certa doença” (INCA, 2009). A organização Mundial da Saúde sagrou quatro importantes fatores de riscos como alvos prioritários para o enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis, são eles- “[...] fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial de álcool.” (DUNCAN,2012, p. 126). Há uma estimativa que os índices de mortalidade em torno de 50% estão associados às doenças crônicas não transmissíveis, abarcando a cirrose hepática e inúmeras tipologias de neoplasmas malignos. (LESSA, 2004).

Dentre os fatores de risco, (MALTA Et al., 2014, p. 544) reverbera que o tabagismo responde por 71% das notificações por neoplasia pulmonar, 42% das manifestações respiratórias recorrentes e próximo a 10% das manifestações clínicas de origem cardiovascular. Imediatamente posterior, a prática de atividade física descontinuada majora entre 20% e 30% os riscos de mortalidade prematura- responde pela taxa de óbitos para sujeitos com idade entre 30 e 69 anos. (BRASIL, 2011).

Nos aspectos nutricionais, as pesquisas de (DUCAN, 2012, p. 126) apontam que “os padrões de alimentação adotados nas últimas décadas podem ser prejudiciais de várias maneiras. Por exemplo, o consumo excessivo de sal aumenta o risco de hipertensão e eventos cardiovasculares”. Em sentido oposto, há uma diminuição no “[...] consumo regular de frutas e legumes diminui o risco de doenças cardiovasculares e de câncer gástrico e colorretal” (DUCAN, 2012, p. 128).

A literatura sobre o tema classifica-os como fatores alteráveis atrelados as doenças crônicas não transmissíveis, dentre eles, estão “[...] a hipertensão arterial, a ingestão de álcool e grandes quantidades, o diabetes mellitus, o sedentarismo, o estresse, a obesidade e o colesterol elevado.” (MALTA Et al., 2014, p. 560). Em meio aos fatores não modificáveis, estão listados, entre outros, a idade do paciente, o sexo e manifestação genotípica racial. (DUCAN, 2012, p.128). Destarte, “Os fatores de risco comportamentais são potencializados pelos fatores condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais.” (BRASIL, 2008, p. 16).

Diante do seu crescimento exponencial, a Organização Mundial de Saúde, em 2005 elaborou estratégias preventivas para o enfrentamento das DCNT. O Brasil, em atenção a essa demanda, lançou em 2011, o Plano de Ações estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) para o período de 2011-2022. Com enfoque plurissetorial, o dispositivo em discussão, deliberou e elegeu as ações prioritárias para o enfrentamento e contenção das manifestações clínicas das DCNT.

A promoção da saúde envolve o desenvolvimento de mudanças e práticas saudáveis para o indivíduo mediante a assistência dos profissionais à saúde e com o objetivo de evitar agravos. Ao conjunto de medidas capazes de reduzir vulnerabilidades e riscos relacionados aos seus determinantes e condicionantes denomina-se promoção. (PENHA Et al., 2015, p. 407).

O financiamento destas ações se torna um desafio silencioso, porquanto, as DCNT tem alto padrão de custos para o Sistema Único de Saúde, “[...] Se não prevenidas e gerenciadas adequadamente, demandam uma assistência médica de custos sempre crescentes, em razão da permanente e necessária incorporação tecnológica” (PENHA Et al., 2015, p. 407). Este custo é repartido para toda a tessitura social, “sendo que o contingente de óbitos prematuros e das condições clínicas incapacitantes [...], faz com que o enfrentamento das ‘novas epidemias’”, (PENHA Et al., 2015, p. 407), causadas por DCNT, demandem significativos investimentos em pesquisa, vigilância, prevenção, promoção da saúde e defesa de uma vida saudável. (MALTA, 2016, p. 46).

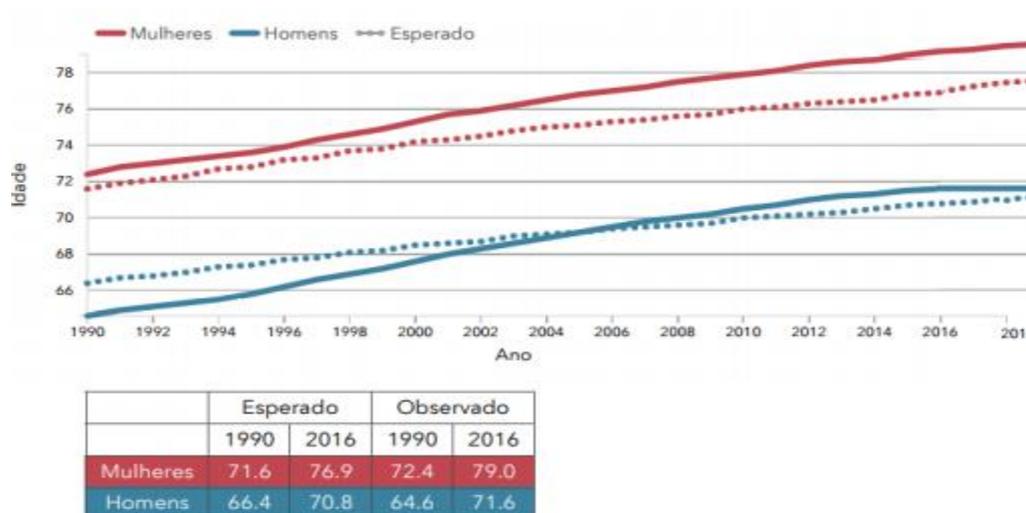
2.1 Avanços, lacunas e desafios na operacionalização do Plano de enfrentamento das Doenças Crônicas Não transmissíveis no Brasil

Em resposta ao desafio em criar mecanismos contenedores para o crescimento das DCNT, o Brasil vem apresentando dados positivos de acordo com as ações propostas no seu Plano de enfrentamento das Doenças Crônicas, porém, há percalços e desafios importantes a serem vencidos. “O plano, acertadamente, valoriza ações populacionais de Promoção à Saúde, que com frequência extrapolam o setor saúde”. (DUCAN, 2012).

Distribuídos entre os três eixos do plano em discussão, que trazem, segundo (DUCAN, 2012, p.134) “[...] duas grandes vantagens: pode reduzir a incidência das DCNT, o que é muito melhor do que tratá-las; e há fortes evidências de que sejam altamente custo-efetivas”, principalmente no caso do Brasil que verifica o aumento de expectativa de vida da população. (gráfico 1).

Os dados Vigitel 2006-2018 mostraram que “A mortalidade padronizada por doenças cardiovasculares diminuiu 46% e por doenças respiratórias, 26%. Em relação ao câncer e diabetes, as taxas padronizadas pouco se alteraram no período”. (DUCAN, 2012, p.130). Estes resultados permitem acompanhar as séries e retroalimentar o Plano, com vistas, a fatores ligados as DCTN e contributivos para a extensionalidade das neoplasias e diabetes.

Gráfico 1- Expectativa de vida do Brasileiro (idade e sexo)



Fonte: MALTA, DC et al., 2018

Com 8 (oito) anos de implementação, considerando a taxa de envelhecimento da população (gráfico 1) que tem peso na condução das políticas para promoção da saúde, os dados

do Vigitel 2018 apresentaram números significativos sobre a ingestão diária de hortaliças e frutas na dieta, em contraposição cresceu o percentual de obesidade na população brasileira, saltando de 11,8% em 2006, para 19,8 em 2018, registrando um acréscimo de 67%.

Dentre as localidades pesquisadas pelo VIGITEL, a cidade de São Luís no Maranhão figurou com menor indicativo de obesidade, respondendo por 15,7%, e Manaus com as maiores taxas para Índice de Massas Corporal (IMC) ≥ 30 , com 23%. Porém, houve redução de 0,3% nos índices de obesidade na capital amazonense em comparação com dados do Vigitel/2017. A prevalência de obesidade nas mulheres, sendo um dado que merece especial atenção, já que, segundo o Vigitel 2018, 20,7% apresentam quadro de obesidade diante de 18,7% entre os homens.

No tocante aos avanços percebidos no Plano de enfrentamento das Doenças Crônicas, o fortalecimento do Sistema Único de Saúde tem oferecido maior acesso à saúde e oportunizou elaboração de um conjunto de programas associados aos entes federados com vistas “[...] ao enfrentamento das DCNT. O SUS dispõe hoje de capacidade técnica para analisar a situação das DCNT, interpretar suas tendências, planejar e implantar ações para seu enfrentamento.” ((DUCAN, 2012, p. 96). Até 2016 houve uma ampliação nas redes de atenção a saúde básica. Para (MALTA, 2016, p. 46), essa “[...] rede de cuidados de saúde já vem realizando ações prioritárias ao nível individual.” Outro item de relevância acerca dos acertos do referido Plano está atrelado O SUS “[...] mantém estreita relação com a academia, o que permite colaborações que ampliam seus recursos técnicos disponíveis, especialmente em termos de avaliação de políticas e programas.” (DUCAN, 2012, p. 96).

Duas políticas públicas implementadas nas últimas décadas merecem destaque por sua provável contribuição para as tendências favoráveis na mortalidade por DCNT (padronizada por idade): o combate ao fumo e a ampliação do acesso aos cuidados qualificados de atenção primária à saúde (APS).

O combate ao fumo é um exemplo de promoção à saúde bem-sucedida, lançando mão principalmente de ações legislativas (proibição de fumo em ambientes fechados) e de impostos (aumento considerável no preço do cigarro). Entre 1989 e 2009 a prevalência de tabagismo diminuiu de 35% para 17%, o que poderia explicar, ao menos em parte, as quedas marcantes na mortalidade por doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas observadas no período. É um bom exemplo também da primazia das ações populacionais sobre as individuais. (DUCAN, 2012, p. 96).

Adentrando as lacunas e os próximos desafios a serem enfrentadas pelo Brasil no tocante as doenças Crônicas não transmissíveis, reporta-se a indicadores contrários ao combate aos fatores de riscos associados às DCNT. Dados das séries do Vigitel no lapso temporal entre 2006 e 2010, assinalam aumento no sedentarismo no lazer e uso excessivo de destilados entre a população com mais de 18 anos. (DUCAN, 2012, p. 96). Os dados do Vigitel 2018 (mostram que no rol das 26 cidades e Distrito Federal) 13,7% dos entrevistados são considerados indivíduos

fisicamente inativos, (DUCAN, 2012). com taxa superior entre as mulheres (14,2%).

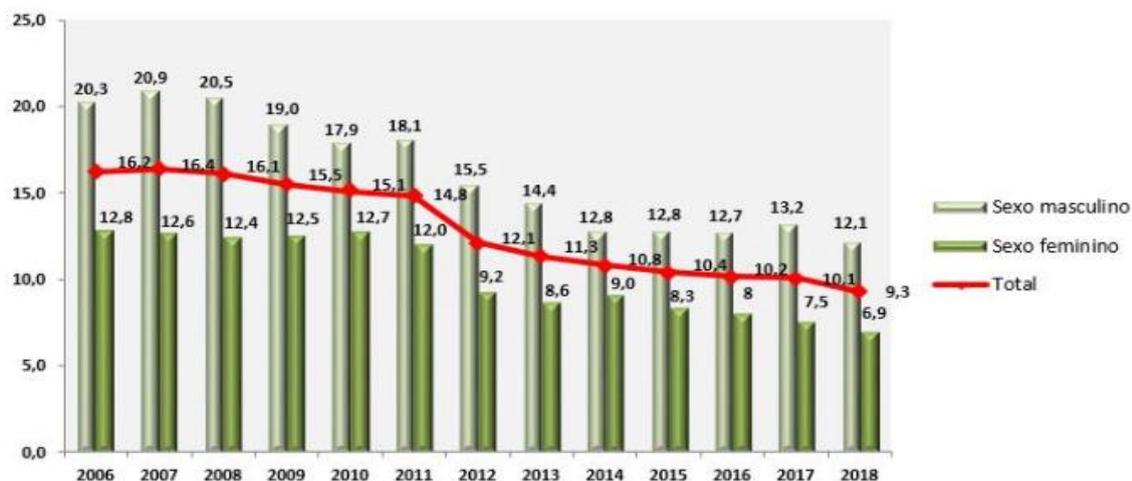
O sedentarismo em associação ao consumo abusivo de álcool contribui sobremaneira para o aumento de quadros hipertensivos e aumento dos índices de diabéticos no país. “Embora parte desse aumento possa ser explicada pela melhor detecção decorrente do acesso ampliado aos serviços da saúde, grande parte, provavelmente, se deve à epidemia da obesidade”. (MALTA, 2016, p. 48).

As variáveis listadas quando analisadas individualmente contribuem para o quadro de morbidade precoce, em associação, potencializam sobremaneira as condições incapacitantes e de mortalidade prematura. Porém, os padrões de consumo global no que tange os modelos alimentares vigentes, se apresentam como um importante entrave que “[...] dificulta o planejamento de ações para conter a epidemia crescente de obesidade, o que se constitui hoje num dos principais desafios para o enfrentamento das DCNT.” (MALTA, 2016, p. 48).

2.2 Monitoramento do tabagismo como um dos fatores de risco a partir dos dados Vigitel 2018

Observando a série de dados colhidos pelo Vigitel entre 2006 e 2018 (gráfico 2) é possível perceber um continuum decrescimento no número de fumantes no país. Enquanto em 2006, 16,2% da população com mais de 18 anos eram fumantes, os dados de 2018 mostram que a diminuição é da ordem de 9,2% na população, sendo menor entre as mulheres em 2018, (6,9%). “Nos últimos 12 anos, a população entrevistada reduziu em 40% o consumo do tabaco, o que reforça a tendência nacional observada, ano após ano, de queda constante desse hábito nocivo para a saúde.”

Gráfico 2- Tabagismo verificado na população brasileira (2006-2018)



Fonte: INCA 2018

Esses dados são mais expressivos entre os sujeitos com maiores anos de escolarização. Dentre aqueles com 12 anos ou mais de instrução formal somente, 8,8% afirmam fumarem com regularidade, entre as mulheres somente 4,2% recorrem ao cigarro.

O uso regular do cigarro é a principal motivadora do câncer de pulmão, respondendo por grande parte de mortes no mundo. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) faz prognose “[...] que, até o final de 2019, sejam registrados 31.270 novos casos de câncer de traqueia, brônquio e pulmão em decorrência do tabagismo, sendo 18.740 em homens e 12.530 em mulheres.”

Sendo câncer de pulmão o segundo com maior incidência no Brasil. Deste modo, “dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, mostram que 27.833 pessoas foram a óbito em 2017 devido a essa causa.” Porém, há outras associações médicas agregadas ao tabagismo “O maior peso é dado pelo câncer, doença cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica.”

2.3 Monitoramento da alimentação não saudável como um dos fatores de risco a partir dos dados Vigitel 2018

Para efeitos de inclusão nos dados da Vigitel 2018, consideram-se como os valores como marcadores de padrões adequados e saudáveis de alimentação, àqueles sujeitos que consomem, segundo “A Organização Mundial da Saúde (OMS) que recomenda a ingestão diária de pelo menos 400 gramas de frutas e hortaliças [...], o que equivale, aproximadamente, ao consumo diário de cinco porções desses alimentos.” Nas 27 cidades pesquisadas, a ingestão recomendada de frutas e hortaliças ficaram em torno de 23,1% da população entrevistada, havendo uma prevalência de consumo adequado entre as mulheres (27,2%), como mostra (Tabela 1).

Tabela 1- Alimentação saudável verificada através do Vigitel 2018

Variáveis	Total		Sexo					
			Masculino			Feminino		
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Idade (anos)								
18 a 24	20,3	18,3 - 22,4	19,7	17,0 - 22,4	21,1	18,0 - 24,2		
25 a 34	21,6	19,8 - 23,5	17,3	14,8 - 19,9	25,8	23,1 - 28,4		
35 a 44	21,9	20,2 - 23,6	16,7	14,1 - 19,3	26,0	23,7 - 28,3		
45 a 54	24,9	23,3 - 26,6	18,6	16,4 - 20,9	29,8	27,6 - 32,0		
55 a 64	26,6	25,0 - 28,3	20,0	17,6 - 22,4	31,5	29,3 - 33,7		
65 e mais	25,1	23,7 - 26,5	19,5	17,2 - 21,7	28,7	26,9 - 30,5		
Anos de escolaridade								
0 a 8	19,3	18,0 - 20,6	14,2	12,3 - 16,1	23,7	21,9 - 25,5		
9 a 11	20,9	19,8 - 22,0	16,8	15,2 - 18,3	24,6	23,0 - 26,1		
12 e mais	29,4	27,9 - 30,8	24,5	22,3 - 26,6	33,3	31,4 - 35,3		
Total	23,1	22,4 - 23,9	18,4	17,3 - 19,4	27,2	26,1 - 28,2		

Fonte: Relatório Vigitel 2018

A variável escolaridade, considerando maior número de anos de escolarização formal garantiu melhores posições para o consumo regular de frutas e hortaliças. Dito de outra forma, “Em ambos os sexos, o consumo recomendado de frutas e hortaliças aumentou com o nível de escolaridade”. Os dados mostram que essa condição se mostra crescente entre as mulheres ao agregar o fator idade até os 64 anos, como mostra a (tabela 1).

Em sentido contrário, a pesquisa considerou o consumo de refrigerantes e bebidas açucaradas como marcador complicador das condições ideais de saúde em longo prazo. Foi verificado que no rol das 27 cidades investigadas que 14,4 % da população consomem refrigerantes e similares, em pelo menos cinco dias da semana. No conjunto das mulheres esse hábito declina para 11,6%. Porém, agregando o fator idade e maior nível de escolaridade há uma tendência à diminuição do consumo.

2.4 Monitoramento do uso abusivo do álcool como um dos fatores de risco a partir dos dados Vigitel 2018

Sobre a variável- uso abusivo do álcool, que para a pesquisa está condicionada a “[...] ingestão de quatro ou mais doses para mulheres, ou cinco, ou mais doses para homens, em uma mesma ocasião em relação aos últimos 30 dias anteriores à data da pesquisa”. Inseridos nessa condição, nas 27 cidades pesquisadas, estão 17% da população pesquisada com prevalência de 26% entre os homens. “Em ambos os sexos, a frequência dessa condição tende a diminuir com a idade e aumentar com o nível de escolaridade.” Entre as mulheres, o abuso no consumo de álcool foi registrado em 11,0% da população entrevistada.

A ingestão excessiva de destilados tem uma ampla resposta “[...] para a suscetibilidade a Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que abrangem câncer, doenças respiratórias crônicas e cardiovasculares, como o acidente vascular cerebral (AVC)”. Segundo a Organização Mundial de Saúde, não é possível delimitar a quantidade de ingestão de álcool considerada segura dada a toxicidade da substância após o consumo.” (MALTA, 2013).

2.5 Monitoramento das atividades físicas insuficientes como um dos fatores de risco para as DCNT partir dos dados Vigitel 2018

O vigitel usa quatro indicadores para criar um padrão de comportamento dos sujeitos quanto ao nível de atividade física- “no tempo livre ou lazer, na atividade ocupacional, no deslocamento e no âmbito das atividades domésticas”. Para a pesquisa, são considerados ativos, os sujeitos que se exercitam no lapso de tempo semanal com 150 minutos de atividades moderadas ou 75 minutos para atividades de alta intensidade. A pesquisa Vigitel respeita as recomendações da Organização Mundial de Saúde quanto os parâmetros médicos acerca da condição ideal para

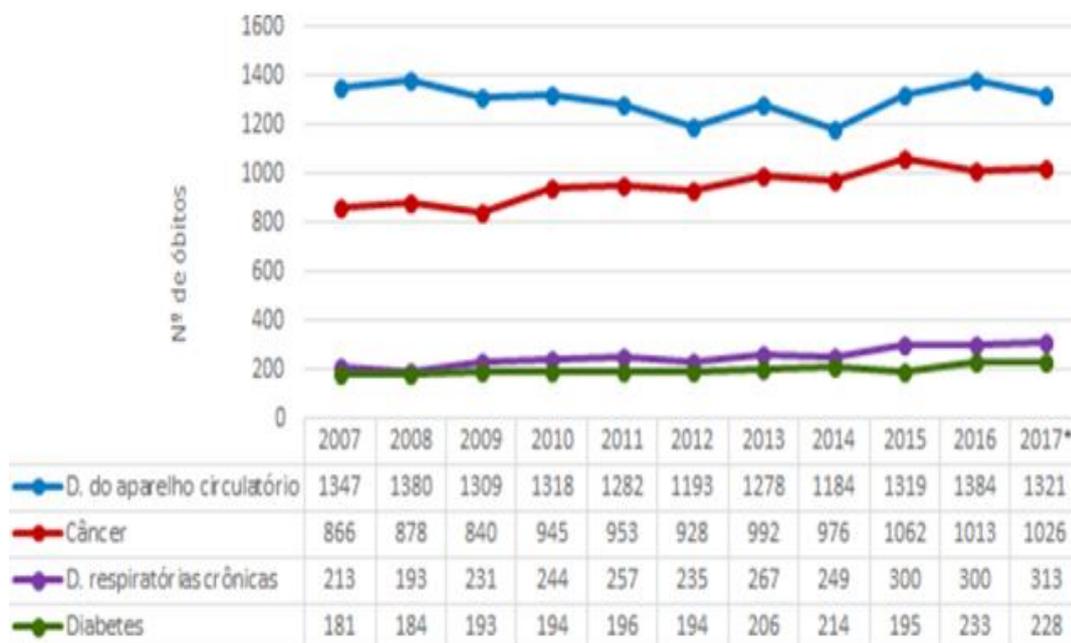
a manutenção deste hábito.

A pesquisa atesta o crescimento de 38,1% em todo o país, com 45,4% de predominância do hábito entre os homens na faixa etária compreendida entre 25 e 34 anos, respondendo por 44,2% dos sujeitos com perfil ativo para a variável atividade física. Sendo que entre os desportistas 47% têm doze anos ou mais de escolarização formal. A condição de maior escolarização foi percebida igualmente para homens e mulheres adeptos de atividades físicas. Entre as mulheres, a pesquisa mostrou que 31,8% se exercitam com a frequência recomendada pela Organização Mundial de Saúde, sendo a maior adesão entre as mulheres compreendidas na faixa entre 25 e 34 anos com 36,8%. Entretanto, a pesquisa mostrou que à medida que a idade aumenta, também, diminui o tempo de exercício semanal entre as mulheres.

2.6 Cenário do município do Recife no enfrentamento das DCNT com enfoque nos fatores de riscos modificáveis

Entre 2006 e 2017 foi observado na cidade do Recife um crescimento no número de casos de DCNT como atesta o (Gráfico -2), porém no mesmo período foi verificado um decréscimo na ordem de 2,9% nos óbitos prematuros em decorrência das patologias crônicas não transmissíveis.

Gráfico 2- Distribuição dos óbitos prematuros pelas principais doenças crônicas não transmissíveis em Recife (2007 - 2017)

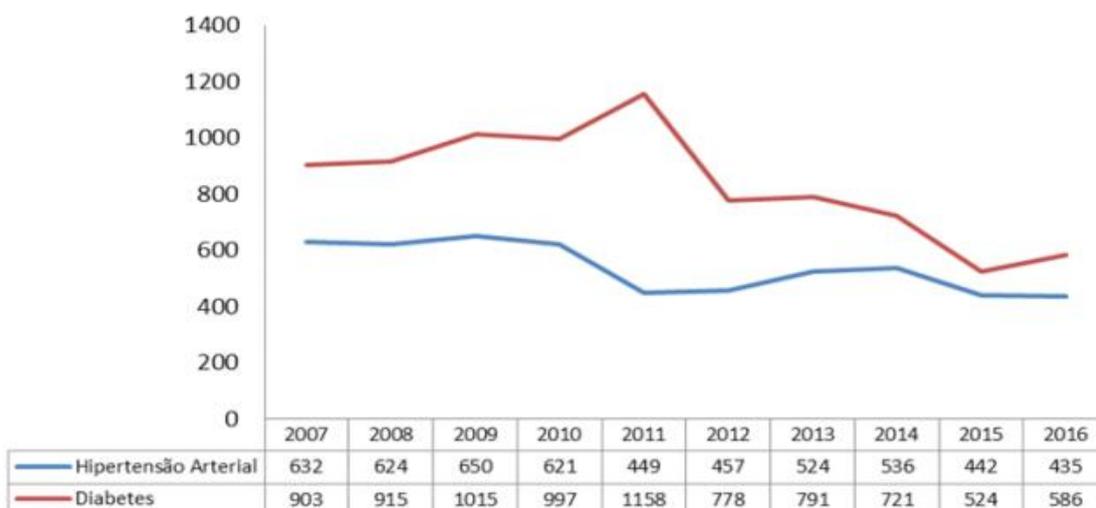


Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/Devs/Uvepi/Sisv/SIM

Os dados do Vigitel para o período (2006-2017) revelam uma ampliação da detecção dos casos de hipertensão arterial, saindo de 24,9%, em 2006 para 26,3% em 2017. E as taxas de casos de diabetes mellitus, aparecendo com 5,4% no início da série anual em 2006, e chegando a 7,7% em 2017, “[...] duas condições-chave na determinação da morbimortalidade por DCNT nos próximos anos.”

No lapso temporal (2007-2016), sobrevieram 901.927 internações nas unidades de saúde recifense, sendo que, 0,8% deste total foram atribuídas a Diabetes Mellitus (D.M) e 5.370 que corresponde a (0,6%) dos internamentos por conta da Hipertensão Arterial.

Gráfico 3- Número de internações hospitalares por Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial (2007- 2016) na cidade do Recife

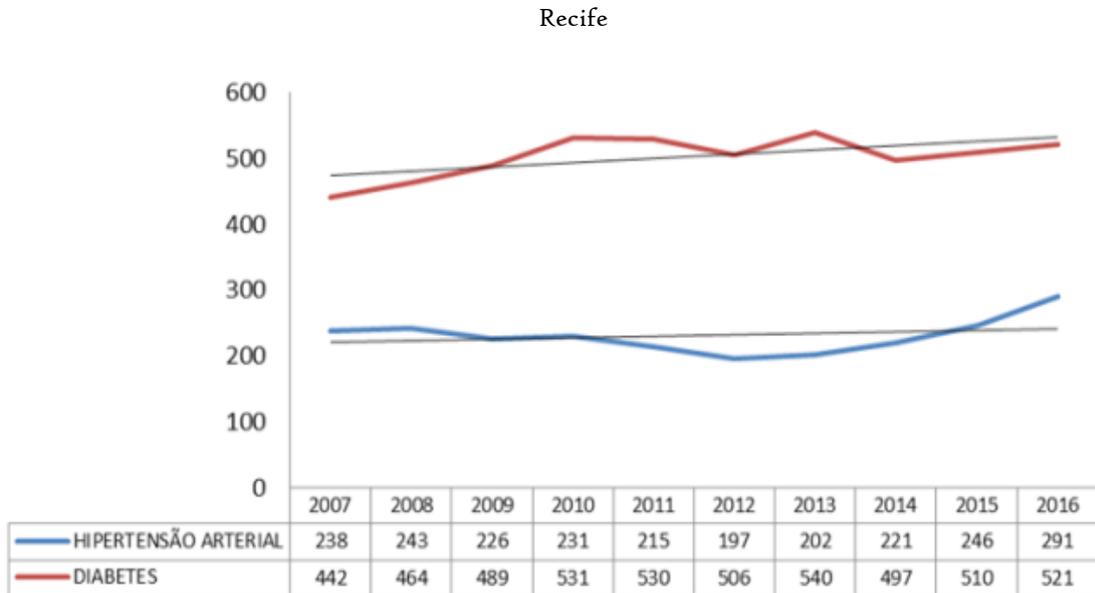


Fonte: SIH/Datasus/Ministério da Saúde.

Através de análise do (gráfico 3) foi verificado um comportamento decrescente para as internações hospitalares em consequência do agravamento da D.M (35%), entre os anos de 2012 e 2016 em relação aos anos anteriores. Verificou-se, também, uma retração nas hospitalizações nos casos de pressão arterial (31%). Uma das causas atribuídas a essa retração das duas patologias descritas é atribuída ao “Programa de entrega gratuita de medicamentos do Governo Federal implantado em fevereiro de 2011, teve impacto positivo no controle da doença e, consequentemente, redução no número de internações por ano”. (DUCAN, 2012, p.128).

Por outro lado, no mesmo período foi confirmado 5.030 óbitos em decorrência das complicações da D.M, demonstrando uma elevação de 17,8% para o período entre 2006 a 2017 como demonstra o (gráfico 4). A Morbimortalidade para Hipertensão Arterial teve elevação de 22,2% em período igual.

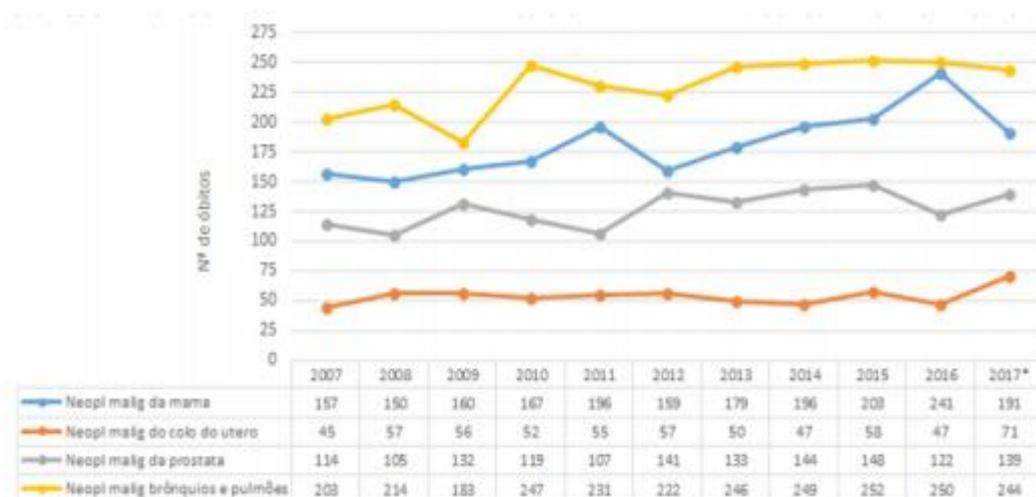
Gráfico 4- Número de óbitos por Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial (2007- 2016) em Recife



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/ SIM/SIS/UYEPI/DEVS *Dados parciais sujeitos

Em consonância com tendência mundial, o município do Recife vem registrando o aumento nos óbitos por neoplasias malignas, em especial para os casos de câncer de mama com crescimento de 21,7% entre o decênio (2007-2017). As demais ocorrências de morbimortalidade cancerígenas (Gráfico 5).

Gráfico 5- Distribuição dos óbitos segundo principais tipos de neoplasias (2007- 2017) na cidade do Recife



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/Devs/Uvepi/Sisv/SIM

3 Método

O estudo em tela analisou os dados contidos na vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) do ano 2018. Esse sistema foi implantado pelo Ministério da Saúde desde 2006, e anualmente vem colhendo informações representativas acerca das DCNT em população adulta (≥ 18 anos) que reside nas capitais dos entes federados e Distrito Federal que possuem telefone fixo.

O Vigitel 2018 aplicou 52.395 inquéritos telefônicos, obedecendo aos critérios por amostragem que recomenda 2.000 entrevistas por cidade. Com base nessa amostragem é possível situar a margem de erro para dois pontos percentuais e com coeficiente de confiança de 95% para o estudo realizado pelo Vigitel. E com erro máximo de três pontos percentuais para estimativas específicas.

Neste trabalho, os dados catalogados pelo Vigitel foram usados para apresentar a condição brasileira no enfrentamento das DCNT e, com especial enfoque, para a situação da cidade do Recife diante dos fatores de riscos associados às doenças crônicas não transmissíveis.

4 Resultados

O presente estudo revelou a partir dos dados do Vigitel-2018 que 7,2% da população adulta recifense são fumantes com prevalência entre os homens (10,0%), do que entre as mulheres (4,9%). O estudo mostrou também, que 21,0% da população moradora da capital pernambucana é composta por indivíduos obesos e (54,4%) estão acima do peso, porém, houve aumento de 141% entre 2009 e 2018 para a prática adequada de atividades físicas. No entanto, Recife é a capital com maior número de homens com prática insuficiente de atividade física (38%).

Na contramão das demais capitais do país, a população do Recife reduziu a ingestão de frutas e hortaliças em (7,3%) entre 2009 e 2018, porém, também, limitou o consumo de refrigerantes e bebidas açucaradas no lapso temporal (2009-2018) para 44,1%. Em 2018, a diminuição no consumo deste tipo de bebida foi maior entre as mulheres recifenses (7,2%).

A pesquisa mostrou que Recife tem 26,7% da sua população composta por hipertenso, enquanto a média de todas as capitais brasileiras ficam em torno de 28,4%. E 9,6% de diabéticos.

As atividades de vigilância epidemiológica no Recife priorizam no rol dos quatro grupos de DCNT, somente três, são elas: diabetes, as complicações cardiovasculares e as neoplasias, dedicando atenção especial à hipertensão arterial, em detrimento às manifestações respiratórias. Situação que deve ser revista, já que, o Recife divide o posto com Natal- RN como as cidades nordestinas com maior incidência de adultos fumantes (7,2%). Essa condição tanto compromete as questões cardiovasculares como é um potencializador das complicações respiratórias tanto

para os fumantes ativos, quanto passivos.

Em relação aos fatores de riscos elencados no Plano de Ações para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, a capital pernambucana dedica igual atenção aos quatro grupos (tabagismo, alimentação inadequada, atividades físicas insuficientes e consumo abusivo de álcool).

O plano Municipal de Saúde do Recife (2018-021) acolhe os dados do Vigitel (2006- 2017) como referência aos quatro grupos de fatores de riscos. E traz dados importantes acerca do comportamento da população recifense em relação aos fatores de riscos agregados ou em simultaneidade.

Um dado que merece destaque é acerca do aumento das neoplasias malignas ligadas ao tabagismo, esses dados não revelam uma preocupação especial sinalizada no Plano Municipal de Saúde (2018- 2021). Ainda que os dados do Vigitel demonstrem que Recife figura como uma das cidades com maior número de fumantes no país.

O referido Plano regional se reporta ao Programa de Controle de Tabagismo através de Política específica sobre o referido fator de risco, porém, verificam-se ações para a tratativa dos dependentes através dos núcleos de atendimento à atenção básica, no entanto, mostrando carência de estratégias regionais de caráter preventivo. Em exame, não percebe-se objetivos estratégicos sobre a temática- tabagismo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Utilizar os dados do Vigitel para conhecer o perfil epidemiológico da população recifense acerca das DCNT é de suma importância para compreender a associação aos fatores de riscos, e para os profissionais de saúde, buscar estratégias exitosas à contenção dos números referentes ao avanço das DCNT no país, e especialmente em Recife por conter especificidades que compõe a sua população como atesta os dados publicados no Vigitel 2018. Em suma, a prevenção está intimamente associada a mudanças de hábitos da população.

No entanto, um dado implícito merece relevo especial, tanto nos números nacionais, quanto os específicos sobre a população recifense- Os fatores de riscos modificáveis, por conseguinte, as manifestações das DCNT atingem com maior frequência a população pouco escolarizada. Essa condição explica que a mudança de hábitos está intimamente ligada ao acesso às informações corretas sobre hábitos saudáveis contributivos, com vistas, à ampliação da qualidade de vida populacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência.** Brasília. 2008.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar.** Brasil. 4ª ed. rev. e atual. Rio de Janeiro. 2011.

DUNCAN, Bruce Bartholow et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2012, vol.46, suppl.1, pp.126-134. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000700017>.

_____, B., B. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 23, n. 4, p. 599-608/ out-dez. 2014.

Instituto Nacional do Câncer (INCA), 2009, p. 16. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//consenso-nacional-de-nutricao-oncologica-anais-2009.pdf>. Acesso em: 10. Set.2019.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, pp. 931-943. 2004.

MALTA, Deborah Carvalho; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, dez. 2011.

_____, D., C., MOURA, L.; PRADO, R., R.; ESCALANTE, J., C.; SCHMIDT., M., I.;DUNCAN., B., B. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 23, n. 4, p. 599-608/ out-dez. 2014.

_____, Deborah Carvalho et al . A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 15, n. 3, set. 2016.

_____, D. C. **Doenças crônicas não transmissíveis, um grande desafio da sociedade.** Revista de Saúde Coletiva: Editorial. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 4, jan. 2018.

PENHA, A., A., G.; BARRETO, J., A., P., S.; SANTOS, R., L.; ROCHA, R., P., B.;MORAIS, H., C., C.; VIANA, M. C. A. Tecnologias na promoção da saúde de idosos com doenças crônicas na atenção primária à saúde. **Rev Enferm UFSM**. v. 5, n. 3., p. 406- 414. Jul./Set. 2015.

TOSCANO, Cristiana M.. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n. 4, p. 885-895, Dec. 2014.p. 16.