

DCNT

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Boletim 2014

Nossa Área Técnica vem apresentar algumas informações, produzidas em 2014, sobre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que se constituem como uma das prioridades da área de saúde no Brasil e que apresenta inúmeras diversidades e contrastes. Estão diretamente relacionadas à forma como a sociedade está organizada e ao estilo de vida da população, que acaba envolvendo os hábitos não saudáveis.

Elas se caracterizam por múltiplas causas, longo tempo de evolução, ou são causadas por acontecimentos pontuais, como por exemplo, o acidente vascular cerebral e a amputação por diabetes.

Novos boletins com abordagem mais detalhada, sobre Doenças Crônicas não Transmissíveis e seus principais fatores de risco e de proteção, serão apresentados ao longo do ano.

Ações de Monitoramento das DCNT e Promoção da Saúde

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) constituem um sério problema de saúde pública, sendo responsáveis pelo maior número de mortes em todo o mundo, das quais 80% ocorrem em países de baixa e média renda e um terço em indivíduos com idade inferior a 60 anos de idade (MS, 2011).

Dentre as principais causas de óbitos por DCNTs encontram-se as doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes e as doenças respiratórias crônicas. Essas doenças compõem o indicador eleito para monitorar a meta nacional e estadual, que é a redução da taxa de mortalidade prematura em indivíduos com 30 a 69 anos de idade, em 2% ao ano ou 25% até 2025 (Meta Global adotada na Assembléia Mundial de Saú-

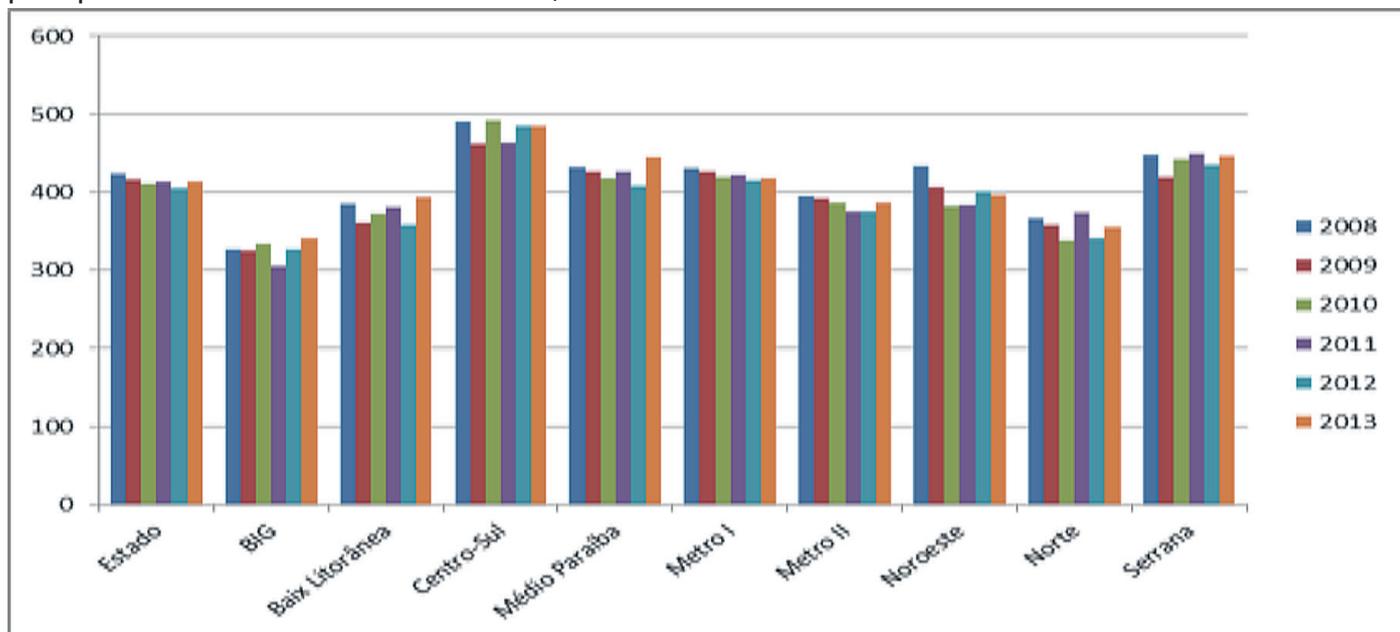
de (OMS/2011)). É um indicador universal, do rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde/COAP (parte II), pactuado pelo estado e é definido como mortalidade prematura por DCNTs, pelo grupo das quatro doenças crônicas não transmissíveis, a saber: doenças cardiovasculares (CID10 - I00-I99), câncer (CID10 - C00-C97), diabetes (CID10 - E10-E14) e doenças respiratórias crônicas (CID10 - J30-J98).

Essa meta faz parte, tanto do Plano Nacional de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil/MS, período de 2011-2022, quanto do Plano Estadual de Ações Estratégicas para Enfrentamento das DCNT no Rio de Janeiro, 2013-2022.

A figura abaixo expressa essas mortes prematuras e mostra que elevadas taxas se concentraram mais nas regiões Centro-Sul e Serrana ultrapassando a do próprio estado. As taxas das regiões do Médio Paraíba e Metropolitana I ficaram semelhantes a do estado e

nas regiões BIG, Baixada Litorânea, Norte Fluminense e Metropolitana II se mostraram inferiores, contudo representam valores elevados e preocupantes. No Brasil, em 2012, essa taxa alcançou o valor de 334,95/100 mil hab., enquanto que no estado 426,64/100 mil hab.

Taxas de mortes prematuras, em indivíduos com 30 a 69 anos de idade, por ano e pelo conjunto das quatro principais DCNTs. Estado do Rio de Janeiro, 2008 a 2013



Fonte: SIM/SES-RJ/MS: <http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/tabcgi.exe?coap2013/coap.def>.

Coleta em 16/09/2014 e os dados foram gerados em 16/05/2014

No período analisado, todas as regiões registraram no mínimo 300 mortes por 100 mil habitantes por ano. Salienta-se que são mortes prematuras causadas por DCNTs que tem um caminhar silencioso, multicausal, mas que podem ser controladas na Atenção Básica. Esse desfecho, em indivíduos economicamente ati-

vos, mostra as deficiências neste nível de Atenção. Espera-se que com as ações efetivas de promoção, prevenção, diagnóstico, controle e tratamento haja uma redução nestas taxas, porém ressalta-se que a modificação do perfil epidemiológico exige um tempo relativamente longo para ocorrer.

Perfil de Mortalidade das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Estado do Rio de Janeiro

Analisando o número de óbitos das seis primeiras causas pelo Capítulo CID 10, no Estado do Rio de Janeiro por grupos etários a partir de 25 anos de idade, excluindo as causas mal definidas, observou-se que dos 120.008 óbitos registrados, 88.771 (74,0%) foram por DCNTs.

Seis primeiras causas de óbitos (número absoluto) distribuídos por faixa etária. Estado do Rio de Janeiro, 2013

Faixa Etária	25 a 29 anos	30 a 34 anos	35 a 39 anos	40 a 44 anos	45 a 49 anos	50 a 54 anos	55 a 59 anos	60 a 64 anos	65 a 69 anos	70 a 74 anos	75 a 79 anos	≥ 80 anos
1ª	CE	CE	CE	DAC	DAC							
	1272	1152	921	854	1412	2291	3012	3738	4056	4380	5027	11709
2ª	DIP	DIP	DAC	CE	NEO	DAR						
	222	362	471	800	1007	1646	2290	2536	2513	2475	2372	6593
3ª	DAC	DAC	DIP	NEO	CE	CE	DAR	DAR	DAR	DAR	DAR	NEO
	141	298	400	578	720	633	801	1058	1296	1676	2120	4190
4ª	NEO	NEO	NEO	DIP	DIP	DAR	END	END	END	END	END	END
	120	247	354	421	460	589	643	831	1040	948	1120	2377
5ª	DAR	DAR	DAR	DAR	DAR	DIP	CE	DIP	DIP	DIP	DIP	DIP
	69	114	180	265	365	525	578	524	460	537	600	1577
6ª	END	END	END	END	END	END	DIP	CE	CE	CE	CE	CE
	40	53	108	170	254	380	512	485	459	418	514	1443

LEGENDA: CE=Causas Externas; DAC= Doenças do Aparelho Circulatório; NEO= Neoplasias; END= Causas Endócrinas, nutricionais e metabólicas; DAR= Doenças do Aparelho Respiratório e DIP=Doenças Infeciosas e Parasitárias. Fonte: DATASUS/SIM/2013-preliminares

Em relação às doenças do aparelho circulatório (DAC) elas se constituem na 1ª causa de óbito prematuro, a partir da faixa etária de 40 anos e, 2ª causa na faixa etária de 35 a 39 anos. Mas, chama atenção as DAC, como 3ª causa de morte precoce no grupo etário de 25 a 29 anos. Dentre os eventos fatais envolvendo essas doenças estão o acidente vascular cerebral e o infarto agudo do miocárdio, que muitas vezes, pela falta de esclarecimento do óbito, podem estar subestimados.

As neoplasias (NEO), que estão mais presentes na 2ª posição acometeram indivíduos da faixa etária de 45 a 79 anos e na 3ª posição, indivíduos de 40 a 44 anos de idade e os de ≥ 80 anos, Surgindo na 4ª posição na faixa etária de 25 a 39 anos.

As mortes por doenças do aparelho respiratório (DAR) foram registradas mais fortemente em indivíduos com ≥ 80 anos de idade (2ª posição), com 55 a 79 anos (3ª posição) e ainda prevalecendo entre os indivíduos de 50 a 54 anos (4ª posição). Salienta-se que nem todas as doenças respiratórias são consideradas de evolução crônica.

“ As doenças do aparelho circulatório se constituem na primeira causa de óbito, 31,2%, no estado do Rio de Janeiro

As mortes causadas por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (END), predominaram em indivíduos com ≥ 55 anos de idade (4ª posição) e na faixa etária de 25 a 54 anos (6ª posição).

O Diabetes Mellitus responde por mais de 80% dos óbitos sendo uma comorbidade importante das doenças cardiovasculares e é subestimada por não ser citada na Declaração de Óbito. A sua gravidade está na sua evolução para os órgãos alvos e nas incapacitações decorrentes da cegueira, insuficiência renal, necrose e amputação de membros devido à insuficiência de vascularização periférica, contribuindo para a má qualidade de vida. Os elevados custos do tratamento influenciam no agravamento do problema e nas perdas relacionadas à redução da produtividade pelo absenteísmo, aposentadoria e mortalidade precoces.

As causas externas (CE) ocupam lugar importante nesse perfil. Representam a 1ª posição nas faixas etárias de 25 a 39 anos acometendo indivíduos em idade economicamente produtiva.

O Diabetes Mellitus responde por mais de 80% dos óbitos, sendo uma comorbidade importante das doenças dardiovasculares e é subestimada por não ser citada na Declaração de Óbito.

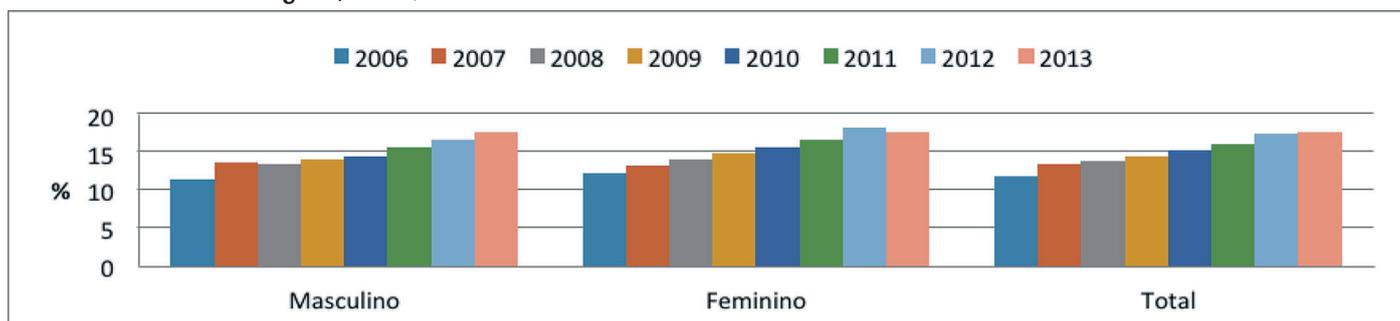
Construção de Parceria Intersectorial

A Área Técnica das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) está ampliando as suas parcerias intersectoriais e, em 2013, passou a integrar uma equipe de trabalho que envolve o setor da educação. Está participando do projeto “Intervenções Nutricionais para o Enfrentamento da Obesidade na Atenção Básica do SUS no Estado do Rio de Janeiro” aprovado pela Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), pelo Edital de n.º 35, referente a pesquisas para o SUS.

Este projeto é coordenado pela Profª Drª Luciene Burlandy C de Alcântara, da Universidade Federal Fluminense (UFF) e foi elaborado em parceria com as universidades: Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO) e pela integração das áreas técnicas das DCNTs e de Alimentação e Nutrição (ATAN) da Secretaria de Estado de Saúde. Esse projeto, que recebeu recursos financeiros para a sua realização, teve início em junho de 2014.

O mapeamento das ações de enfrentamento da obesidade desenvolvidas pelos municípios é fundamental para subsidiar os gestores na definição de estratégias que qualifiquem o cuidado em saúde no atual contexto epidemiológico. Os fatores que afetam o perfil alimentar e nutricional da população, nas diferentes regiões do estado no Rio de Janeiro, são diversos, considerando as próprias especificidades dos processos econômicos e sociais. Na figura seguinte, conforme as informações fornecidas pela pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL/MS), realizada anualmente nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal com base em amostras probabilísticas da população de adultos ≥ 18 anos de idade, mostraram a necessidade de ações de enfrentamento da obesidade (Índice de Massa Corporal/IMC ≥ 30 kg/m²), que até o ano de 2012 apresentava um aumento significativo na prevalência estimada. Em 2013, houve uma pequena redução no sexo feminino (de 18,2% para 17,5%) igualando-se às prevalências estimadas para o sexo masculino.

Frequência estimada de obesidade em indivíduos com ≥ 18 anos, segundo sexo e ano, nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Vigitel, 2006/2013

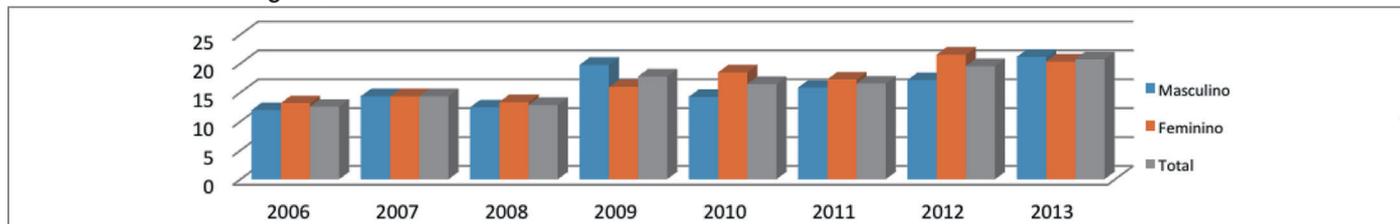


No entanto, em relação ao excesso de peso (Índice de Massa Corporal/IMC ≥ 25 kg/m²), os homens acumulam percentuais mais expressivos, 54,7% contra 47,4% das mulheres. Apesar da estabilidade, os dados apresentados ainda são alarmantes: mais da metade do total de entrevistados ainda encontram-se em excesso de peso. Para este mesmo ano, na capital do Rio de Janeiro, em 2013, a

frequência de adultos com obesidade foi de 20,7%, sendo que para o sexo masculino foi estimada em 21,1% e 20,3% para o feminino.

Na figura seguinte, verificou-se uma alternância entre os valores de 2012, que para o sexo feminino tinha sido estimado em 21,5% e para o sexo masculino que aumentou de 17,1% para 21,1%.

Percentual de adultos (≥ 18 anos) com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²), por sexo e total, segundo a capital do Estado do Rio de Janeiro. Vigitel, 2006/2013



Cabe, portanto, não apenas mapear as intervenções, mas analisar os fatores que condicionam o planejamento local de ações de enfrentamento da

obesidade nos contextos geopolíticos e territoriais específicos dos municípios fluminenses. Temos muito trabalho pela frente.

A obesidade e o excesso de peso são resultantes das mudanças relevantes no perfil alimentar das populações, principalmente nas urbanizadas. Há um consumo maior dos produtos industrializados, calóricos, ricos em gorduras saturadas e açúcar em detrimento do alimento consumido in natura, especialmente frutas, legumes e verduras. Para frear essa tendência de crescimento, faz-se necessário provocar mudanças no perfil alimentar da população.

Programa Estadual de Controle do Tabagismo no estado Rio de Janeiro

O tabagismo é um fator de risco importante para as DCNTs e ao mesmo tempo é considerado como doença, pela Organização Mundial de Saúde, pois a nicotina presente no cigarro causa dependência e provoca alterações físicas, emocionais e comportamentais na pessoa que fuma. Assim, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, o tabagismo foi catalogado como “uma desordem mental e de comportamento, decorrente da síndrome de abstinência à nicotina”. Além disso, o cigarro é uma droga que contém mais de 4.700 substâncias químicas, sendo 60 cancerígenas e está associado a diversos tipos de enfermidades.

As ações desenvolvidas pelo Programa Estadual de Controle do Tabagismo da Secretaria de Estado de Saúde (SES/RJ) envolvem ações de promoção da

saúde, prevenção do consumo do tabaco e tratamento para cessação do hábito de fumar. Em 2014, o Programa sofreu grande expansão, quando da publicação da Portaria nº 571/GM/MS, de 05/04/2013, via adesão dos gestores municipais ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), onde 85 municípios do nosso estado aderiram ao Programa, representados por 1.609 equipes.

Analisando a próxima tabela, os municípios ativos são os que estão realizando o tratamento ou estão em fase inicial e os períodos referem-se a grupos diferentes de pacientes, que são formados a cada trimestre do ano. Verificou-se que, os três períodos apresentaram padrões semelhantes de formação, adesão e finalização do tratamento.

Comparativo dos consolidados das planilhas de monitoramento de atendimentos realizados pelos municípios nos três primeiros trimestres do ano. Estado do Rio de Janeiro, 2014

Períodos 2014	Nº municípios com envio de informações	Unidades realizaram atendimento no período atual?	Nº de pacientes (n)					Percentual (%)		
			atendidos na 1ª avaliação clínica (acolhimento na Unidade)	participaram da 1ª sessão (início)	participaram da 4ª sessão (término)	sem fumar na 4ª sessão	utilizaram algum medicamento para tratamento do tabagismo	utilizaram algum medicamento para tratamento do tabagismo	Abandono	Cessaçao
P1	67	309	7632	6570	5169	3937	5458	83,07	21,32	59,92
P2	65	363	7722	6625	4957	3780	5302	80,03	25,18	57,06
P3	72	436	9939	8497	6448	5017	6622	77,93	24,11	59,04

Fonte: Programa Estadual de Controle do Tabagismo/SES-RJ. Dados atualizados até set/2014

O crescimento que houve no número de participantes no P3 (Jul/Set) em relação aos períodos anteriores pode ser atribuído à capacitação de 85 municípios, representados aproximadamente 400 profissionais de saúde e regularização do abastecimento medicamentoso pelo DAF / Ministério da Saúde, bem como a interface formada entre o Programa Estadual de Controle de Tabagismo e seus coordenadores municipais de tabagismo na gestão do programa ao longo dos anos.

Vale ressaltar, com relação ao tratamento, que houve uma cessação no hábito de fumar superior ao

dobro do percentual de abandono representando o sucesso do Programa de Controle do Tabagismo em ambos os grupos e períodos.

Considerando a ampliação do alcance do Programa, todas as regiões do estado apresentaram bom crescimento do número de unidades com oferta de tratamento à população, como demonstrado na tabela abaixo, destacando-se as regiões Médio Paraíba e Metropolitana I. Já as regiões Norte e Noroeste Fluminense apresentaram número baixo de unidades com oferta de tratamento, necessitando de ações mais específicas para o aumento da adesão ao programa.

Número de Unidades que tratam cessação do hábito de fumar			
Regiões	P1	P2	P3
Baía da Ilha Grande	11	13	17
Baixada Litorânea	19	20	25
Centro Sul Fluminense	11	13	15
Médio Paraíba	45	54	73
Metropolitana 1	138	174	205
Metropolitana 2	38	46	47
Noroeste Fluminense	6	8	9
Norte Fluminense	8	4	5
Serrana	33	31	40
Total	309	363	436

Fonte: Programa Estadual de Controle do Tabagismo/SES-RJ.

Diante de tal cenário, o programa vem focando na estruturação do monitoramento das ações realizadas nos municípios para poder conhecer melhor o perfil do estado, regiões e municípios no que tange ao tratamento da cessação do hábito de fumar.



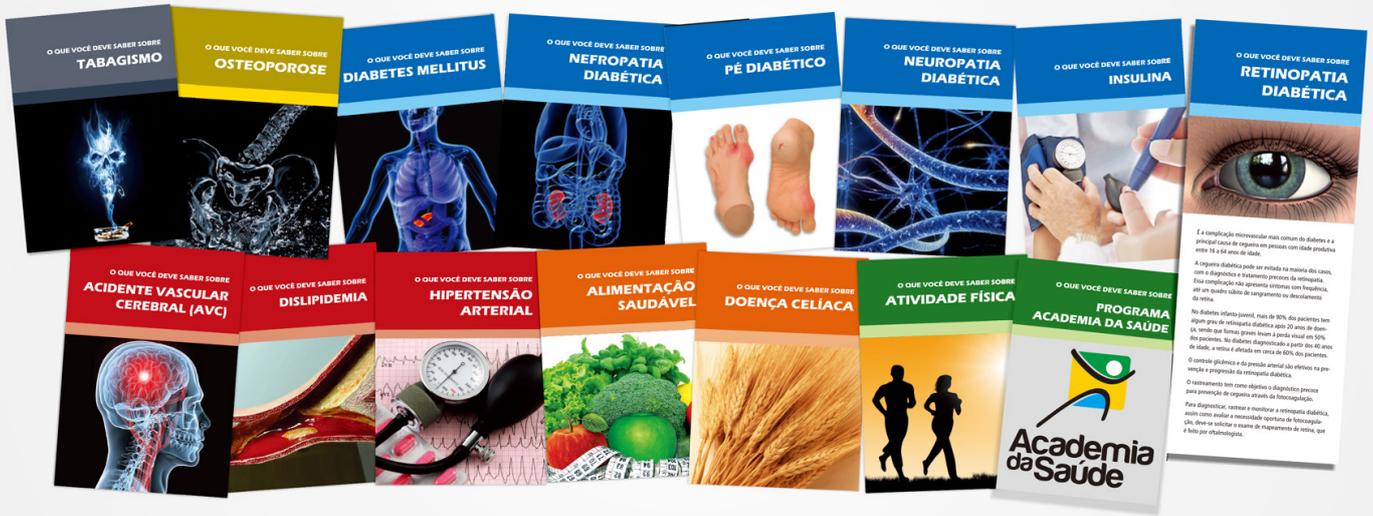
Produção de Material Educativo

Considerando que muitas doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco são resultantes do comportamento e do processo de transformação, das sociedades modernas, torna-se importante a divulgação das informações sobre saúde para a população de modo geral.

Esse trabalho foi desenvolvido pelos técnicos da DCNT, sob a responsabilidade da Enfermeira Rosemary Paz de Barros, continuísta das crônicas não transmissíveis na Web e responsável técnica pelo diabetes e confecção do material educativo (eletrônico e físico do setor), que eram acessados através do link: <http://www.saude.rj.gov.br/atencao-a-saude-1/1057-atencao-basica/areas-tecnicas/16886-informacoes-importantes-sobre-as-principais-dcnts.html?showall=&start=3>.

A partir de junho de 2015 o material educativo, entre outros documentos, poderão ser baixados no endereço <http://www.saude.rj.gov.br/vigilancia-em-saude/980-vigilancia-epidemiologica/doencas-cronicas-nao-transmissiveis.html>.





Dia Mundial do Diabetes

14 de novembro

Equipe Técnica DCNT

Cacilda Maria Gomes Comucci

Agente Auxiliar Administrativo

Gecélia Kurtz Mota

Farmacêutica

Márcia Regina Mazalotti Teixeira

Nutricionista

Maria de Fátima Andrade Sanches

Assistente Social

Nelson Eduardo Santos Lucas

Médico

Renata de Campos Figueiredo

Médica

Rita de Cássia Lessa Coelho

Médica

Rosemary Paz de Barros

Enfermeira / Responsável-Técnica DM / Continuista DCNT-WEB

Samir Feruti Sleiman

Agente Administrativo de Saúde / Programa Tabagismo

Silvio da Silva Machado

Agente de Saúde Pública

Simone Campos Annes

Enfermeira

Simone Jesus de Abreu

Fisioterapeuta

Sonia Cristina Amancio da Silva

Enfermeira/Diretora DCNT

Telma Alves Teixeira

Auxiliar Operacional de Serviços de Saúde

Vania Luiza Cochlar Pereira

Médica

Projeto Gráfico, Diagramação e Editoração Eletrônica

Coordenação do Comunicação em Saúde / Design

Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT

Boletim 2014



SECRETARIA DE
SAÚDE



SES - Secretaria de Estado de Saúde / RJ
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
Rua México, nº 128, 4º andar, sala 406,
Centro, Rio de Janeiro, RJ
CEP: 20031-142 Tels.: 21 2333.3879 / 2333.3853
email: dcnt@saude.rj.gov.br