



DA MORBIDADE, FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO DISTRITO FEDERAL

Apresentação

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morte e de internação no Distrito Federal (DF). Dentre estas, destaca-se as quatro principais: doenças do aparelho circulatório (DAC), diabetes mellitus (DM), neoplasias e doenças respiratórias crônicas (DRC), as quais são responsáveis por mais da metade destes eventos. O termo “epidemia de DCNT”, tem sido empregado para alertar o constante aumento das prevalências dessas enfermidades, que acomete de modo cruel as populações mais vulneráveis, àquelas de menor renda e escolaridade (BRASIL, 2011).

Visando interromper à crescente magnitude das DCNT e de seu impacto sobre a sociedade e aos sistemas de saúde, o Distrito Federal elaborou em 2012 o Plano de Ações para o Enfrentamento das DCNT (PDCNT-DF) (GDF, 2012). Este é fundamentado em três eixos: 1) Organização da Vigilância, Avaliação e Monitoramento dos fatores de risco, da morbidade e mortalidade específica das DCNT; 2) Promoção da Saúde; e 3) Cuidado Integral. O PDCNT-DF já está em sua segunda versão, com ações estratégicas definidas para o período 2017-2022.

Este boletim insere-se no contexto de ações estratégicas e de comunicação para o enfrentamento das DCNT no DF, apresentando uma série histórica de dados de morbidade (excesso de peso, prevalência de referida de diabetes mellitus e hipertensão arterial) e sobre a prevalência dos principais fatores de risco modificáveis das DCNT (tabagismo, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, dietas inadequadas e inatividade física), os quais são monitorados pela vigilância epidemiológica do DF, em particular, pela Gerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (GEDANT).

Apresenta ainda dados sobre a razão de exames citopatológicos e de mamografia, essenciais na prevenção das neoplasias e que se configuram como metas no Plano DCNT-DF, sendo também monitoradas pelo Relatório Anual de Gestão (RAG) e Pacto Interfederativo.

Para a elaboração desta publicação, foram utilizados os dados do DF oriundos da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL, no período de 2006 a 2016 (BRASIL, 2016), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-DF), Sistema de Informação de Câncer de Colo de Útero (SISCOLO), Sistema de Informação de Câncer de Mama (SISMAMA) e Estimativa Populacional (2015 e 2016) - GIASS/DIVEP/SVS/SES-DF.

Situação Epidemiológica do DF

FATORES DE RISCO e PROTEÇÃO

As metas pactuadas no PDCNT-DF, que visam reduzir as potencialidades dos

principais fatores de risco e elevar a proteção às DCNT, estão destacadas na **Tabela 1**.

Tabela 1 Metas Relacionadas à Morbidade por DCNT pactuadas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT-DF (2017/2022) do DF.

METAS PACTUADAS
01. Reduzir a prevalência de tabagismo.
02. Aumentar o consumo de frutas e hortaliças.
03. Aumentar a prevalência de atividade física no lazer.
04. Reduzir a prevalência do consumo abusivo de álcool em adultos
05. Deter o crescimento da obesidade em adultos.
06. Aumentar a razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.
07. Aumentar a razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.

Fonte: PDCNT, GDF, 2017

As quatro primeiras metas estabelecidas (metas de 01 a 04) são referentes aos fatores de risco modificáveis das DCNT. A meta 5, refere-se à obesidade a qual é reconhecida como uma comorbidade bem como um fator de risco intermediário para o surgimento das DCNT. Por fim, as metas 6 e 7 refletem ações específicas de *screening* de câncer, que objetivam favorecer a prevenção e detecção precoce desta patologia.

Dados relativos aos fatores de risco em adultos (≥ 18 anos) vêm sendo monitorados desde 2006 a partir do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco das DCNT (VIGITEL), realizado pelo Ministério da Saúde. A série histórica de 2006 a 2016 é apresentada na Tabela 2. Essa tabela apresenta ainda dados da prevalência de diagnóstico referido de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) no DF, também monitorado pelo VIGITEL.

Na análise da Tabela 2 é possível observar que ao comparar os períodos de 2015-2016, o DF conseguiu atingir apenas as metas de redução da prevalência de tabagismo e de uso abusivo de álcool, sendo que para este último a meta foi alcançada principalmente devido a uma redução mais expressiva no consumo abusivo de álcool por indivíduos do sexo masculino. Entretanto, vale a pena destacar que a prevalência de tabagismo apresenta uma tendência de redução desde 2006 e, por outro lado, o consumo abusivo de bebida alcoólica apresenta uma tendência de aumento ao longo dos anos, sendo observada uma redução no período de 2015-2016. Vale ainda destacar que ambos os comportamentos são mais prevalentes entre indivíduos do sexo masculino. Porém, as estratégias visando esclarecimento acerca dos riscos envolvidos nestes estilos de vida devem também envolver as mulheres com maior enfoque sendo dado aos homens.

Acerca das metas relacionadas ao consumo alimentar e de atividade física, observando o período de 2015-2016, o DF não atingiu as metas propostas uma vez que embora seja observado uma tendência de aumento de consumo recomendado de frutas e hortaliças bem como um aumento no tempo destinado à atividade física no lazer (desde 2006), comparando os dados de 2015-2016, observa-se uma redução na prevalência destes comportamentos. Ressalva deve ser feita para o consumo recomendado de frutas e hortaliças entre indivíduos do sexo masculino, o qual foi o grupo que conseguiu atingir a meta anual e aumentar a prevalência de consumo.

Quanto à meta estabelecida para obesidade, o DF novamente não conseguiu alcançar o resultado esperado. A prevalência de obesidade no território continua apresentando tendência de crescimento. Embora os anos de 2009 e 2015 apresentem redução quando comparados ao ano anterior, ao analisar a série histórica desde 2006 e o período 2015-2016, observa-se um aumento na prevalência de obesidade de aproximadamente 60%, para ambos os sexos, nos dois períodos. Atualmente no DF, aproximadamente 17% da população já é diagnosticada com obesidade. Ou seja, um a cada seis adultos residentes do DF é obeso.

Acerca dos dados referentes ao diagnóstico referido de DM e HAS, observa-se uma tendência de aumento da prevalência, para ambas as comorbidades. Os dados apresentados na série histórica (2006 a 2016) são alarmantes uma vez que mostram que, entre os residentes do DF, um a cada cinco indivíduos referem diagnóstico de HAS; uma a cada dez mulheres e um a cada dezesseis homens referem diagnóstico de DM.

Ao analisar este período de 10 anos, observa-se um aumento de 59% na prevalência de diagnóstico referido de DM e de 14% de HAS. O aumento na prevalência de diagnóstico referido de HAS foi maior entre os indivíduos do sexo masculino (17% de aumento), quando comparado com indivíduos do sexo feminino (14% de aumento). Entretanto, o sexo feminino apresentou aumento de 66% na prevalência de diagnóstico referido de DM, enquanto os indivíduos do sexo masculino apresentaram aumento de 51%. Nesse sentido, uma atenção especializada deve ser voltada ao sexo feminino, pois apresenta as maiores prevalências de HAS (2016 foi de 23,9%) e de DM (2016 foi de 10,8%).

A Tabela 3 apresenta os dados referentes as metas pactuadas no Plano Plurianual (PPA) do Distrito Federal 2016-2019 e Plano de Enfrentamento das DCNT 2017-2022 sobre os exames de prevenção de câncer de mama e colo de útero. Esta análise começou a ser realizada em 2014, uma vez que a partir dessa data o indicador foi pactuado nas ferramentas de gestão das SES-DF.

Ao analisar o período 2015-2016, observa-se que o DF atingiu a meta de aumento na razão de exames de mamografia (de 0,04 em 2015 para 0,05 em 2016). Entretanto, os valores encontrados em 2015 e 2016 estão abaixo dos resultados do ano base (em 2014 o valor foi de 0,22), ressaltando uma acentuada queda no período 2014-2015. Destaca-se ainda que o DF não atingiu a meta estabelecida para o aumento da razão de exames citopatológicos no período de 2015-2016, observando-se uma redução nesta razão desde o ano base de 2014 (de 0,31 em 2014 para 0,18 em 2016).

Tabela 2: Série histórica de percentual dos fatores de risco em adultos (≥ 18 anos) pactuados no Projeto de Ações para o Enfrentamento das DCNT no Distrito Federal, de 2006 a 2014.

Fatores de Risco e Morbidade	Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Percentual de adultos fumantes ^a	Masculino	18,1	20,0	15,4	17,7	15,9	10,6	13,0	16,3	12,4	13,9	9,6
	Feminino	13,7	9,9	11,7	12,5	12,5	10,0	8,1	5,9	7,4	9,2	7,4
	Ambos	15,7	14,6	13,4	15,0	14,1	10,3	10,4	10,7	9,7	11,4	10,7
Percentual de adultos com obesidade ^b	Masculino	10,4	10,4	10,5	8,2	10,9	13,8	13,5	15,7	15,8	13,8	16,6
	Feminino	10,6	10,6	13,9	10,0	9,3	14,6	14,9	14,4	15,8	14,8	16,7
	Ambos	10,5	10,5	12,4	9,1	10,0	14,2	14,3	15,0	15,8	14,4	16,7
Percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças conforme recomendado ^c	Masculino	--	--	16,9	22,0	23,4	20,7	21,6	21,8	20,6	33,6	39,3
	Feminino	--	--	28,6	31,7	30,1	31,6	34,2	36,6	36,9	44,7	38,5
	Ambos	--	--	23,1	27,1	27,0	26,5	28,3	29,7	29,3	39,5	35,5
Percentual de adultos que praticam atividade física suficiente no tempo livre (lazer) ^d .	Masculino	--	--	--	48,9	47,1	45,9	45,3	49,8	44,8	61,8	54,0
	Feminino	--	--	--	29,4	36,1	28,5	33,0	34,3	30,9	43,6	39,4
	Ambos	--	--	--	38,5	41,3	36,7	38,7	41,5	37,4	52,1	46,2
Percentual de adultos que consumiram bebidas alcoólicas de forma abusiva ^e	Masculino	22,1	26,4	25,8	23,3	28,1	21,0	27,5	24,5	31,9	33,7	31,1
	Feminino	8,7	8,5	10,1	14,9	12,6	8,7	13,1	9,3	11,5	15,4	15,1
	Ambos	15,0	16,9	17,5	18,8	19,9	14,5	19,8	16,4	21,0	24	22,6
Percentual* de adultos que referiram diagnóstico médico de diabetes	Masculino	4,1	4,3	6,0	2,8	6,6	4,0	5,2	4,4	6,5	6,4	6,2
	Feminino	6,5	4,5	5,0	5,1	4,5	6,8	7,9	6,0	6,8	5,8	10,8
	Ambos	5,4	4,4	5,4	4,0	5,5	5,5	6,6	5,3	6,7	6,1	8,6
Percentual* de adultos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial	Masculino	16,2	15	21,8	21,5	18,9	18,8	24	21,7	25	23,2	19,1
	Feminino	21,2	22,7	22,9	25,4	19	26,6	23,8	22,8	23,6	15,9	23,9
	Ambos	18,9	19,1	22,4	23,6	19	22,9	23,9	22,3	24,2	19,2	21,7

^a considerando fumante todo indivíduo que fuma, independentemente da frequência e intensidade do hábito de fumar. ^bÍndice de massa corporal (IMC) = peso (kg) /altura (m)², e foi considerado como obesos indivíduos com IMC ≥ 30 kg/m²; ^c Consumo superior a cinco ou mais porções diárias em cinco ou mais dias da semana; ^d É considerado ativo o indivíduo que pratica pelo menos, 150 minutos de atividade física por semana, no lazer. ^e O consumo de bebidas alcoólicas é considerado abusivo quando há ingestão de quatro ou mais doses pelas mulheres, e de cinco ou mais doses pelos homens, em uma mesma ocasião, dentro dos últimos 30 dias. Para tal, considera-se como dose de bebida alcoólica: uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho; ^e Fonte: SAIS/SISCAN/SES. In: PPA Brasília 2016-2019;2015 [acessado em 23 nov 2016]. Disponível em <http://www.seplag.df.gov.br/planejamento-e-orcamento/planejamento-governamental/299-ppa-2016-2019.html>;

Tabela 3: Série histórica dos indicadores de avaliação da razão de exame preventivo de cancer de colo de útero e cancer de mama pactuados no Projeto de Ações para o Enfrentamento das DCNT no Distrito Federal, de 2014 a 2016.

Fatores de Risco e Morbidade	Sexo	2014 ^f	2015	2016
Aumento da razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária ^e	Feminino	0,31	0,26	0,18
Aumento da razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária ^e	Feminino	0,22	0,04	0,05

^e Fonte: SAIS/SISCAN/SES. In: PPA Brasília 2016-2019;2015 [acessado em 23 nov 2016]. Disponível em <http://www.seplag.df.gov.br/planejamento-e-orcamento/planejamento-governamental/299-ppa-2016-2019.html>; ^f Linha de base

Fonte: SIA DF, 2015, RAG 2015 e 2016.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Distrito Federal vivencia os fenômenos de transição nutricional e epidemiológica, decorrentes de mudanças no padrão alimentar e estilo de vida da população, os quais acarretam em doenças e agravos relacionados aos hábitos de vida não saudáveis. Como causa dessas doenças, deve também ser ressaltado os determinantes macros das DCNT, como acesso à saúde, educação, lazer e cultura. Uma vez que o DF possui uma alta desigualdade social, as populações das regiões de maior vulnerabilidade acabam por ter maior chance de desenvolver essas condições. Isto reforça as características centrais das DCNT que acometem de modo cruel, os indivíduos mais vulneráveis, reduzindo ainda mais a qualidade de vida desta população. Nesse sentido, estratégias intra e intersetoriais devem ser priorizadas a fim de favorecer a saúde do território como um todo.

Acerca dos fatores de risco modificáveis, ressalta-se a necessidade de incluir as crianças e adolescentes nas ações de promoção da saúde e prevenção das DCNT,

principalmente envolvendo a Equipe de Saúde da Família (ESF) e Programa Saúde na Escola (PSE), uma vez que os hábitos de vida estão em formação nessas fases da vida. O cuidado integrado ao indivíduo, considerando a família e o ambiente para identificação dos espaços promotores da saúde, são essenciais para realização de ações de baixo custo e efetivas, contribuindo no enfrentamento das DCNT.

Vale ressaltar a importância do investimento e envolvimento das superintendências das regiões de saúde da SES-DF para a mudança da realidade epidemiológica, dos fatores de risco e proteção das DCNT no DF. Para favorecer a adoção de estilos de vida saudáveis pela população, conforme previsto no PDCNT-DF, orienta-se o estabelecimento de planos de ação elaborados em cada território, considerando realidades, desafios e peculiaridades específicos.

Recomenda-se também o fortalecimento de outras intervenções *in loco*, relacionadas ao diagnóstico oportuno e tratamento adequado dos sujeitos, em especial o fortalecimento das redes de atenção e empoderamento do sujeito para o autocuidado apoiado.

Elaboração: Gerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Débora Barbosa Ronca
Monique Britto Knox
Sarah Guerra Gama Tinoco

Revisão:

Kelva Karina N. de C. de Aquino (Gerente GEDANT)
Luiz Antônio Bueno Lopes (GIASS/DIVEP/SVS)
Maria Beatriz Ruy (Diretora DIVEP)
Marcus Vinícius Quito (Subsecretário da SVS)

Endereço

SRPN, Estádio Nacional Mané Garrincha Anel, Sala. CEP 70.070-701

Endereço eletrônico

dcnt.vedf@gmail.com

Referências Bibliográficas

1. **BRASIL. Ministério da Saúde.** Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022-série B.Textos Básicos de Saúde. **Brasília-DF, 2011.**
2. **MALTA Deborah Carvalho e Jarbas Barbosa da Silva Jr.** O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 22 (1):151-164, jan-mar 2013
3. **Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. Diretoria de vigilância Epidemiológica. Gerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Núcleo de Vigilância em doenças não transmissíveis.** Projeto de ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Distrito Federal de 2012-2016. **Brasília: SES, 2012.52 p.**
4. **Organização Mundial de Saúde.** Global status report on noncommunicable diseases 2010. **Geneva, 2011**
5. **BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde.** Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, Brasília-DF/ 2015.
6. **BRASIL. Ministério da Saúde.** Política Nacional de Promoção as Saúde (PNPS) - Revisão da Portaria **MS/GM n. 687**, de 30 de março de 2006. **Brasília-DF/2015.**
7. **BRASIL. Instituto Brasileiro de Estatística e Pesquisa, IBGE.** Pesquisa Nacional de Saúde de 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas, Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Brasília-DF, 2014
8. **BRASIL. Instituto Brasileiro de Estatística e Pesquisa, IBGE.** Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI. Subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro, 2015.
In: biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf Acesso em 02 de março de 2016.