

RELATÓRIO ANUAL DA VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Campinas, 12 de dezembro de 2013



1 Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis são a principal causa de morte no Brasil e no mundo, correspondendo a 63% dos óbitos de brasileiros em 2010, em Campinas-SP em 2012 este grupo de doenças foi responsável por 64,5% dos óbitos. A maioria das mortes é secundária a doenças no aparelho circulatório, cujos fatores de risco podem ser alterados por mudanças de hábitos ou por tratamento de doenças e condições predisponentes (inatividade física, tabagismo, alimentação não saudável, obesidade, hipertensão e diabetes). A Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em 13 de maio de 2010 convocou uma Reunião de Alto Nível para discussão das DCNTs, fato simbólico que coloca a questão no centro das preocupações mundiais. No Brasil o Ministério da Saúde incluiu as DCNTs entre as ações de vigilância em saúde progressivamente, inicialmente através de monitoramento de indicadores de morbimortalidade e fatores de risco (incluindo inquéritos domiciliares e telefônicos) até a publicação, em 2011, do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil (2011-2022). Este Plano define ações e investimentos necessários para os diferentes níveis de gestão para enfrentamento das DCNTs com ênfase para doenças do aparelho circulatório, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes. Em 9 de agosto de 2012 a Secretaria de Vigilância em Saúde publicou a PORTARIA Nº 23, que define repasse de recursos financeiros aos municípios com mais de um milhão de habitantes para ações específicas de vigilância e prevenção das DCNTs. O município de Campinas aderiu à proposta e elaborou o Plano de Ações de Vigilância e Monitoramento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Município de Campinas-SP, Triênio 2013-2015, que prevê a criação de um Grupo Técnico (GT) de DCNTs interdepartamental com representantes do DEVISA (Central e Regionais), Departamento de Saúde, DGDO e Distritos de Saúde para coordenar as ações de Vigilância e Prevenção das DCNTs. Conforme exigência da PORTARIA Nº23, está prevista a publicação de um Relatório Anual da Situação das DCNTs. Embora muito já se tenha feito em relação ao diagnóstico da situação de das DCNTs no município, é a primeira vez que a Vigilância em Saúde inclui este conjunto de doenças dentro de suas atividades de rotina. Sendo assim, este primeiro relatório elaborado pelo GT-DCNTs é um marco e esperamos aprimorá-lo ao longo do tempo.

2 Perfil populacional, transição demográfica e epidemiológica

Campinas surgiu no começo do século 18 como um bairro rural de passagem para o interior do país, cresceu com a chegada de fazendeiros e da lavoura de cana. Em 1842, quando virou cidade, as plantações de café já dominavam o cenário. Os cafezais impulsionaram o desenvolvimento, com muitos trabalhadores escravos e alguns livres em atividades rurais e urbanas. Com a crise do café na década de 30, a cidade "agrária" se urbanizou; chegaram

migrantes, imigrantes e muitas fábricas. Entre 1950 e 1990, Campinas recebeu uma grande quantidade de migrantes de várias regiões do país, a área da cidade aumentou 15 vezes e a população quintuplicou. A partir do final da década de 1990 e início dos anos 2000 a taxa de crescimento migratório diminuiu e o crescimento passou a ser basicamente vegetativo. Junto com todas as transformações econômicas, políticas, sociais e culturais que o desenvolvimento da cidade proporcionou houve uma contínua e intensa mudança no perfil da população.

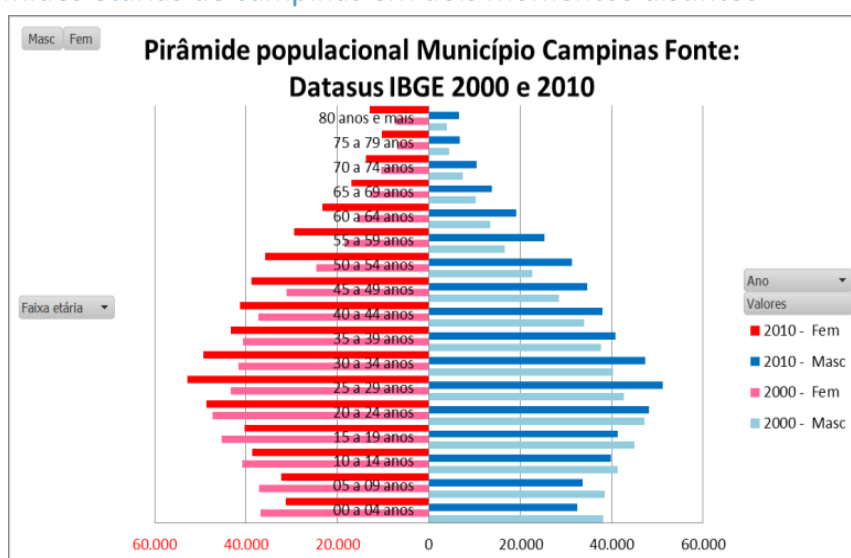
As mudanças continuaram e a partir das últimas décadas do século passado e início do presente século e Campinas, assim como o Brasil, atravessou as seguintes transições:

- Transição demográfica com urbanização da população; queda do analfabetismo; aumento do acesso à água tratada, esgoto e eletricidade; diminuição das taxas de fecundidade e natalidade; aumento progressivo na expectativa de vida e na proporção de idosos com o envelhecimento da população. Resulta em substancial mudança no desenho da pirâmide etária.

- Transição epidemiológica que caracterizou-se por mudança do perfil de morbimortalidade da população, com diminuição progressiva da mortalidade precoce, redução das doenças infectocontagiosas, aumento das DCNTs, redução da desnutrição e aumento de sobrepeso e obesidade, assim como de outros fatores de risco para as DCNT, e aumento de acidentes e violências.

Este novo perfil demográfico e epidemiológico da cidade trouxe como desafio o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis e necessita, além do investimento em assistência, muito investimento em vigilância, prevenção, promoção da saúde e defesa da vida saudável. Outro desafio é heterogeneidade das necessidades de cada região do município, pois os perfis sociais e epidemiológicos são muito diferentes conforme estão apresentadas nos mapas e pirâmides etárias abaixo. Campinas é uma cidade muito desigual e uma parte significativa da população infelizmente tem baixos níveis de desenvolvimento econômico, educacional e social, não tem acesso a condições mínimas de moradia, rede de esgoto e outros direitos básicos. O enfrentamento das DCNTs deve considerar as diferentes situações que existem.

2.1 Pirâmides etárias de Campinas em dois momentos distintos

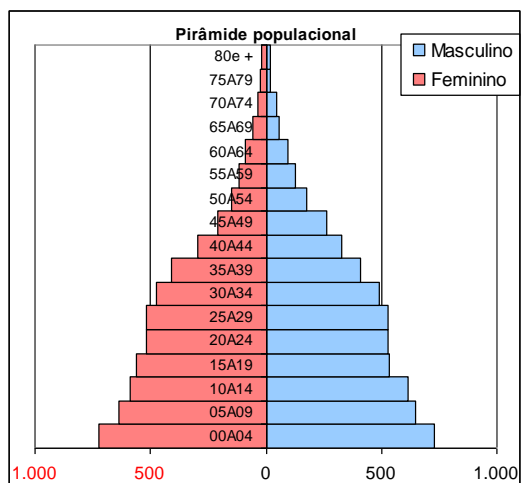


Fonte: CII / DGDO / SMS Campinas População por território de residência. Dados reprocessados no DGDO / SMS Campinas

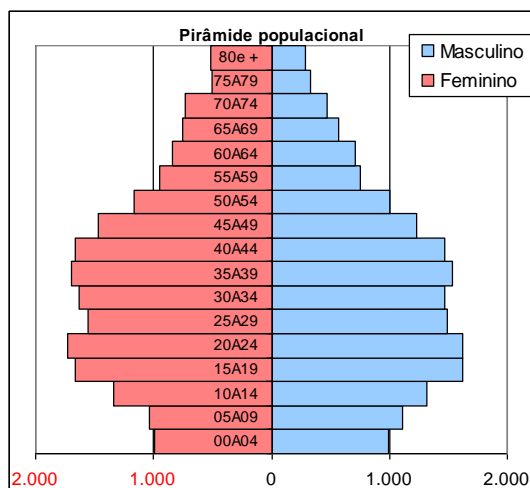
A sobreposição das pirâmides de Campinas de 2000 e 2010 permite visualizar nesse período a redução da população jovem, o aumento das populações em todas as faixas etárias a partir de 20 a 24 anos e o importante incremento de população idosa na cidade. A implementação das políticas de Saúde no Município de Campinas deve considerar a dinâmica demográfica que engloba o processo de envelhecimento intenso e desigual entre os sexos.

2.2 Exemplo de pirâmides populacionais de unidades com perfis demográficos bem diferentes em Campinas, CENSO 2010.

CS Campo Belo

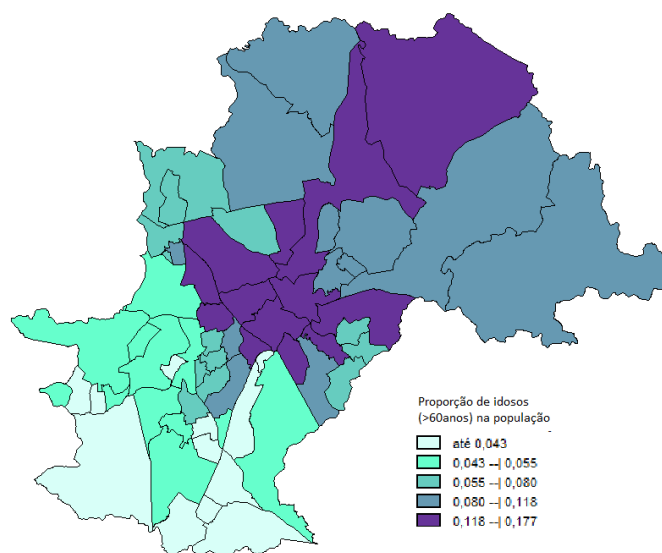


CS Aurélia



Fonte: CENSO, 2010. CII/DGDO/SMS. Dados reprocessados na VISA Noroeste/ SMS Campinas. <http://tabnet.campinas.sp.gov.br/tabnet?populacao/pop3.def>.

2.3 Mapa temático - Proporção de idosos na população por local de moradia, Campinas, 2010.



Fonte: CENSO, 2010. CII/DGDO/SMS. Dados reprocessados no DGDO / SMS Campinas. <http://tabnet.campinas.sp.gov.br/tabnet?populacao/pop3.def>.

O mapa acima evidencia as áreas do município com maior proporção de idosos, concentradas nas regiões leste e norte da cidade.

3 Prevalência, Incidência e fator de risco

As tabelas abaixo apresentam os resultados do Inquérito Domiciliar de Saúde de Base Populacional no Município de Campinas – (ISACAMP 2008/2009). Podemos destacar alguns achados relevantes. O tabagismo é maior na população masculina e entre 40 e 59 anos, diminui significativamente nas faixas etárias mais jovens. Ou seja, as próximas gerações já estão mais conscientes e menos expostas a este importante fator de risco para várias DCNTs. Mas infelizmente esta diminuição do tabagismo nas faixas etárias mais jovens não é significativa nas faixas de renda de até 1 salário mínimo per capita. Estas faixas de renda, talvez, não haviam sido atingidas pelas campanhas anti-tabagismo, o que deve ser importante para definição de mudança de alvo e da forma de comunicação.

3.1 Tabela - Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, auto-referidas, segundo renda familiar per capita. (ISACAMP 2008/09).

Doença crônica	Renda familiar per capita (em SM)				Total	p
	n	<1	1 – 3	3 ou mais		
Masculino						
Hipertensão	345	11,5	13,0	20,6	13,7	0,008
Diabetes	141	5,5	3,8	3,7	4,5	0,381
Asma/bronquite/enfisem	82	5,0	2,9	4,5	4,0	0,293
Feminino						
Hipertensão	622	21,2	20,3	17,2	20,2	0,499
Diabetes	231	6,8	7,2	4,6	6,6	0,366
Asma/bronquite/enfisem	114	4,8	5,6	3,7	4,9	0,596
Total de entrevistados	5655					
Hipertensão	967	16,8	16,6	18,9	17,1	0,591
Diabetes	372	6,2	5,5	4,1	5,6	0,239
Asma/bronquite/enfisem	196	4,9	4,2	4,1	4,5	0,673

Fonte: ISACAMP 2008/9.

SM=Salários Mínimos, p= probabilidade de significância.

3.2 Tabela - Prevalência de tabagismo, segundo renda familiar per capita, idade e sexo (ISACAMP 2008/09)

Variável	Renda familiar per capita (em SM)			p	RP ajustada por sexo e/ou idade
	<1	1 – 3	3 ou mais		
Sexo					
Masculino	20,5	20,5	15,5	0,4472	0,92 (0,86-0,98)
Feminino	15,2	9,8	15,3	0,1397	0,98 (0,91-1,04)
Idade					
10-19	3,0	1,1	2,8	0,2227	
20-39	23,8	13,9	12,1	0,0325	
40-59	24,6	24,9	24,3	0,9925	
60 e +	13,8	10,8	7,9	0,0371	
Total	17,6	15,3	15,4	0,6063	0,95 (0,90-1,00)

Fonte: ISACAMP 2008/9.

SM=Salários Mínimos, p= probabilidade de significância, RP=Razão de Prevalência.

3.3 Tabela- Prevalência de obesidade + sobrepeso segundo renda familiar per capita, idade e sexo (ISACAMP 2008/09).

Variável	Renda familiar per capita (em SM)			p	RP ajustada por sexo e/ou idade
	<1	1 – 3	3 ou mais		
Sexo					
Masculino	41,0	45,5	55,8	0,0136	1,06 (0,99-1,13)
Feminino	46,8	44,5	39,8	0,4277	0,92 (0,84-1,00)
Idade					
10-19	26,1	14,6	17,7	0,0089	
20-39	42,4	39,2	39,9	0,7785	
40-59	59,1	59,8	57,7	0,9466	
60 e +	55,9	56,8	58,6	0,7569	
Total	44,2	45,0	47,6	0,6388	0,98 (0,93-1,03)

Fonte: ISACAMP 2008/9.

SM=Salários Mínimos, p= probabilidade de significância, RP=Razão de Prevalência.

A obesidade e sobrepeso tendem a aumentar com a idade até a faixa entre 40 e 59 anos, mas estabiliza ou chega até a cair entre as pessoas com mais de 60 anos, este padrão ocorre nas diferentes as faixas de renda. Excluindo os menores de 19 anos, o restante das faixas etárias não apresenta diferenças entre faixas de renda. O

sedentarismo tem um perfil semelhante quanto às faixas etárias, mas há nitidamente uma proporção maior de sedentários no sexo feminino e nas faixas de renda mais baixas.

3.4 Tabela - Prevalência de sedentarismo, segundo renda familiar per capita, idade e sexo (ISACAMP 2008/2009).

Variável	Renda familiar per capita (em SM)			p	RP ajustada por sexo e/ou idade
	<1	1 – 3	3 ou mais		
Sexo					
Masculino	49,8	57,9	41,0	0,0187	0,69 (0,51-0,93)
Feminino	70,4	73,9	56,1	0,0008	0,75 (0,64-0,87)
Idade					
10-19	29,9	33,7	27,0	0,4616	
20-39	67,0	70,9	45,4	0,0009	
40-59	75,0	71,7	55,1	0,0323	
60 e +	77,8	65,7	53,0	0,0000	
Total	61,0	65,7	48,7	0,0006	0,72 (0,62-0,85)

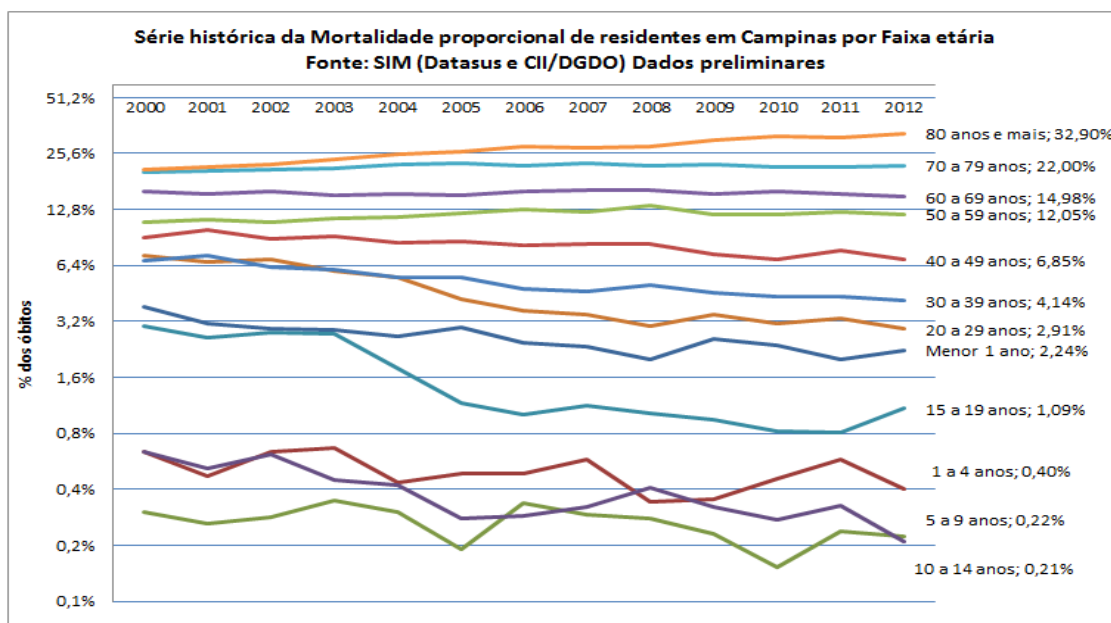
Fonte: ISACAMP 2008/9.

SM=Salários Mínimos, p= probabilidade de significância, RP=Razão de Prevalência.

4 Dados de Mortalidade

A mortalidade proporcional por faixa etária em idosos com 80 anos e mais evoluiu de 21,1% em 2000 para 32,9% em 2012. Na faixa etária agrupada de 70 anos e mais a evolução foi de 41,3% para 54,9%, na faixa etária agrupada de 60 anos e mais a evolução foi de 57,4% para 69,9% e na faixa etária agrupada de 50 anos e mais a evolução foi de 68,3% para 82%. Houve tendência de redução na mortalidade proporcional nas faixas etárias mais jovens, essas mudanças no perfil de mortalidade refletem o aumento da longevidade da população, fenômeno multifatorial.

4.1 Gráfico - Série histórica da Mortalidade proporcional de residentes em Campinas por Faixa etária (2000-2012)



Fonte: SIM Tabnet (SMS Campinas) em <http://tabnet.campinas.sp.gov.br/tabnet?sim/sim.def>

4.2 Tabela - Série histórica da Mortalidade proporcional de residentes em Campinas por Faixa etária (2000-2012)

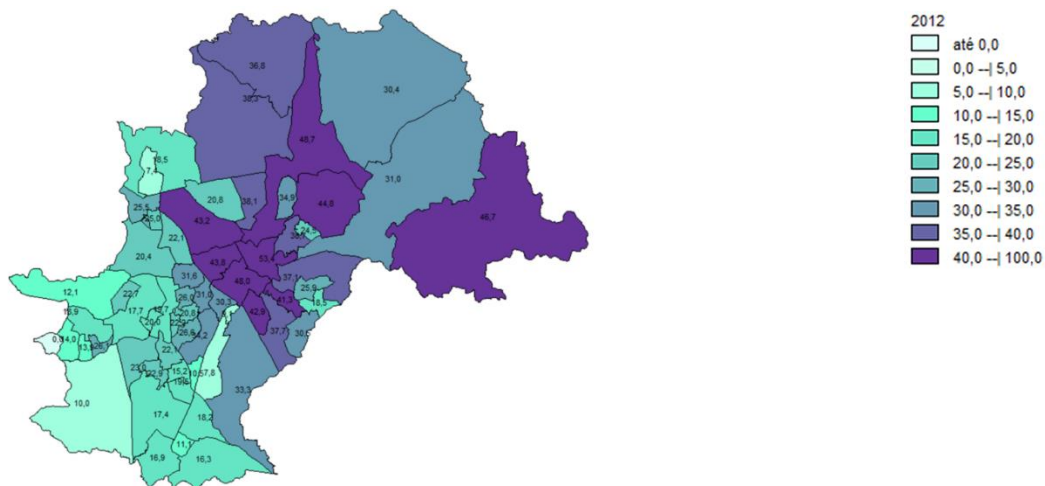
Ano	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais
2000	3,8%	0,6%	0,3%	0,6%	3,0%	7,3%	6,8%	9,1%	10,9%	16,1%	20,2%	21,1%
2001	3,1%	0,5%	0,3%	0,5%	2,6%	6,7%	7,2%	10,0%	11,2%	15,6%	20,6%	21,6%
2002	2,9%	0,6%	0,3%	0,6%	2,8%	7,0%	6,3%	8,9%	11,0%	15,9%	21,1%	22,5%
2003	2,9%	0,7%	0,3%	0,4%	2,7%	6,0%	6,1%	9,3%	11,4%	15,2%	21,3%	23,7%
2004	2,7%	0,4%	0,3%	0,4%	1,8%	5,5%	5,6%	8,5%	11,7%	15,4%	22,4%	25,3%
2005	3,0%	0,5%	0,2%	0,3%	1,2%	4,2%	5,6%	8,7%	12,3%	15,4%	22,6%	26,2%
2006	2,4%	0,5%	0,3%	0,3%	1,0%	3,6%	4,8%	8,2%	12,9%	16,1%	22,0%	27,9%
2007	2,3%	0,6%	0,3%	0,3%	1,1%	3,5%	4,7%	8,4%	12,4%	16,4%	22,6%	27,4%
2008	2,0%	0,3%	0,3%	0,4%	1,0%	3,0%	5,0%	8,3%	13,4%	16,3%	21,9%	28,0%
2009	2,6%	0,4%	0,2%	0,3%	0,9%	3,5%	4,6%	7,3%	12,1%	15,6%	22,3%	30,2%
2010	2,4%	0,5%	0,2%	0,3%	0,8%	3,1%	4,3%	7,0%	12,0%	16,0%	21,7%	31,7%
2011	2,0%	0,6%	0,2%	0,3%	0,8%	3,3%	4,4%	7,7%	12,3%	15,6%	21,6%	31,2%
2012	2,2%	0,4%	0,2%	0,2%	1,1%	2,9%	4,1%	6,9%	12,1%	15,0%	22,0%	32,9%

Fonte: SIM Tabnet (SMS Campinas) em <http://tabnet.campinas.sp.gov.br/tabnet?sim/sim.def>

A mortalidade proporcional por faixa etária desagregada por área de moradia tende a refletir a composição da população, ou seja, em áreas onde a proporção de idosos é maior a proporção de óbitos em idosos tende naturalmente a ser maior. O mesmo não acontece com a mortalidade precoce por DCNTs (óbitos por DCNTs entre 30 e 69 anos/população entre 30 e 69 anos), este indicador reflete mais o risco específico desta faixa etária em relação ao óbito pelas DCNTs. Ao contrário do indicador anterior este indicador tende a ser maior nas áreas onde a

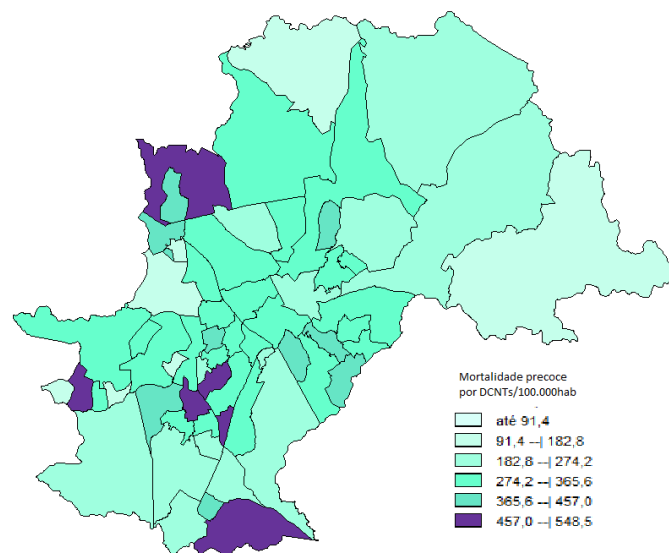
população tem piores condições de vida e menor acesso aos serviços de saúde (4.4 Mapa Temático).

4.3 Mortalidade proporcional (%) por faixa etária selecionada: 80 anos e + e por território de Residência em Campinas em 2012



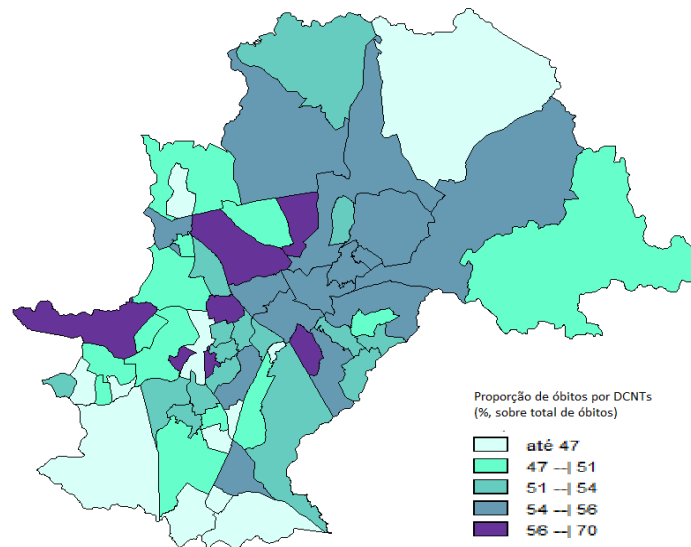
Fonte: SIM Tabnet (SMS Campinas) em <http://tabnet.campinas.sp.gov.br/tabnet?sim/sim.def>

4.4 Mapa temático- Taxa anual média de mortalidade precoce por local de moradia (óbitos por DCNTs entre 30 e 69anos/100.000 habitantes, Campinas 2008 – 2012)



Fonte: SIM Tabnet (SMS Campinas) em <http://tabnet.campinas.sp.gov.br/tabnet?sim/sim.def>

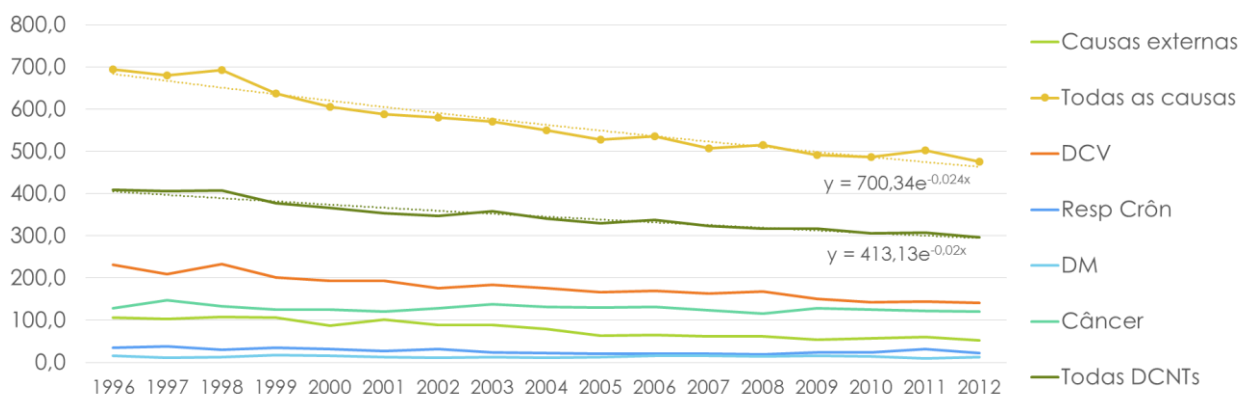
4.5 Mapa temático - Proporção de óbitos por DCNTs por local de moradia (Campinas, 2008-2012)



Fonte: SIM Tabnet (SMS Campinas) em <http://tabnet.campinas.sp.gov.br/tabnet?sim/sim.def>

Nos gráficos 4.6 e 4.7 podemos observar que as DCNTs são as principais causas de mortalidade entre 30 a 69 anos no município de Campinas. Há uma tendência de queda ao longo do tempo na taxa de mortalidade precoce pelas DCNTs tanto no Brasil, como no Estado de São Paulo como no município de Campinas, mas ao longo dos anos de 1996 a 2012 o município mantém a mortalidade em níveis mais baixos que a média do Estado de São Paulo e do Brasil. No gráfico 4.8 observamos que as principais causas de mortalidade proporcional são as doenças do aparelho circulatório, seguida pelas neoplasias. A violência, que até o final do século XX era a segunda maior causa de óbitos com mais de 15% do total, nos últimos anos corresponde a menos de 10% dos óbitos

4.6 Gráfico - Taxa de mortalidade precoce pelas DCNTs (óbitos por 100.000 hab entre 30 e 69 anos), Campinas 1996-2012

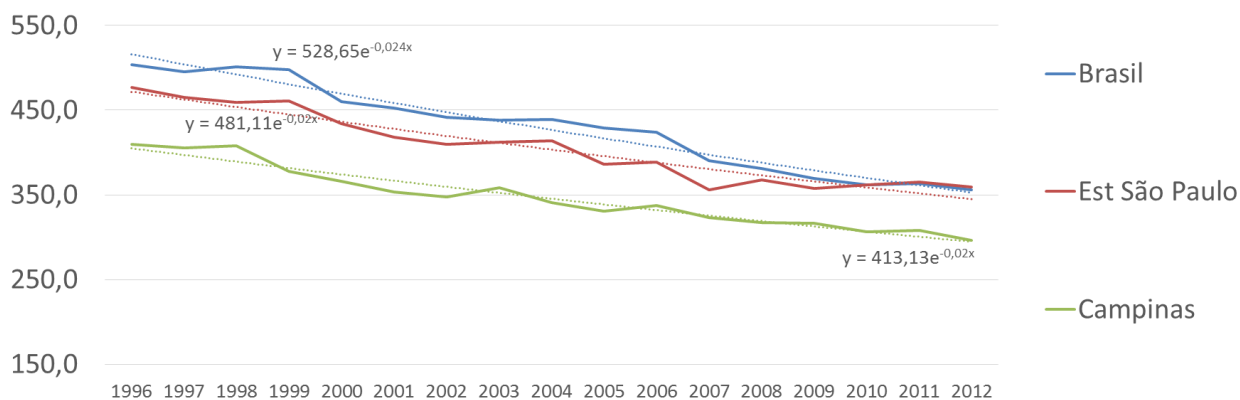


Fonte: SIM Municipal (CII), SIM Nacional (DATASUS) e IBGE

OBS: Dados padronizados por faixa etária (Brasil-2010), elaboração, DEVISA.

DCV: Doenças Aparelho Circulatório, Resp Crôn: Doenças do Aparelho Respiratório Crônicas, DM: Diabetes.

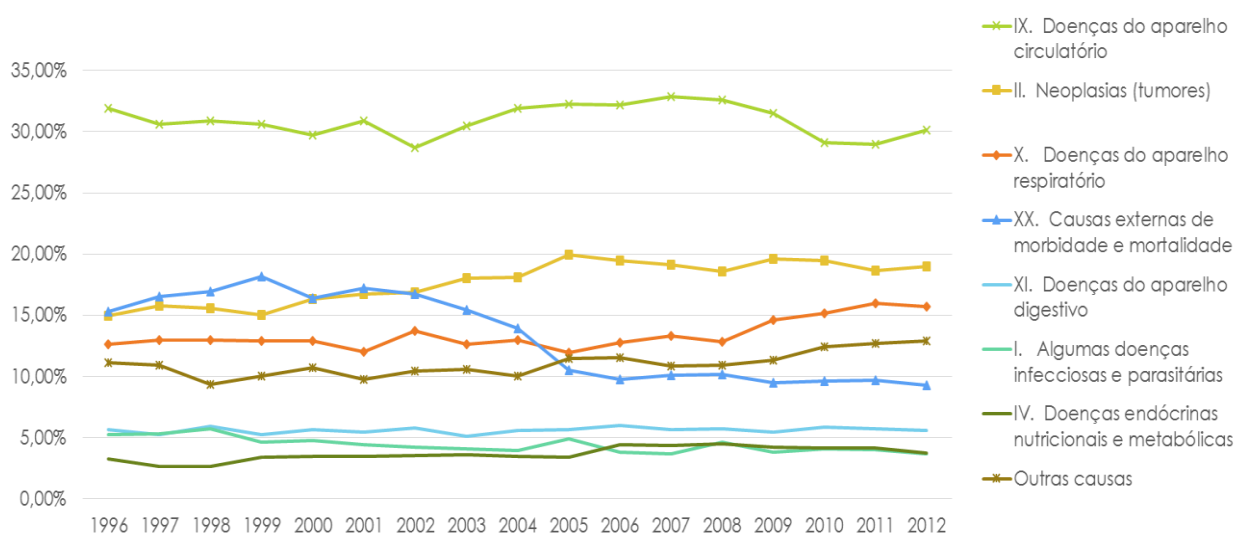
4.7 Gráfico - Taxa de mortalidade precoce por DCNTs (óbitos por 100.000 habitantes entre 30 e 69 anos, Campinas, Estado de São Paulo, Brasil, 1996-2012)



Fonte: SIM Municipal (CII), SIM Nacional (DATASUS) e IBGE

OBS: Dados padronizados por faixa etária (Brasil-2010), corrigidos pela subnotificação estimada pelo IBGE e com distribuição das causas mal definidas pelas causas não violentas, elaboração, DEVISA.

4.8 Gráfico – Mortalidade proporcional por causa (Capítulo da CID 10) entre moradores de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil, 1996-2012



Fonte: SIM Municipal (CII).

5 Dados sobre a assistência

Podemos observar que há uma tendência à diminuição na proporção de internações por DCNTs no município de Campinas, na Região de Saúde de Campinas e no Estado de São Paulo. Este fenômeno pode estar relacionado à melhora da prevenção dessas doenças, seja pelo aumento de adesão a hábitos de vida mais saudáveis, melhora da assistência farmacêutica, melhora da assistência básica, entre outros. Mesmo havendo um aumento consistente nas despesas com internações por doenças cardiovasculares, este

não pode ser considerado negativo, pois é consistente com a incorporação tecnológica nesta área.

5.1 Série Histórica da Proporção de Internações por DCNT

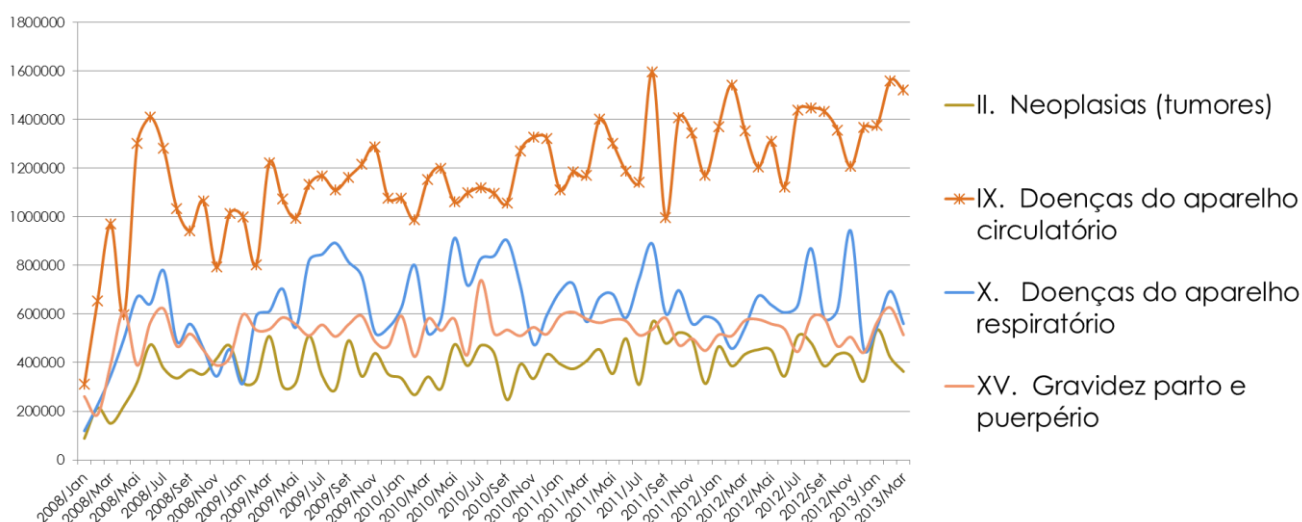
Local Residência	2008	2009	2010	2011	2012	Tendência	Incremento 2008 2012	incremento anual
RS Campinas	24,39	24,74	23,82	22,59	23,28		-1,11	-0,2775
Município Campinas	24,85	26,39	25,81	23,17	24,04		-0,81	-0,2025
RS Oeste VII	24,42	24,88	23,08	22,46	21,79		-2,63	-0,6575
Estado SP	27,53	27,07	26,94	26,39	26,04		-1,49	-0,3725

Fonte: SIH (SES SP) em <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/indicadores-de-saude-tabulacao-dos-indicadores-atraves-do-tabulador-tabnet/rol-de-indicadores-diretrizes-objetivos-e-metas-2013-2015>

Dados reprocessados no DGDO / SMS Campinas.

RS: Região de Saúde.

5.2 Gráfico - Despesa mensal (R\$) com internações no SUS entre moradores de Campinas, 2008-2012



Fonte: SIH Municipal (TABNET), elaboração, DEVISA.

6 Perspectivas

Este é o primeiro Relatório Anual da Vigilância das DCNTs em Campinas, um embrião que foi gerado com base em discussões que envolveram vários departamentos da Secretaria de Saúde de Campinas (Departamento de Saúde, DGDO, Coordenadoria de Informação e Informática, Distritos de Saúde e DEVISA), além de apoio do Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde (CCAS) do Departamento de Saúde Coletiva da FCM-UNICAMP e do CETS. Pretendemos que seja o primeiro de uma série e que a cada ano seja mais completo e possa ser útil no monitoramento das condições de saúde, dos processos e dos resultados das ações em saúde e possa servir para apoio à tomada de decisões dos profissionais de saúde, dos gerentes, gestores locais, regionais e municipais.

A Vigilância das DCNTs é um desafio novo, pois, não se pode fazer uma transposição direta das ferramentas utilizadas com sucesso para enfrentamento das doenças transmissíveis que foi a base da Vigilância Epidemiológica desde sua criação. Existe a necessidade de se definir novas tecnologias adequadas a condições crônicas e altamente prevalente, cujo controle depende de mudanças de hábitos e tratamento de agravos predisponentes por longos períodos. Este processo deve ser necessariamente transdisciplinar e multiprofissional no nível individual e intersetorial e transdepartamental na gestão para se ter sucesso. Nos próximos anos esperamos que tenhamos muitas novidades a partir de experiências cotidianas dos serviços de saúde.

Literatura sugerida:

1. Ministério da Saúde (Brasil). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. [acesso em 2013 ago]; Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_plano.pdf.
2. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
3. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

Elaboração:

Grupo Técnico de Vigilância das DCNTs:

- Departamento de Vigilância em Saúde (Central e Regionais)
- Departamento de Saúde
- Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional (DGDO)
- Coordenadoria de Informática e Informação
- Distritos de Saúde (Noroeste, Sul, Leste, Sudoeste e Norte)

Campinas, 12 de dezembro de 2013