

Síntese da Oficina de Vigilância em Doenças Crônicas Não-Transmissíveis*

Summary of Workshop on the Surveillance of Chronic Non-Communicable Diseases

Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis¹

Abstract *The workshop's objectives were to present and discuss the surveillance of chronic non-communicable diseases (CNCD) in Brazil. Specialists in public health and CNCD were invited to participate, along with staff experts in CNCD from various State and Municipal Health Departments in the country. Dr. Sandhi Barreto began with a presentation on the specificities, strategies, goals, and challenges of a sustainable system for CNCD surveillance in Brazil. Papers were also given by guest speakers on key themes. The discussion proceeded with presentations on the principal chronic diseases in the country.*

Key words *Surveillance of chronic diseases, Health surveillance, Epidemiology of non-communicable diseases*

Resumo *Os objetivos da Oficina foram apresentar e discutir a vigilância de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) no País. Foram convidados especialistas em saúde pública e DCNT, além de técnicos envolvidos na vigilância em DCNT em diversas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Inicialmente, a doutora Sandhi Barreto fez uma apresentação sobre as especificidades, estratégias, metas e desafios de um sistema sustentável de vigilância de doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil. Foram também realizadas apresentações sobre temas relevantes por especialistas convidados. A discussão seguiu com apresentações sobre as principais doenças crônicas no País pelos especialistas convidados.*

Palavras-chave *Vigilância em doenças crônicas, Vigilância em saúde, Epidemiologia das doenças não-transmissíveis*

* Oficina apresentada no Congresso Brasileiro de Epidemiologia em Recife, 19 e 20 de junho de 2004.

¹ Coordenação Geral de Agravos e Doenças Não-Transmissíveis. Esplanada dos Ministérios. Ministério da Saúde, Bloco G, Ed. Sede, 1º andar, sala 142, 70058-900, Brasília DF. cgdant@saude.gov.br

Doenças cardiovasculares

As perspectivas de prevenção das doenças cardiovasculares em nível nacional foram apresentadas pelo dr. Bruce Duncan. Iniciativas importantes de prevenção de DCNT já foram implementadas pelo Ministério da Saúde, tais como o controle do tabagismo, o inquérito nacional sobre fatores de risco e as campanhas para rastreamento da hipertensão arterial e do diabetes. Houve também avanços na área de alimentação e nutrição, embora ainda voltados quase que exclusivamente para a área materno-infantil.

O País precisa desenvolver estratégia nacional de prevenção, com ações programáticas e metas definidas. Esta estratégia precede a vigilância epidemiológica, desde a esfera nacional até a esfera local, porque os indicadores de saúde devem ser definidos com o propósito de nortear este programa de prevenção.

Existem várias fontes de informação a serem consideradas, tais como a RIPSa (Rede Interagencial de Informação em Saúde) e as estatísticas vitais. As possibilidades de uso da Internet ampliam o alcance de informações em saúde. Há também uma outra vigilância necessária, que reside na constante atualização do conhecimento científico, através das evidências da literatura, garantindo a qualidade técnica da estratégia nacional. Parcerias com universidades e sociedades científicas são necessárias.

É necessário desenvolver inquéritos populacionais regulares, periódicos e representativos, já que resultados obtidos em poucas capitais não espelham a realidade de saúde do País. Em relação às ações preventivas possíveis lembrou o que foi possível fazer com a mortalidade infantil, que no Rio Grande do Sul pode ser reduzida pela metade no curto período de 15 anos. Afirma que as DCNT podem ser reduzidas, se “fizermos o programa certo” e se “colocarmos dinheiro neste programa”.

Ações preventivas são possíveis, passando pela prevenção primordial, prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária. Hoje, gastamos quase 99% dos recursos na fase de prevenção secundária e terciária e menos de 1% nas duas primeiras fases; faz-se necessário aumentar os recursos em promoção de saúde e prevenção primordial e primária. O investimento em uma dieta adequada é um forte componente da prevenção, já que o processo inflamatório arterial depende do aumento da presença de lipídios e glicídios circulantes. Portan-

to, em um programa de prevenção é prioritário modificar o padrão alimentar do brasileiro.

Sabe-se que o ambiente fetal é determinante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, objeto de centenas de estudos no mundo. Em recém-nascidos de baixo peso, o organismo preserva em primeiro lugar o cérebro e em segundo os depósitos de gordura. Estas crianças têm proporções de gordura superior ao normal; que contribuiriam para um pior perfil de risco na vida adulta. Por outro lado, gestantes obesas ou com sobrepeso (hoje 25% do total) geram crianças macrossômicas, induzindo a geração de mais obesidade e alimentando um ciclo vicioso.

Conclui apontando como prioritárias ações voltadas para as mudanças do padrão alimentar e o aumento de atividade física.

O diabetes no Brasil

A doutora Maria Inês Schmidt (UFRGS) fez uma apresentação sobre o perfil do diabetes e da obesidade no Brasil e propostas para a vigilância dessas doenças. A evolução do conhecimento do processo saúde-doença e o desenvolvimento do conhecimento sobre inflamação passam, desde o século 19, pela era bacteriológica; posteriormente apontam as deficiências nutricionais como o foco prioritário das investigações científicas e dos programas de saúde pública, chegando aos dias atuais, em que os problemas mais prevalentes dizem respeito à alimentação inadequada, sedentarismo e estresse e suas relações com a inflamação arterial, que volta à cena científica de forma importante na etiopatogênese das doenças mais prevalentes na população humana. Dados mundiais prevêem aumento do diabetes nos próximos 30 anos na ordem de 72% nos Estados Unidos, 65% na Nova Zelândia, 248% na América Latina, 261% na África, 204% na China. No Brasil a prevalência nacional estimada em 1989 foi igual a 7%, enquanto dados de campanha mais recentes são da ordem de 4,9%. Supondo que o percentual de diabetes não diagnosticado é da ordem de 50%, a prevalência estimada do diabetes é de cerca de 10%. O diagnóstico precoce é vital, devido ao alto custo social e econômico das complicações do diabetes: doenças cardiovasculares, cegueira, insuficiência renal e amputações, entre outras.

Para a monitorização do diabetes são sugeridos os seguintes indicadores: 1) mortalidade

por causa básica e causa múltipla, nesta situação o aumento das taxas é de até quatro vezes; 2) morbidade obtida por dados de internação hospitalar e demanda ambulatorial, com algumas limitações que não podem ser desconsideradas; e 3) morbidade obtida por dados originados de programas como o Hiperdia, com cobertura de 50%.

A doutora Maria Inez lembrou ainda a campanha de prevenção do diabetes da OMS, Diabetes Action Now, que preconiza a prevenção primária com metas de redução da obesidade, consumo de gordura, redução das gorduras saturadas, aumento do consumo de fibras e prática de exercício físico. Tais medidas reduzem o risco de desenvolvimento do diabetes em 58%.

Tendências de mortalidade por câncer

A discussão baseou-se nos resultados do estudo de tendências da mortalidade por câncer no País, contidos na publicação *Saúde Brasil*, do Ministério da Saúde (Brasil, 2004), e foi coordenada pelo dr. José Eluf Neto. A análise apontou a queda ou estabilização das taxas de mortalidade por câncer no Brasil, em relação a alguns tipos de câncer. Esta queda da mortalidade já é observada nos Estados Unidos e países europeus nos últimos cinco anos.

As taxas de mortalidade por câncer do pulmão no Brasil já começam a diminuir, acompanhando a queda da prevalência de tabagismo, especialmente nas regiões Sul e Sudeste, onde a tendência é verificada em todas as idades.

A mortalidade crescente por câncer de mama, em todas as idades, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, revela a importância de programas de detecção precoce, que resultam em redução importante na mortalidade, mesmo com baixa cobertura.

A Iniciativa CARMEN

A iniciativa CARMEN (Conjunto de Ações para a Redução Multifatorial das Enfermidades Não-Transmissíveis) foi apresentada pelo dr. Luís Geraldo Castellanos. A iniciativa propõe uma abordagem integrada para a prevenção das DCNT proposta pela OPAS. Tanto no mundo como nas Américas, observa-se aglomeração e compartilhamento das principais condições de risco para mortalidade das DCNT: tabagismo,

hipertensão arterial, sobrepeso, hipercolesterolemia e dieta pobre em frutas e legumes. Por isso, CARMEN tem por objetivo a abordagem integral dessas condições de risco. A estratégia de implantação parte da instalação de primeiras intervenções em áreas demonstrativas para poder avaliar aceitabilidade, sustentabilidade e efetividade em distintos cenários. O impacto das ações sobre os fatores de risco das DCNT seriam aferidos por indicadores de morbidade e mortalidade. Para isto, é necessária a existência de dados de base para futuras comparações, a vigilância de fatores de risco e a coleção sistemática de informação geral em relação a uma intervenção específica. Para a promoção de saúde com equidade, as intervenções devem considerar as causas básicas que determinam as iniquidades de saúde na população e as estratégias devem reduzir os riscos da população total e igualmente as diferenças entre os grupos.

Inquéritos populacionais de fatores de risco

Foram apresentadas três experiências de inquéritos de base populacional. A professora Erly Catarina Moura apresentou a experiência de implantação de um sistema de monitoramento de fatores de risco para DCNT por meio de entrevistas telefônicas no município de São Paulo. A metodologia adotada é semelhante a utilizada pelo CDC na execução dos inquéritos do BRFSS (Behavioural Risk Factor Surveillance System), realizado desde 1981 nos EUA. O sistema pretende oferecer uma alternativa rápida, barata e eficiente para inquéritos de monitoramento de fatores de risco para DCNT. A entrevista incluiu questões sobre o padrão alimentar e de atividade física, tabagismo, consumo de álcool, peso e altura, além de auto-avaliação da saúde e diagnósticos médicos. Em 2003, 90% dos domicílios do município tinham linha telefônica fixa. As recusas foram de 11,7%, mesmo sem prévia propaganda, que poderia aumentar a aceitação de participação. Foram elaborados ajustes para análise da população com telefone e da população total do município. As prevalências obtidas, em 2003, foram coerentes com a literatura. Os resultados apontam que o sistema apresenta um bom desempenho com alta cobertura, representatividade adequada, baixo custo e curta duração, sugerindo que pode ser viável para grandes centros urbanos com alta cobertura de telefonia fixa.

A doutora Maria Fernanda apresentou resultados de inquérito de saúde realizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte, financiado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do MS. Foi estudada a população acima de 20 anos, com representatividade para população adulta e idosa. Foram investigados estilos de vida, com ênfase nos cinco maiores riscos em saúde pública para as doenças crônicas não-transmissíveis: tabagismo, consumo de álcool, sedentarismo, obesidade ou sobrepeso e hipertensão. Foram também investigados usos de serviços preventivos de saúde para os quais existe consenso, em algumas faixas etárias, quando à efetividade para redução da mortalidade por DCNT: medidas de pressão arterial, exames de colesterol sérico e sangue oculto nas fezes, exame citológico de Papanicolau e mamografia. O inquérito teve como estratégia de pesquisa a utilização de questionário suplementar à Pesquisa de Emprego e Desemprego da Região Metropolitana de Belo Horizonte, realizada pela Fundação João Pinheiro, e apresentou custo baixo e execução rápida.

A doutora Liz Almeida falou sobre o inquérito realizado pelo INCA em parceria com a Secretaria de Vigilância em Saúde. É um inquérito de base populacional realizado em 15 capitais do Brasil e Distrito Federal, com o objetivo principal de estimar a prevalência de comportamentos e fatores de risco para doenças não-transmissíveis em população maior de 15 anos, selecionada através de amostra probabilística de domicílios com dois estágios de seleção. O questionário utilizado na entrevista domiciliar foi desenvolvido com a colaboração de pesquisadores. A avaliação do inquérito aponta como pontos positivos: estimativas consistentes com outros estudos no País, perdas inferiores a 10%, desenvolvimento metodológico, treinamento de recursos humanos e fortalecimento de parcerias. As maiores dificuldades apontadas foram a extensão do questionário, questões logísticas de recursos humanos e a pequena divulgação na mídia.

Todas as apresentações feitas na oficina contribuíram muito para a discussão dos desafios e dificuldades para a estruturação de um sistema de vigilância de fatores de risco no País. Por outro lado, mostraram que é possível utilizar e combinar estratégias diferentes para garantir o sucesso e a sustentabilidade das ações de vigilância em DCNT.

Vigilância de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

Esta discussão foi implementada a partir da apresentação da doutora Sandhi Maria Barreto que descreveu a situação nacional com relação às DCNT e também a proposta de um sistema de vigilância epidemiológica para o País.

O cenário epidemiológico coloca as DCNT na agenda de prioridades da saúde pública. Existem, hoje no Brasil, condições adequadas para a prevenção e vigilância destes eventos. É fundamental que se estabeleça estratégia nacional de prevenção, com definição de ações programáticas e metas para os vários níveis de atuação, além da estruturação da vigilância para avaliação das intervenções.

A vigilância em DCNT tem como objetivo conhecer a magnitude, os determinantes sociais, econômicos, comportamentais e monitorar tendências, para subsidiar políticas e estratégias de promoção da saúde e prevenção e avaliar o impacto das intervenções, orientando a continuidade das ações.

São identificados diversos desafios para a estruturação da vigilância em DCNT no Brasil, um país de dimensões continentais. A descentralização das ações é uma estratégia que deve ser adotada. É necessário estruturar um sistema complexo e ao mesmo tempo flexível; padronizar instrumentos e indicadores; garantir qualidade, regularidade, representatividade, cobertura e agilidade na produção e disponibilidade de dados e na divulgação das informações, além de garantir a sustentabilidade do sistema. É preciso capacitar técnicos dos diversos níveis para a vigilância de DCNT, bem como sensibilizar gestores para garantir investimentos e continuidade das ações.

A vigilância de DCNT deve ser feita a partir dos dados de mortalidade, morbidade e dos inquéritos de fatores de risco. O Brasil ainda não tem um sistema de vigilância de fatores de risco; e estratégias de obtenção de dados de maneira regular e sustentável ainda não foram testadas.

Para a vigilância/monitoramento dos principais eventos, do uso de serviços de saúde e do custo deve-se utilizar fontes de dados já existentes, como os dados de mortalidade (SIM) e morbidade (SIH, APAC, SISHIPERDIA). A base de dados de mortalidade no País (SIM) está disponível e é de fácil acesso. A base de dados de morbidade é uma fonte potencial, uma vez que inclui todos os pacientes atendidos pelo SUS, o

que corresponde a quase 80% da população brasileira, mas ainda necessita validação para uso em vigilância epidemiológica. Foram discutidos alguns indicadores a serem padronizados. Coeficientes de mortalidade e hospitalização potencialmente redutível, para a faixa etária entre 40 a 60 anos, foram indicados como bons indicadores para a vigilância de DCNT.

A vigilância dos fatores de risco permite conhecer a distribuição dos principais fatores na população. Mudanças no perfil de risco são detectáveis em curto prazo e têm efeitos potenciais duradouros sobre gerações sucessivas. A existência de fatores comuns a várias DCNT permite uma abordagem integrada dos mesmos. Deve contemplar fatores potencialmente modificáveis, com reconhecida associação com as mais importantes DCNT. Fatores de risco comportamentais, tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física e consumo de álcool, comporiam o núcleo central de monitoramento. Itens adicionais podem ser incorporados a este núcleo, de acordo com necessidades locais ou ao longo do tempo. Os inquéritos devem ter abrangência nacional, coleta padronizada e regular. O primeiro inquérito nacional de fatores de risco foi realizado pelo MS em 2003, com divulgação neste Congresso.

Não há uma estratégia única para a realização de inquéritos para vigilância de fatores de risco. No Brasil, os inquéritos de grande porte podem ser realizados por meio de um suplemento acoplado à PNAD-IBGE, representando um investimento de menor custo e maior agilidade. As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde seriam envolvidas na análise dos dados disponibilizados. Inquéritos por telefone podem ser utilizados para avaliar de maneira ágil e barata o impacto das intervenções. Deve-se considerar a especificidade dos pequenos municípios e viabilizar uma metodologia padronizada e específica para vigilância nestas comunidades.

É importante lembrar que a vigilância inclui o desenvolvimento e avaliação continuada de

ações de promoção da saúde e prevenção das principais DCNT, fundamental para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde no País. As ações de promoção e prevenção primária de saúde são custo-efetivas e devem ser priorizadas. É importante garantir a articulação entre as diretrizes e atuações da vigilância e da assistência em saúde, coordenadas pela SVS e SAS, e esta integração deve ser estendida a todas as esferas do SUS.

O Brasil tem tido um papel de liderança, contribuindo de forma substantiva para as grandes iniciativas da Organização Mundial da Saúde – a Convenção Quadro para Controle do Tabagismo e a Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde. Estas estratégias representam um compromisso dos governos dos países com a promoção da saúde a prevenção das DCNT, dando prioridade e visibilidade a estas questões na agenda da saúde pública mundial. O reconhecimento dos determinantes socioculturais e econômicos relacionados aos hábitos e estilos de vida saudáveis reforça a importância do trabalho intersectorial e multidisciplinar, envolvendo profissionais das mais diversas áreas, como as ciências sociais, antropologia e outros.

Os participantes da Oficina reforçaram a proposta apresentada de constituição de um Comitê Técnico para assessoramento contínuo das diversas questões relacionadas à implantação de um Sistema Nacional de Vigilância de Doenças Não-Transmissíveis. Este Comitê deverá ser composto por representantes das diversas áreas de conhecimento relacionadas à vigilância em DCNT, das diversas esferas do SUS e regiões do País; além de contar com um comitê executivo para organizar o trabalho, fazer a análise e divulgar eletronicamente as informações e garantir a continuidade da estratégia.

A maturidade da proposta de vigilância das DCNT está sendo construída e estruturada rapidamente. Estamos seguramente ampliando o trabalho nesta área e todos os participantes contribuíram muito para o avanço da proposta.

Oficina de Vigilância em Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

Nome	Instituição
Alcy Moreira dos Santos Pereira	SES/MG
Antônio Carlos Cezário	CGDANT/MS
Bruce Duncan	Faculdade de Medicina/ UFRGS
Cláudia Cristina	SMS/RECIFE
Denise Petrucci Gigante	UFPEL/RS
Erly Catarina de Moura	NUPUNS/USP
Eugênia Maria Silveira Rodrigues	CGDANT/MS
Fernando Pedroso Berdarrain	SES/Tocantins
George Santiago Dimech	CGDANT/MS
Gulnar Mendonça	INCA/MS
Ines Lessa	ISC/UFBA
José Eluf Neto	Faculdade Medicina/USP
Karin Regina Luhm	SMS/CURITIBA
Lenildo de Moura	CGDANT/MS
Lourdes de Fátima Souza	SES/PB
Luana Giatti Gonçalves	CGDANT/MS
Luis Geraldo Castellanos	OPAS
Magna Maria de Carvalho	SES/GOIÂNIA
Marcos Drumond Júnior	SMS/SP
Maria Célia Guerra Medina	CGDANT/MS
Maria Fernanda Furtado Lima-Costa	Fiocruz e UFMG
Maria Inês Schmidt	Faculdade Medicina/UFRGS
Patrícia Evangelista	CGDANT/MS
Sandhi Maria Barreto	CGDANT/MS e UFMG
Sônia Maria Gesteira Matos	CGDANT/MS
Teresa Lira	SMS/RECIFE
Valéria Maria de Azeredo Passos	CGDANT/MS e UFMG
Valter Chaves Costa	CGDANT