

Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em usuários de duas Unidades Básicas de Saúde no município de São Paulo, Brasil

Ivonete Sanches Giacometti Kowalski*

Carla Maria Maluf Ferrari*

Lourdes Bernadete dos Santos Pito Alexandre*

Elizabete Calabuig Chapina Ohara*

Maria Inês Nunes*

76

Resumo

Introdução: O principal fator de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) é o estilo de vida, passível às intervenções de prevenção e promoção à saúde. **Objetivo:** descrever os fatores de risco associados a DCNT entre indivíduos atendidos em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de São Paulo. **Método:** Tratou-se de estudo transversal realizado em duas UBS nas regiões norte e sudeste de São Paulo, participaram 582 indivíduos adulto. A coleta de dados foi por meio da aplicação do instrumento Vigitel. Nas análises inferenciais utilizou-se modelo de regressão logística. **Resultados:** A maioria dos participantes eram do sexo feminino, com idade entre 31 e 60 anos; um quarto praticava atividades físicas e a maioria apresentava sobrepeso/obesidade. Menos de um terço era tabagista ou etilista. As DCNT observadas foram hipertensão arterial, dislipidemia e doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC). Pela análise de regressão logística, o risco de apresentar DCNT foi maior em pacientes acima de 60 anos (OR 11,3; IC-95% 5,6-15,5), do sexo masculino (OR 1,5; IC95% 1,0-2,2), com ensino fundamental (OR 1,4; IC 95% 1,0-1,9), obesos (OR 1,7; IC95% 1,1-2,6) e tabagistas ou com história de tabagismo. Quanto ao tabagismo, foram significativos tanto o tempo de consumo (OR 2,1; IC95% 1,4-3,0 se superior a 10 anos) como número de cigarros consumidos (OR 1,7; IC95% 1,0-2,9 se superior a 10 cigarros/dia). **Conclusão:** As DNCT mais prevalentes foram hipertensão arterial, dislipidemias e DPOC. Os principais fatores de risco foram gênero masculino, idade superior a 60 anos, obesidade e consumo de tabaco.

Palavras-chave: Doenças Crônicas não Transmissíveis. Fatores de Risco. Prevenção. Promoção à saúde.

INTRODUÇÃO

A transição epidemiológica mundial é um fator precursor da elevação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em decorrência da queda das taxas de natalidade, da diminuição da mortalidade infantil e consequente aumento da população e expectativa de vida. A nova rotina cotidiana dos indivíduos, fruto da industrialização, urbanização, desenvolvimento econômico e globalização do mercado de alimentos, contribuíram com a transição nutricional para uma dieta rica em gordura saturada e açúcares¹.

As DCNT são um dos maiores problemas de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que as DCNT são responsáveis por 71% de um total de 57 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2016 (WHO, 2018a, 2018b)^{2,3}. Dados estatísticos apontavam que em 2016, no Brasil, as DCNT eram responsáveis, por 74% do total de mortes, com destaque para doenças cardiovasculares (28%), as neoplasias (18%), as doenças respiratórias (6%) e o diabetes (5%) (WHO, 2018c)⁴.

DOI: 10.15343/0104-7809.202044076083

*Centro Universitário São Camilo. São Paulo/SP, Brasil.
E-mail: isg.kowalski@uol.com.br

Segundo a OMS, o tabagismo, o consumo alimentar inadequado, a inatividade física e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas são os fatores de risco que respondem pela grande maioria das mortes por DCNT (WHO, 2014)⁵. Devido à relevância das DCNT na definição do perfil epidemiológico da população brasileira, e pelo fato destes fatores de risco serem passíveis de prevenção, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)⁶.

A Vigilância em DCNT reúne o conjunto de ações que possibilitam conhecer a distribuição, magnitude e tendência dessas doenças e de seus fatores de risco para a população, identificando seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, para subsidiar o planejamento, execução e avaliação da prevenção e controle dessas doenças para reduzir as suas consequências nefastas para a qualidade de vida dos pacientes e para o sistema de saúde no país⁷.

Os fatores de risco mais importantes relacionados às condições crônicas estão ligados ao estilo de vida e podem ser sensíveis às intervenções de prevenção e promoção à saúde⁸. Entre as estratégias para reduzir o surgimento e agravamento de algumas destas condições – como o diabetes, as doenças cardiovasculares, a obesidade e vários tipos de câncer – incluem-se detecção precoce, aumento da atividade física, redução no consumo de tabaco e de álcool, bem como estímulo a uma nutrição saudável. A abordagem preventiva da população e individual revela-se eficaz para a modificação de comportamentos não saudáveis e a promoção de bons hábitos⁸. No entanto, é necessário enfatizar a função e a responsabilidade central do paciente e de sua família nos cuidados com a saúde, já que o tratamento das condições crônicas requer a mudança de comportamento e de estilo de vida⁸.

Nesse contexto, a OMS propõe o redirecionamento dos atuais sistemas de saúde, com ações que integram a promoção da saúde e a prevenção primária dos principais fatores de

risco no combate às DCNT. Recomendações têm sido propostas para o desenvolvimento de projetos com a participação ativa da comunidade, o envolvimento dos serviços de saúde locais e a implementação de políticas nacionais que auxiliem escolhas saudáveis⁹.

Diante do apresentado, o objetivo deste estudo foi descrever os fatores de risco associados as doenças crônicas mais prevalentes entre indivíduos cadastrados em duas Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, com análise descritiva e correlacional. A pesquisa foi realizada em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que contam com Estratégia de Saúde da Família (ESF) situadas nas regiões norte e sudeste da região metropolitana de São Paulo. Os participantes do estudo foram 582 indivíduos, com idade superior a 18 anos cadastrados nas UBS e participantes da estratégia de saúde da família.

Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário São Camilo, sob o parecer número 1.265.906 e assinatura dos Termos de Compromisso de Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pelo participante iniciou-se a coleta de dados, que foi realizada entre 2016 e 2017 uma vez por semana, no horário das 8 horas às 17 horas. A abordagem com cada participante teve um tempo estimado de aproximadamente uma hora. Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário semiestruturado, Vigitel⁷ (adaptado) utilizado pelo Ministério da Saúde do Brasil³, com 104 questões abertas e fechadas⁷.

Para este estudo, foi utilizada a variável dependente ter ao menos um diagnóstico de DCNT, diabetes, hipertensão, insuficiência renal, etc. auto referida pelo paciente. As variáveis independentes utilizadas para as análises inferenciais foram: a) idade em anos,

categorizada em até 60 anos e maior que 60 anos; b) sexo feminino ou masculino; c) escolaridade, categorizada em ensino médio ou superior completo ou incompleto e ensino fundamental completo ou incompleto ou nunca estudou; d) renda mensal em reais, categorizada em maior que R\$1.000 e até R\$1.000; e) estado nutricional, utilizou-se o indicador índice de massa corporal (IMC) de acordo com os critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) categorizados em sobrepeso de 25,0 até 29,9 Kg/m² e $\geq 30,0$ Kg/m² Obesidade; f) tabagismo e história de tabagismo (sim e não), anos de fumo: categorizada em até 10 anos de fumo e mais que 10 anos de fumo, número de cigarros/dia categorizada em 0 a 9 unidades e 10 ou mais unidades ao dia.

As análises foram feitas com o pacote estatístico Stata/IC 12 (StataCorp LP, College Station, TX, USA). Nas análises descritivas para caracterização da amostra, optou-se em demonstrar as prevalências de variáveis socioeconômicas e de fatores de risco para DCNT em percentuais e intervalos de confiança (IC) de 95%. Nas análises inferenciais optou-se por utilizar o modelo de regressão logística. Nas regressões simples foram consideradas as variáveis com $p < 0,20$ da categoria de interesse elegíveis para inclusão no modelo de regressão múltipla. A estratégia adotada para ordem de inclusão das variáveis no modelo foi o “forward selection”. Permaneceram no modelo final as variáveis com $p < 0,05$.

RESULTADOS

Dos 582 participantes do estudo, a maioria era do sexo feminino (452 casos, 78,1%), com idade entre 31 e 60 anos (323 casos, 55,5%). Com respeito ao nível socioeconômico, o nível de escolaridade mais frequente foi médio ou

superior (502 casos, 86,2%), e a renda mensal era de até R\$1.000,00 em 325 casos (55,8%). Com respeito aos hábitos de vida, a maioria não praticava atividades físicas (431 casos, 74,4%), 304 apresentavam sobrepeso ou eram obesos (62,3%), 135 (23,2%) consumiam refrigerantes mais que 5 vezes por semana, 137 (24,4%) consumiam bebidas alcoólicas regularmente e 215 (38,3%) tinham história de tabagismo, dos quais 121 eram tabagistas atualmente (Tabela 1).

Pelo menos uma DCNT foi relatada espontaneamente por 269 participantes (46,2%). As mais prevalentes, em ordem de frequência foram: hipertensão arterial (181 casos, 31,5%), dislipidemia (106 casos, 18,8%), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (67 casos, 11,7%) e diabetes *mellitus* (67 casos, 11,7%). As outras doenças relatadas foram câncer, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e trombose (Tabela 2).

A correlação entre presença ou não de DCNT e as variáveis selecionadas para estudo, identificou risco significativamente maior para os participantes com mais de 60 anos, do sexo masculino, com nível médio de escolaridade, obesos e com histórico de tabagismo. No que diz respeito ao tabagismo, foram significativas as associações com o tempo de uso e quantidade de tabaco consumido diariamente (Tabela 3).

O modelo de regressão logística para identificação de fatores de risco associados a ocorrência de DCNT na população estudada identificou como significativas as variáveis independentes idade superior a 60 anos (OR 11,3; IC-95% 5,6-15,5), sexo masculino (OR 1,5; IC95% 1,0-2,2), grau de instrução até ensino fundamental (OR 1,4; IC 95% 1,0-1,9), obesidade (OR 1,7; IC95% 1,1-2,6) e tabagismo ou história de tabagismo. Entre os tabagistas, foram significativas as variáveis tempo de consumo (OR 2,1; IC95% 1,4-3,0 se superior a 10 anos) e número de cigarros consumidos (OR 1,7; IC95% 1,0-2,9 se superior a 10 cigarros/dia), (Tabela 4).

Tabela 1– Caracterização da amostra segundo variáveis socioeconômicas e de fatores de risco para DCNT de pacientes atendidos em duas UBS no município de São Paulo, 2016.

Variável	N ^a	% (%IC)
Idade (em anos) (N=582)		
Até 30	169	29,0 (25,3-32,7)
31-60	323	55,5 (51,5-59,5)
Maior que 60	90	15,5 (12,5-18,4)
Sexo (N= 579)		
Feminino	452	78,1(74,7-81,4)
Masculino	127	21,9(18,6-25,3)
Escolaridade (N= 582)		
Nunca estudou	30	5,2 (3,4-7,0)
Fundamental (completo (92) e incompleto (184))	269	46,2 (42,2-50,3)
Ensino Médio (completo (191) e incompleto (57))	233	40,0 (36,0-44,0)
Ensino Superior (completo (26) e incompleto (19))	50	8,6 (6,3-10,9)
Renda mensal (reais) (N=582)		
Sem renda	70	12,0 (9,4-14,7)
Até 1000	255	43,8 (39,8-47,9)
Entre 1000 e 5000	252	43,3 (39,3-47,3)
Maior de 5000	5	0,9 (0,1-1,6)
Atividade física (N=579)		
Não pratica	431	74,4 (70,1-78,0)
Pratica exercícios	148	25,6 (22,0-29,1)
Tabagismo (N=577)		
Sim	121	21,0 (17,6-24,3)
Não	456	79,1 (75,7-82,4)
Histórico de tabagismo (N=562)		
Sim	215	38,3 (34,2-42,3)
Não	347	61,7 (57,7-65,8)
Estado Nutricional (IMC) (N=488)		
Magreza e magreza acentuada	16	3,3 (1,7-4,9)
Eutrofia	168	34,4 (30,2-38,7)
Sobrepeso	164	33,6 (29,4-37,8)
Obesidade	140	28,7 (24,7-32,7)
Consumo regular de bebida alcoólica (N=561)		
Sim	137	24,4 (20,9-28,0)

continua...

...continuação - Tabela 1

Variável	N ^a	% (%IC)
Não	424	75,6 (72,0-79,1)
Consumo regular de refrigerantes (N=582)		
5 ou mais dias por semana	135	23,2 (19,8-26,6)
Menos de 5 dias por semana	447	76,8 (73,4-80,2)

^aSe inferior à 582, a diferença deve-se à inexistência das informações no banco de dados

Tabela 2– Prevalência das DCNT em pacientes atendidos em duas UBS no município de São Paulo, 2016 (n=582).

Variável	Na	% (%IC)
Hipertensão Arterial		
Sim	181	31,5 (27,7-35,3)
Não	393	68,5 (64,7-72,3)
Diabetes Mellitus		
Sim	67	11,7 (9,0-14,2)
Não	511	88,3 (85,8-91,0)
Câncer		
Sim	19	3,3 (1,8-4,8)
Não	557	96,7 (95,2-98,2)
Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)		
Sim	11	1,9 (0,8-3,0)
Não	563	98,1 (97,0-99,2)
Trombose		
Sim	10	1,7 (0,7-2,8)
Não	568	98,3 (97,2-99,3)
Acidente Vascular Encefálico (AVE)		
Sim	12	2,1 (0,9-3,3)
Não	560	97,9 (96,7-99,1)
DOPCB		
Sim	67	11,7 (9,0-14,3)
Não	507	88,3 (85,7-91,0)
Dislipidemias		
Sim	106	18,8 (15,5-22,0)
Não	459	81,2 (78,0-84,5)

^a Se inferior à 582, a diferença deve-se à inexistência das informações no banco de dados

Tabela 3– Correlação entre a presença ou não de DCNT e as variáveis socioeconômicas e fatores de risco, atendidos em duas UBS no município de São Paulo, 2016 (n=582)^b.

Variável	DCNT ^a		p-value
	Não N (%)	Sim N (%)	
Idade (anos)			
Até 30	116 (68,6)	53 (31,4)	0,000
31 a 60	145 (44,9)	178 (55,1)	
Maior que 60	8 (8,9)	82 (91,1)	
Sexo			
Feminino	219 (48,5)	233 (51,6)	0,049
Masculino	49 (38,6)	78 (61,4)	
Renda			
Até R\$ 1.000,00	141 (43,4)	184 (56,6)	0,123
Acima de R\$ 1.000,00	128 (49,8)	129 (50,2)	
Escolaridade			
Nunca estudou	14 (46,7)	16 (53,3)	0,023
Fundamental (incompleto/completo)	112 (41,6)	157 (58,4)	
Ensino médio (incompleto/completo)	125 (53,7)	108 (46,4)	

continua...

...continuação - Tabela 3

Superior (incompleto/completo)	18 (36,0)	32 (64,0)	
Obesidade			
Sim	52 (37,1)	88 (62,9)	0,008
Não	175 (50,3)	173 (49,7)	
Histórico de tabagismo			
Sim	83 (38,6)	132 (61,4)	0,003
Não	179 (51,6)	168(48,4)	
Tabagismo			
Sim	50 (41,3)	71 (58,7)	0,219
Não	217 (47,6)	239 (52,4)	
Número de cigarros/dia			
0 a 9 unidades	243 (47,9)	264 (52,1)	0,045
10 ou mais unidades	23 (34,9)	43 (65,1)	
Anos de fumo			
Até 10 anos	215 (51,1)	206 (48,9)	
Mais que 10 anos	54 (33,5)	107 (66,5)	0,000

^aDoenças crônicas não transmissíveis; ^bSe inferior à 582, a diferença deve-se à inexistência das informações no banco de dados

Tabela 4– Modelo de análise de regressão logística múltipla entre pacientes com alguma DCNT atendidos em duas UBS do município de São Paulo para variáveis socioeconômicas e de saúde, Brasil, 2016 (n=582).

Variáveis	Referência	% (n/t) ^a	Análise Bivariada			Análise Multivariada*		
			OR ^b	IC - 95% ^c	p	OR	IC - 95%	p
Idade	Até 60 anos	47,0(492/231)	1					
	Maior que 60 anos	91,9 (90/82)	11,3	5,6-15,5	0,000	10,5	4,6-23,8	0,000
Sexo	Feminino	51,5(452/233)	1					
	Masculino	61,4(127/78)	1,5	1,0-2,2	0,050	-	-	-
Escolaridade**	Ensino médio ou superior	49,5 (283/140)	1					
	Ensino fundamental ou nunca estudou	57,9 (299/173)	1,4		1,0-1,9	0,043	-	-
Renda	Maior que R\$1.000	50,2 (257/129)	1					
	Até R\$1.000	56,6 (325/184)	1,3	0,9-1,8	0,123	-	-	-
Estado Nutricional	Até 29,9 Kg/m ²	49,7(348/173)	1					
IMC (Kg/m²)	≥ 30,0 Kg/m ² (Obesidade)	62,9(140/88)	1,7	1,1-2,6	0,009	1,9	1,2-2,9	0,004

continua...

continuação tabela 4...

Variáveis	Referência	% (n/t) ^a	Análise Bivariada			Análise Multivariada*		
			OR ^b	IC - 95% ^c	p	OR	IC - 95%	p
Tabagismo	Não	52,4(456/239)	1					
	Sim	58,7 (121/71)	1,3	0,9-1,9	0,220	-	-	-
História de tabagismo	Não	48,4 (347/168)	1					
	Sim	61,4 (215/132)	1,7	1,2-2,4	0,003	-	-	-
Anos de fumo	Até 10 anos	48,9(421/206)	1					
	Mais que 10 anos	66,5(161/107)	2,1	1,4-3,0	0,000	-	-	-
Número de cigarros/dias	0 a 9 unidades	48,5 (507/246)	1					
	10 ou mais unidades	65,2 (66/43)	1,7	1,0-2,9	0,047			

^a Percentual (número total de indivíduos da referência/número total de indivíduos da referência com HAS); ^b Odds Ratio ; ^c Intervalo de Confiança; *Controlado por sexo, escolaridade, renda, tabagismo, história de tabagismo, anos de fumo e número de cigarros por dias ** Completo ou incompleto

DISCUSSÃO

As DCNT continuam sendo um grande problema de saúde pública no mundo, sendo responsáveis pelos altos índices de mortalidade e morbidade. Em 2005, as DCNT causaram aproximadamente 35 milhões de mortes, 80% em países de baixa e média renda e aproximadamente 16 milhões de mortes em pessoas com menos de 70 anos de idade. Em 2010, os resultados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) revelavam que as DCNT contribuíam com 36 milhões (63%) da mortalidade mundial, considerando os próximos 20 anos a partir de 2010, as DCNT serão responsáveis por praticamente metade da carga global de doenças nos países em desenvolvimento. Fatores de risco, como uso de tabaco e álcool, nutrição inadequada e comportamento sedentário contribuem substancialmente para o desenvolvimento de DCNT¹⁰.

Entre os 582 entrevistados neste estudo, 323 (55,5%) estavam na faixa etária entre 31 a 60 anos, quanto ao gênero a maioria 452 (78,1%) eram mulheres; quanto a escolaridade 15,8% apresentavam ensino fundamental completo, e 31,6% fundamental incompleto; 32,8% com ensino médio completo e apenas 4,46% com ensino superior completo; 255 (43,8%) ganhavam até R\$ 1000,00/mês; 431 (74,4%) não praticam atividade física; 456 (79,1%) declararam não serem tabagistas, porém 215 (38,3%) já fizeram uso de tabaco; 304 (62,3%) apresentam sobrepeso ou são obesos; 424(75,6%) não consomem bebida alcoólica.

Segundo dados do IBGE¹¹ (2016) as DNCT mais prevalentes foram hipertensão arterial, dislipidemias e DPOC. Os principais fatores de risco foram gênero masculino, idade superior a 60 anos, obesidade e consumo de tabaco. Além

disso, menos de 20 milhões (15,3% dessa população) haviam concluído o ensino superior, e quanto ao rendimento médio real habitualmente recebido em todos os trabalhos pelas pessoas ocupadas, foi estimado em R\$ 2.270. Nesta pesquisa 8,6% dos participantes declararam apresentar ensino superior (completo/incompleto)

Dados do Vigitel 2017¹², apontavam que 29,9% praticam atividade física moderada pelo menos 150 minutos/semana, neste estudo 25,6% informou realizar atividade física, porém não foi quantificado o grau de atividade.

Os resultados do presente estudo corroboram com o estudo realizado por Zarbato et al., em 2007, na cidade de Lages – SC¹³ que obtiveram em suas análises um risco considerável de desenvolvimento de DCNT entre indivíduos com sobrepeso (33,46%), obesidade (23,46%), fumantes e ex-fumantes (45,9%) e os sedentários (70,08%).

Ainda no presente estudo, obteve-se que 181 (31,5%) e 67 (11,6%) tinham hipertensão e diabetes respectivamente estes resultados são semelhantes aos encontrados no Vigitel 2017¹², em que a frequência de adultos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, no estado de São Paulo foi de 48,6% e 16,6% de diabetes. A hipertensão arterial é considerada um problema de saúde pública devido à dificuldade no seu controle e um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento do acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio e lesão renal aguda e crônica¹⁴.

A prevalência do diabetes vem crescendo mundialmente, as causas relacionam-se com o sedentarismo, alimentação inadequada, o aumento da obesidade e com o envelhecimento populacional. As hospitalizações devido ao diabetes mellitus

representam 9% dos gastos hospitalares do Sistema Único da Saúde¹⁵.

O diagnóstico do diabetes requer exames de sangue, o que dificulta sua realização em inquéritos populacionais, contribuindo para que a prevalência seja menos frequente que a hipertensão. Estudos realizados^{16;17}, obtiveram que a prevalência da diabetes diagnosticada foi de 7,6% versus 4,1% para diabetes auto referida. Esses resultados passaram a ser usados para descrever a prevalência do diabetes no Brasil, e com base neles, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que o País teria 4,6 milhões de diabéticos em 2000 e 11,3 milhões no ano de 2030. Diabetes e hipertensão são condições clínicas que podem ser assintomáticas, cuja totalidade dos casos podem estar subestimados em uma população. A utilização da morbidade auto referida em inquéritos de saúde pode subdimensionar a prevalência das doenças envolvidas¹⁵.

Obteve-se correlação significativa entre a variável presença de DCNT e idade de 31 a 60 anos ($p=0,000$), sexo masculino ($p<0,049$), com nível de escolaridade fundamental incompleto/completo ($p<0,023$), obesidade ($p<0,008$), entre os que tiveram histórico de tabagismo ($p<0,003$), número de 10 ou mais cigarros/dia ($p<0,045$) e que fumaram mais de 10 anos ($p=0,000$), o que pôde-se observar nas análises de correlação (tabela 3). E ao se realizar a análise de regressão logística múltipla (tabela 4), os odds ratio ajustados demonstraram a prevalência das DCNT entre indivíduos do sexo masculino e aumenta de forma progressiva e acentuada com o avanço da idade. Foram também mantidas as associações positivas com o grau de escolaridade fundamental ou nunca estudou, entre os com IMC ($\text{kg/m}^2 \geq 30,0$ Kg/m² (Obesidade)), entre os que se declararam ter história de tabagismo por mais de dez anos e com hábito de fumar dez a mais cigarros/dia.

Os fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT são classificados como modificáveis ou não modificáveis. A ingestão de álcool em grandes quantidades, o tabagismo, o sedentarismo, a obesidade e hábitos alimentares que prevalecem o maior consumo de gorduras, açúcares e farinha branca, são considerados modificáveis, e entre os não modificáveis, destaca-se a idade, havendo clara relação entre o envelhecimento e o risco de desenvolver DCNT, a hereditariedade, o sexo e a raça¹⁸.

A rápida transição demográfica no Brasil produziu uma pirâmide etária com maior número relativo para adultos e idosos. No Brasil, as DCNT atingem cerca de 72% das mortes, acometendo principalmente indivíduos com menor poder aquisitivo, baixa escolaridade e idosos¹⁹. As alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento, associadas a hábitos e estilo de vida inadequados como consumo de tabaco, obesidade e sedentarismo aumenta consideravelmente o risco de acometimento por DCNT. Neste estudo obteve-se que indivíduos com idade maior que 60 anos, apresentaram 11,3 vezes mais chance de serem acometidos por uma doença

crônica não transmissível.

Indivíduos do gênero masculino apresentam maior risco de morbimortalidade e menor expectativa de vida quando comparados às mulheres, talvez por não aceitarem o fato de ficarem doentes e não reconhecerem suas reais necessidades de saúde, e também pelo menor investimento na operacionalização de políticas de saúde e formação de profissionais preparados para atender as necessidades específicas relacionadas ao sexo masculino²⁰. Corroborando com os achados deste estudo que os homens têm 1,5 vezes mais chance de apresentar DCNT quando comparados às mulheres.

Pesquisa Nacionais de Amostra de Domicílio (PNAD) realizadas no ano de 2003, que analisou as Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, obteve nos seus resultados quanto à escolaridade, uma relação inversa entre o menor grau de escolaridade e aumento das DCNT, indivíduos com menor grau de escolaridade obtiveram 1,62 vezes maior prevalência de apresentar DCNT em relação aos demais, e também menor frequência aos serviços de saúde²¹.

A obesidade é um problema crônico e de difícil tratamento, vários estudos evidenciam uma relação direta entre obesidade e problemas cardio e cerebrovasculares, distúrbios metabólicos, diferentes tipos de câncer, doenças do aparelho digestivo e outras. Em pesquisa realizada por Brasil¹², dados VIGITEL 2017¹², realizado em 27 cidades, obteve que a frequência de excesso de peso foi de 54,0%, enquanto que neste estudo foi cerca de 28,75% apresentaram obesidade. Indivíduos com IMC mais elevado tem uma associação direta com o excesso de peso e hipertensão arterial²².

Em estudo realizado por Monteiro et al²³. obtiveram um declínio acentuado e estatisticamente significativo na prevalência de tabagismo (aproximadamente 35%); a frequência estimada de fumantes entre a população adulta brasileira diminuiu de 34,8% em 1989 para 22,4% em 2003, e também uma redução no número de cigarros consumidos/dia. Dados recentes do Vigitel 2017¹², obtiveram um percentual de 28,9% de fumantes no Estado de São Paulo e entre esses 7% consumiam mais de 20 cigarros/dia. Neste estudo 21,0% se declararam ser tabagistas e 38,3% já tiveram o hábito de fumar.

O tabagismo e a exposição passiva ao tabaco são importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas, tais como câncer, doenças pulmonares e doenças cardiovasculares, de modo que o uso do tabaco continua sendo líder global entre as causas de mortes evitáveis.

Apesar das importantes conquistas referentes ao controle do tabagismo nos últimos 20 anos, estima-se que ainda 13,6% das mortes são atribuídas ao tabagismo, o que talvez esteja relacionado ao efeito de altas prevalências de tabagismo no passado, o que foi evidenciado neste estudo, indivíduos que fumaram mais de dez anos apresentaram mais chance (2,1) de serem acometidos por DCNT, assim como os consomem mais de dez unidades de cigarro por dia (Tabela 4).

CONCLUSÃO

As DNCT mais prevalentes nos usuários de duas UBS de São Paulo foram hipertensão arterial, dislipidemias e DPOC. Os principais fatores de risco identificados por análise de regressão logística foram gênero masculino, idade superior a 60 anos, obesidade e consumo de tabaco. Os apontamentos aqui descritos podem servir

de base para o desenvolvimento contribuir para o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, de forma a orientar a organização, planejamento e melhoria da qualidade dos serviços de assistência à saúde, buscando a redução na incidência e no impacto das DCNT.

REFERÊNCIAS

- 1 OMS - Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Organização Mundial da Saúde: Brasília; 2003. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf Acessado em novembro de 2013.
- 2 WHO. Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2016. Geneva: World Health Organization, 2018a.
- 3 WHO. World Health Statistics 2018: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva, 2018b.
- 4 WHO Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles. Geneva: World Health Organization, 2018c. <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>
- 5 WHO Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf
- 6 Malta DC. et al. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. *Epidemiol Serv Saúde* 2006; 15:47-64.
- 7 BRASIL, Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2015. Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016
- 8 BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer – Modelo lógico e avaliação. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, 2003.
- 9 PEARSON TA, Walls S, Lewis C. Dissecting the “black box” of community intervention: lessons from community-wide cardiovascular disease prevention programs in the US and Sweden. *Scand J Public Health*. 2001;29(suppl 56):69-78
10. HABIB, Samira Humaira. Saha, Soma. Burden of non-communicable disease: Global overview, Soma Saha *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* 4 (2010) 41–47.
11. IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- Pesquisa Nacional de Domicílios: educação 2016. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br>. Acesso em: 20/05/2019.
12. BRASIL, Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2017 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
13. ZARBATO Longo Giana, Neves Janaina das, Castro Teresa Gontijo de Pedroso, Márcia Regina de Oliveira, Matos Izabella Barison. Prevalência e distribuição dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre adultos da cidade de Lages (SC), sul do Brasil, 2007. *Rev. bras. epidemiol.* 2011 Dec 14(4): 698-708..
14. BISI, Molina Maria del Carmen, Cunha Roberto de Sá, Herkenhoff Luis Fernando, Mill José Geraldo. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. *Rev. Saúde Pública. Brasil*, 2003 Dec; 37(6): 743-750.
- 15 SCHMIDT, Maria Ines, Duncan Bruce B, Hoffmann Juliana Feliciati, Moura Lenildo de, Malta Deborah Carvalho, Carvalho Rosa Maria Sampaio Vilanova de. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. *Rev. Saúde Pública*, 2009; Nov.43(Suppl 2): 74-82.
16. MALERBI, da Franco LJ. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. *Diabetes Care*. 1992 Nov;15(11):1509-16.
17. OLIVEIRA JE, Milech A, Franco LJ. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. *Diabetes Care*. 1992;15(11):1509-16 e The prevalence of diabetes in Rio de Janeiro, Brazil. The Cooperative Group for the Study of Diabetes Prevalence in Rio de Janeiro. *Diabetes Care*. 1996;19(6):663-6
18. CASADO L, Viana LM, Thuler LCS. Fatores de Risco para DCNT: *Rev. Sistemática. Brasil, Revista Brasileira de Cancerologia* 2009; 55(4): 379-388. Disponível em http://www1.inca.gov.br/rbc/n_55/v04/pdf/379_revisao_literatura1.pdf
19. SCHMIDT, Maria Inês, Bruce Bartholow Duncan, Gulnar Azevedo e Silva, Ana Maria Menezes, Carlos Augusto Monteiro, Sandhi Maria Barreto, Dora Chor, Paulo Rossi Menezes Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Brasil, Rev Saúde Pública* 2012;46(Supl):126-34. DOI:10.1016/S0140- 6736(11)60135-9.
20. PACHARONE Daniele Natália, Bertolini Bidinotto, Janete Pessuto Simonetti, Silvia Cristina Mangini Bocchi A saúde do homem: doenças crônicas não transmissíveis e vulnerabilidade social. *Brasil, Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2016;24:e2756.
21. MARILISA Berti de Azevedo Barros; Chester Luiz Galvão César; Luana Carandina; Graciella Dalla Torre Desigualdades sociais na crônicas no Brasil prevalência de doenças, PNAD-2003 *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4):911-926, 2006) .
22. BORGES Hilma Paixão, Cruz Nilma do Carmo, Moura Erly Catarina. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2005. *Arq. Bras. Cardiol. Brasil*, 2008 Aug; 91(2): 110-118.
23. MONTEIRO CAI, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bull World Health Organ*. 2007 Jul;85(7):527-34.

Recebido em junho de 2019.

Aceito em janeiro de 2020.