



PROMOÇÃO da SAÚDE e ACTIVIDADE FÍSICA: Contributos para o Desenvolvimento Humano

Coordenadores

Vitor P. Lopes

Vítor Rodrigues

Eduarda Coelho

M^a João Monteiro

ISBN: 978-972-669-969-9



Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano
Research Center in Sports Sciences, Health Sciences and Human Development

PROMOÇÃO da SAÚDE e ACTIVIDADE FÍSICA:

Contributos para o Desenvolvimento Humano

Reservados todos os direitos de acordo com a legislação em vigor

© 2010, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro - Centro de Investigação
em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano

I.ª edição: Julho de 2010

ISBN: 978-972-669-969-9

Depósito Legal: 314004/10

As opiniões expressas nesta publicação são da responsabilidade dos autores e não reflectem a opinião da Comissão Científica e do Centro de Investigação promotor do evento, assim como é declinada toda a responsabilidade pela utilização não autorizada de conteúdos dos trabalhos aqui incluídos, que violem os direitos de autor.

Vigilância Epidemiológica em Doenças Crónicas Não Transmissíveis

Correia, T.¹

Resumo

Introdução: O conceito de vigilância epidemiológica para as doenças crónicas não transmissíveis ainda não é consensual, não estando para já completamente estabelecidos os procedimentos relacionados com esta actividade de Saúde Pública. Entre os principais factores de risco para o desenvolvimento destas patologias estão: o sedentarismo, a obesidade, a hipertensão, colesterol elevado, o tabagismo e o consumo alimentar. É necessária uma vigilância epidemiológica efectiva destas doenças.

O objectivo desta comunicação é reflectir sobre o processo, ainda recente, de desenvolvimento da vigilância das doenças não transmissíveis.

Metodologia: Procedeu-se a uma revisão da literatura existente nacional e internacional. Procurou-se prioritariamente as bases de dados relativamente às doenças crónicas de declaração não obrigatória em geral e mais em particular à possível existência de bases específicas da vigilância das doenças crónicas não transmissíveis.

Resultados: Os resultados permitem reflectir sobre dados nacionais e internacionais relativamente às metas estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde de 2004-2010. Alguns dos resultados aproximaram-se das metas, no entanto ainda há muito para fazer nomeadamente em relação à obesidade e aos estilos de vida dos mais jovens.

Conclusões: São necessárias estratégias combinadas que permitam a implementação de um sistema de vigilância epidemiológica destas doenças, mais abrangente e concentrado especificamente nesse objectivo.

Palavras-chave - Vigilância epidemiológica; Doenças crónicas não transmissíveis; Indicadores; Fontes de informação.

¹ Teresa Correia, - Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde; teresacorreia@ipb.pt

1. INTRODUÇÃO

O estudo da epidemiologia das Doenças Crónicas Não Transmissíveis (DCNT) teve origem nos países desenvolvidos da América do Norte e Europa, no sentido da prevenção e do controlo. Epidemias como a obesidade e diabetes tiveram aí o seu começo e estão agora disseminadas para outros países (Jacoby, 2004). Os países em desenvolvimento, estão hoje a repetir a história das DCNT dos países desenvolvidos, no entanto, verifica-se uma pobreza de textos na área da Saúde Pública sobre vigilância epidemiológica (VE) das DCNT (Lessa I. , 2004).

O tema da VE das DCNT está em desenvolvimento pelo rápido aumento das epidemias destas doenças com consequências na qualidade de vida e na produtividade económica das populações, sendo um grande desafio em termos de Saúde Pública.

Se, na primeira metade do século passado, as Doenças Infecciosas Transmissíveis eram as causas mais frequentes de mortes, a partir dos anos 90 e início do Séc. XXI a prevenção das DCNT tem vindo a ser uma preocupação de várias organizações internacionais (WHO, 2002), (WHO, 2003).

Seguindo uma tendência mundial, as mudanças verificadas na fecundidade, natalidade e mortalidade provocam a diminuição sobre o ritmo de crescimento populacional e sobre a estrutura por idade e sexo traduzindo-se por um envelhecimento da população onde Portugal ocupa lugar cimeiro no *ranking* mundial. Estas transformações ocorridas no tempo acompanham mudanças económicas, sociais e demográficas, e do perfil de saúde das populações, determinando diferentes e importantes padrões na forma de adoecer e morrer dessas mesmas populações. Uma das consequências desta situação é o aumento dos factores de risco e das próprias doenças não transmissíveis: doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes, cancro, anomalias congénitas, traumatismos, acidentes, violências (Omram, 2001).

Por outro lado, a grande maioria dos factores de risco para as doenças cardiovasculares são os mesmos que para a diabetes e também partilhados por alguns cancros. Segundo o relatório sobre a Saúde no Mundo de 2002, entre os principais factores de risco para o desenvolvimento de patologias não transmissíveis estão: o sedentarismo, a obesidade, a hipertensão, o alto nível de colesterol, o tabagismo e o consumo alimentar (WHO, 2002).

Sendo os factores comportamentais e ambientais de extrema importância, não se pode rejeitar o campo biológico, representado pela herança, nem ignorar a participação dos

vírus, como por exemplo o papiloma vírus humano em relação ao cancro do colo do útero. Outros microrganismos que foram associados a aterosclerose, ao enfarte agudo do miocárdio e aos acidentes vasculares cerebrais (Knobler, S., Lenon, & Najafi, 2004). O vírus da *influenza* responsável pela epidemia do século passado e atribuído por alguns autores a epidemia de doenças cardiovasculares da metade do mesmo século nos países desenvolvidos (Azambuja & Duncan, 2002).

A epidemia das doenças cardiovasculares foi a primeira a ser identificada de uma série de outras. Seguiu-se a epidemia do sobrepeso/obesidade, com aumento da sua prevalência em crianças e adolescentes, com consequências a curto prazo como os problemas ortopédicos, os distúrbios respiratórios, a hipertensão arterial, as dislipidemias e a diabetes, bem como, questões emocionais. A longo prazo, tem sido referida uma mortalidade aumentada por todas as causas e por doenças coronárias nos indivíduos que foram obesos na infância e adolescência.

As DCNT são doenças com uma história natural prolongada, multiplicidade de factores de risco complexos, interacção de factores etiológicos desconhecidos, causa necessária desconhecida, longo e assintomático período de latência, manifestações clínicas com períodos de remissão e exacerbação, com lesões celulares irreversíveis e evolução para diferentes graus de incapacidade ou morte (Lessa I. , 1998)

Sendo que a expressão clínica das DCNT só se concretiza após longos períodos de exposição aos factores de risco e de uma história da doença em fase assintomática, o seu diagnóstico torna-se difícil e demorado. Os factores de risco são evidentes mas os diagnósticos surgem em fases tardias, com a instalação da doença já em fase avançada ou quando num desfecho que pode ser o primeiro e fatal.

A epidemiologia das DCNT é incompleta e complexa. Este conceito ainda não é consensual, não estando para já completamente estabelecidos os procedimentos relacionados com esta actividade de Saúde Pública. Nenhum dos factores de risco para a quase totalidade dos DCNT é necessário, suficiente, ou necessário e suficiente (Susser, 1973). Como consequência, a VE destas doenças está ainda no seu início. Este processo de vigilância abrange a colheita, análise, interpretação e comunicação dos dados referentes à incidência de mortes, doenças e lesões e a prevalência de certas condições, cujo conhecimento é considerado importante para promover a saúde das populações.

A VE é responsável pela colheita de dados, comparação dos mesmos com os padrões esperados e envio de “*sinais de alerta*” para o desencadeamento de acções das entidades competentes.

A VE coloca em rede sistemas de pessoas e actividades que mantêm todo o processo de vigilância em funcionamento, numa grande diversidade de níveis.

Na VE é fundamental entender que alguns tipos de dados devem ser colhidos na totalidade, enquanto, que noutros casos, a sua vigilância pode ser feita por amostras.

A inclusão de determinados eventos/doenças entre os que são alvo da actividade de VE devem estar assentes na magnitude com que os mesmos incidem na população, na gravidade das suas manifestações e na possibilidade de intervenção na estrutura epidemiológica. Na VE das DCNT este processo ainda não se encontra neste nível de desenvolvimento.

Enquanto que, para a VE das doenças transmissíveis existe um processo definido e conhecido que é colocado em acção quando as condições de saúde das populações assim o exigem, como foi o caso recente da gripe A (vírus N1H1), nas DCNT ainda não lhe é atribuída tanta importância, mesmo ao nível da OMS.

Aparecem, no entanto, já algumas bases de dados com registos de indicadores de saúde que permitem o conhecimento da situação de saúde das populações. Nomeadamente os registos das doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, AVC, cancro.

Existem várias propostas de indicadores para VE das DCNT, incluindo mortalidade, morbilidade e factores de risco (Lessa I. , 2004). Os indicadores gerados pelos países industrializados podem ser complexos e de difícil aplicação pelos países em desenvolvimento. A VE das DCNT exige boas estatísticas de saúde e dados complementares que impliquem a cobertura populacional, confiabilidade, precisão, abrangência espacial e sobretudo bons recursos humanos. É fundamental que os indicadores que sejam seleccionados estejam em consonância com a realidade do país ou da região, no caso de estes não conseguirem desenvolver os seus próprios indicadores que será o ideal. Países emergentes podem ter esta dificuldade.

As doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte no mundo. O cancro ocupa a segunda ou terceira posição nos países desenvolvidos, estando ao lado da diabetes nas primeiras dez causas de morte em vários países (Yatch, Hawkes, Gould, & Hoffman, 2004). Também em Portugal as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte no nosso país, depois do cancro, e são também uma importante causa de incapacidade (DGS, 2005).

O objectivo desta comunicação é a reflexão sobre o processo, ainda recente, de desenvolvimento da vigilância das doenças não transmissíveis.

2. METODOLOGIA

Procedeu-se a uma revisão da literatura existente, nacional e internacional. Procurou-se prioritariamente as bases de dados existentes relativamente às doenças crónicas de declaração não obrigatória em geral e mais em particular à possível existência de bases específicas da VE das DCNT. Nomeadamente da World Health Organization (WHO), Direcção Geral de Saúde (DGS), Plano Nacional de Saúde (PNS) e Departamento de Epidemiologia (DEP).

Apresentam-se alguns dados que podem elucidar sobre a realidade do que são as DCNT, principalmente no nosso País, permitindo uma reflexão mais fundamentada.

3. ANÁLISE DE RESULTADOS

Na pesquisa realizada, a fim de evidenciar indicadores que possam ser úteis para a VE das DCNT, verificou-se que actualmente existem algumas fontes de informação e programas onde é possível consultar alguns desses indicadores para a vigilância das DCNT, nomeadamente na DGS, PNS, DEP.

O DEP integra unidades, entre as quais a Unidade de Vigilância Epidemiológica que promove a identificação de necessidades no domínio da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis e não transmissíveis e seus determinantes.

Realiza actividades de vigilância epidemiológica, nomeadamente da gripe, da mortalidade diária, dos efeitos de factores ambientais, como o calor e de outras situações que lhe são cometidas no âmbito da função estratégica da observação de saúde.

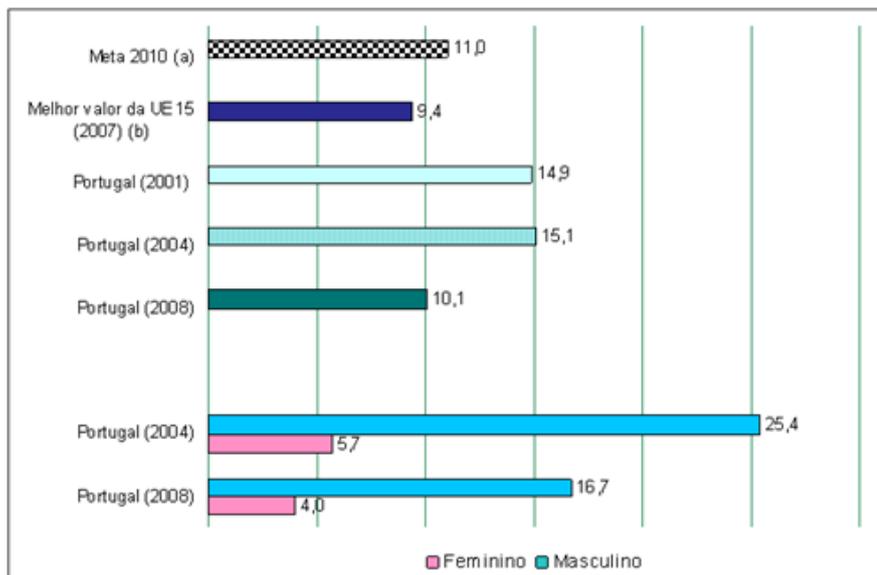
Interpreta o significado dos resultados obtidos na vigilância e divulga-os às entidades adequadas em tempo útil.

A Unidade de Instrumentos de Observação supervisiona a utilização de instrumentos de observação necessários à prossecução das actividades de monitorização, vigilância epidemiológica, investigação, previsão e planeamento de cenários (ONSA, 2004).

Gere os seguintes instrumentos:

- INS – Inquérito Nacional de Saúde;
- ECOS – Em Casa Observamos Saúde;
- MS - Rede Médicos – Sentinela;
- RENAC – Registo Nacional Anomalias Congénitas;
- ADÉLIA – Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada;
- ÍCARO – Importância do Calor: Repercussões sobre os Óbitos;
- VDM – Vigilância Diária da Mortalidade.

Taxa de mortalidade padronizada por doença isquémica cardíaca antes dos 65 anos / 100 000 habitantes

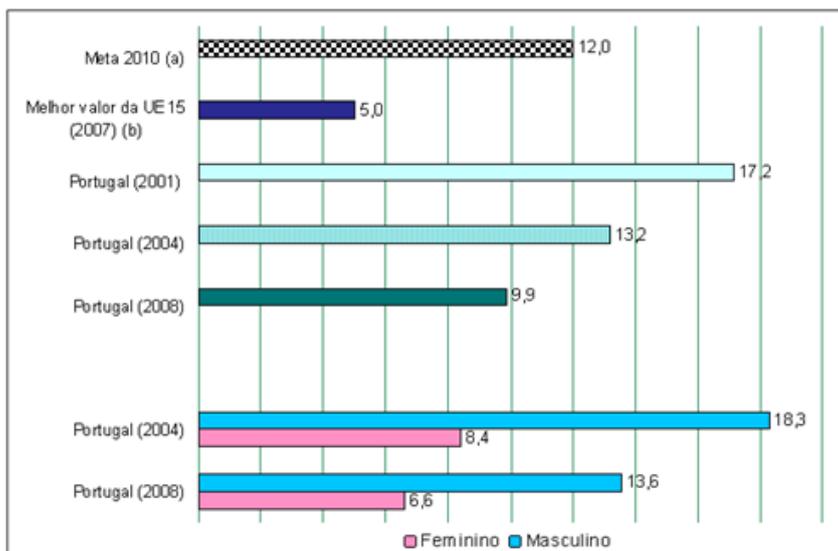


Método directo: população-padrão europeia). CID10: I20-I25.
 (a) Calculada pela DGS para Portugal Continental. Fonte: PNS 2004-2010, Vol. 1, pág. 59.
 (b) França, EUROSTAT (2009). Fonte: INE (2009). Elaborado por GIP/ACS a partir de informação disponível e não publicada.

A taxa de mortalidade padronizada por Doença Isquémica Cardíaca (DIC), antes dos 65 anos de idade, em Portugal Continental tem vindo a diminuir, baixando em 2008 para 10,1 óbitos por 100 000 indivíduos.

Portugal e França apresentaram mortalidade por DIC entre os 0 e os 64 anos muito inferior à dos restantes países.

Taxa de mortalidade padronizada por acidente vascular cerebral antes dos 65 anos / 100 000 habitantes



(Método directo: população-padrão europeia). CID 10: I60-I69.
 (a) Calculada pela DGS para Portugal Continental. Fonte: PNS 2004-2010, Vol. 1, pág. 59.
 (b) Áustria, EUROSTAT (2009). Fonte: INE (2009). Elaborado por GIP/ACS a partir de informação disponível e não publicada.

Também a taxa de mortalidade padronizada por Acidente Vascular Cerebral (AVC), no mesmo período e o grupo etário apresentou uma tendência de decréscimo verificada nos anos anteriores, sendo o seu valor de 9,9‰.

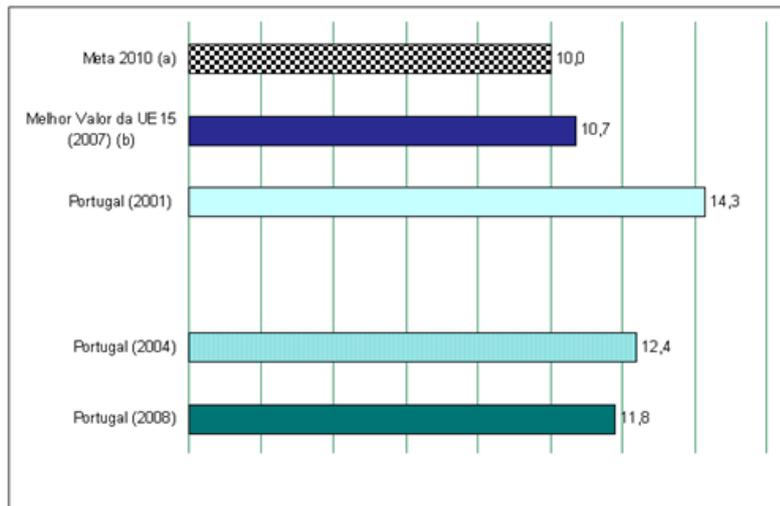
Ainda assim, a mortalidade por AVC abaixo dos 65 anos em 2008 apresentou, no nosso país, um valor superior ao da Áustria e outros países da Europa dos 15, cujas taxas de mortalidade estão entre 5 e 6 óbitos por 100 000 indivíduos dos 0 aos 64 anos.

De acordo com os resultados desta estimativa e admitindo que a prevalência específica por idade permanece constante, relativamente à diabetes, o número de pessoas com esta doença que se espera no mundo até 2030, é praticamente o dobro, tendo em conta apenas as alterações demográficas (Sarah, Gorja, Anders, & S., 2004).

A prevalência de diabetes no Mundo e em Portugal segundo a (WHO, 2010)

	2000	2030
WORLD	171,000,000	366,000,000
PORTUGAL	662,000	882,000

Taxa de mortalidade padronizada por cancro da mama feminina antes dos 65 anos / 100 000 mulheres



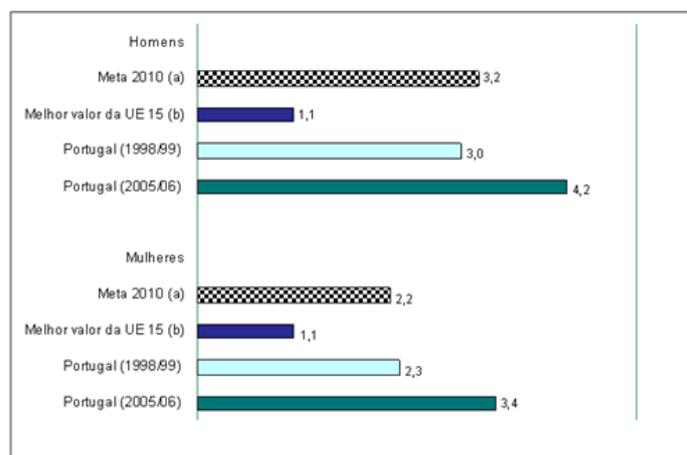
(Método directo: população-padrão europeia). CID 10: C50.
 (a) Calculada pela DGS para Portugal Continental. Fonte: PHS 2004-2010, Vol. 1, pág. 58.
 (b) Suécia, EUROSTAT (2009). Fonte: INE (2009). Elaborado por GIP/ACS a partir de informação disponível e não publicada.

Em Portugal continental, a taxa de mortalidade padronizada por cancro da mama feminina, antes dos 65 anos, tem vindo a aproximar-se da meta estabelecida para 2010.

Em relação à percentagem de fumadores, *entre os mais jovens*, no ano de 1998/99, era superior no sexo masculino, com uma diferença significativa em relação ao sexo feminino.

Já no ano de 2005/2006, registou-se uma tendência de aproximação dos valores de ambos os sexos, pois o aumento relativo de fumadores do sexo feminino (34%) foi muito superior ao de fumadores do sexo masculino (0,8%).

Obesidade - percentagem de indivíduos com Índice de Massa Corporal igual ou superior a 30 (18 a 24 anos)



(a) Calculada pelo INSA para Portugal Continental. Fonte: PHS 2004-2010, Vol. 1, pág. 54.
 (b) Holanda para o sexo masculino e Itália para o feminino, Eurostat (2007).
 Fonte: 3º e 4º INS, INSA/INE.

Ainda em relação à saúde dos mais jovens verificou-se que a percentagem de indivíduos de 18 a 24 anos de idade, considerados obesos aumentou, de 1998/1999 para 2005/2006, para ambos os sexos, *afastando-se das respectivas metas para 2010*.

No período analisado, observou-se maior percentagem de homens obesos do que de mulheres.

Acresce que o aumento relativo foi menor para os homens do que para as mulheres (40% e 47,8%, respectivamente).

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta pesquisa foi feita propositadamente para esta comunicação, pelo que, naturalmente tem limitações. Pretendeu-se ter apenas alguns indicadores como suporte para discussão daquilo que deve vir a ser a preocupação com a VE das DCNT.

Os resultados permitem perceber que existem já algumas bases de dados nacionais onde os indicadores podem ser consultados, embora ainda muito dispersas e não especificamente com o objectivo de vigilância. No entanto, os dados encontrados permitem reflectir sobre resultados nacionais e internacionais relativamente às metas estabelecidas pelo PNS de 2004-2010.

Alguns desses resultados aproximaram-se dessas metas. Actualmente, Portugal apresenta mortalidade, por DIC entre os 0 e os 64, melhor em relação aos restantes países. Também o valor apurado para Portugal Continental está, no entanto, acima do melhor valor da Europa dos 15 (Suécia), no que respeita à mortalidade por cancro da mama antes dos 65 anos. No entanto, ainda há muito para fazer nomeadamente em relação à diabetes cujos valores a nível mundial se prevê que venham a aumentar drasticamente.

A prevalência de fumadores tem vindo a aumentar principalmente entre o sexo feminino. O excesso de peso/obesidade é sem dúvida a epidemia do séc. XXI como foi caracterizada pela OMS. Esta continua a aumentar entre os mais novos atingindo valores muito preocupantes nas crianças. A obesidade em crianças constitui-se, ainda, em factor preditivo para a obesidade no adulto (Balaban & Silva, 2004). A preocupação e a vigilância em relação aos hábitos tabagicos e alimentares dos mais novos devem ser prioridades.

Desde 2002 que pela primeira vez a Organização Mundial de Saúde tem vindo a recomendar aos vários países a implementação da VE das DCNT, com especial incidência nos maiores factores de risco que predizem as doenças mais comuns, entre as Crónicas Não Transmissíveis (Armstrong & Bonita, 2003). Esta proposta é o “STEPwise approach to non-communicable disease” (WHO, 2001. Surveillance of risk factors. The WHO STEPwise approach. WHO, Geneva.) que tem vindo a ser apresentado aos países com patrocínio da OMS. É um método progressivo da OMS para a VE das DCNT. Consiste numa proposta baseada nos factores de risco que pode ser trabalhada por etapas, o que caracteriza a progressividade da proposta.

5 - CONCLUSÕES

Como se constata existem já algumas bases de registos de indicadores essenciais para a VE das DCNT. No entanto, essa informação está muito dispersa, não existindo centralização no processo de VE, nem uma sistematização da mesma que permita accionar os mecanismos de VE de uma forma abrangente e eficaz. São, no entanto, imprescindíveis estratégias que permitam a implementação de um sistema de VE das DCNT mais abrangente e concentrado especificamente nesse objectivo. Para isso é preciso clareza e rigor no que se pretende vigiar de um modo concertado de esforços das várias áreas envolvidas.

No sentido de ajudar na definição deste objectivo poder-se-ão colocar algumas questões de orientação: O que vigiar? Onde? Como? O que medir?

Em 2001 as doenças crónicas não transmissíveis contribuíram para quase 60% dos 56 milhões de mortes anuais. Tendo em consideração estes valores e antevendo um agravamento desta situação, a prevenção das doenças crónicas não transmissíveis constitui um dos maiores desafios para a Saúde Pública actual, daí a sua urgente vigilância.

Pela análise que já pode ser consultada sobre o futuro Plano Nacional de Saúde para 2011-2016, antevê-se uma maior importância em relação às questões das DCNT e por consequência à sua vigilância.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azambuja, M., & Duncan, B. (2002). Similarities in patterns of mortality from influenza A(H1N1) of in the first half coronary heart disease: a new hypothesis concerning CHD epidemic. *Cadernos de Saúde Pública*, pp. 3:557-577.
- Balaban, G., & Silva, G. (2004). Protective effect of breastfeeding against childhood obesity. *J Pediatr*, pp. 1:7-16.
- DGS. (2005). *DGS*. Obtido em 28 de Junho de 2010, de <http://www.dgs.pt/>.
- Jacoby, E. (2004). The obesity epidemic in the Americas: making healthy choices the easiest choices. *Revista Panamericana de Salud Pública*, pp. 4: 278-284.
- Knober, S.L., Lenon S.M.; & Najafi, M. (2004). *The infectious etiology of chronic diseases. Defining the relationship, enhancing the research and mitigating the effects*. The National Academics Press.
- Lessa, I. (2004). Chronic non-communicable diseases in Brazil: a challenge for the complex task of surveillance. *Ciência & Saúde Colectiva*, pp. 4:931-943.
- Lessa, I. (1998). Os programas nacionais de educação e controlo para DCNT. In I. Lessa, *Adulto brasileiro e as doenças da modernidade. Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil* (pp. 241-250). S. Paulo: Hucitec.
- Omram, A. (2001). The epidemiology transition: a theory of the epidemiology of population change. *Bulletin of the WHO*, 2: 161-170.
- ONSA. (2004). *ONSA*. Obtido em 29 de Junho de 2010, de http://www.ons.pt/index_17.html.
- Sarah, W., Gorja, R., Anders, G., & S., R. (May de 2004). Global Prevalence of Diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, p. 27.
- Susser, M. (1973). *Causal thinking in the health sciences*. London: Oxford Univ. Press.
- WHO. (2002). *II Global Forum Non-communicable Diseases Prevention and Control*. Shanghai, China.
- WHO. (2003). *II Global Forum Non-communicable Diseases Prevention and Control*. Rio de Janeiro, Brazil.
- WHO. (2002). *WHO*. Obtido em 29 de Junho de 2010, de http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55.
- WHO. (2010). *WHO*. Obtido em 27 de Junho de 2010, de <http://www.who.int/about/copyright/en/print.html>.
- Yatch, D., Hawkes, C., Gould, C., & Hoffman, J. (2004). Global burden of chronic diseases Overcoming impediments to prevention and control. *Journal of the American Association*, pp. 291:2616-2622.

Teresa Correia

Doutorada em Biologia Humana Faculdade de Medicina – Universidade do Porto. Professora coordenadora do Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde. Directora do Departamento de Ciências Básicas e da Vida. IPB-ESSa. Investigadora no Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano (UTAD-CIDESD).