



FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS:

RETRATO DO MUNICÍPIO DE
PARNAÍBA-PI, 2019

Vanessa Cristina de Castro Aragão Oliveira
Mabel Elvira López Alfonso
Yuri Dias Macêdo Campelo



FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS:

RETRATO DO MUNICÍPIO DE
PARNAÍBA-PI, 2019

Vanessa Cristina de Castro Aragão Oliveira
Mabel Elvira López Alfonso
Yuri Dias Macêdo Campelo

 **Atena**
Editora
Ano 2023

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremona

Ellen Andressa Kubisty

Luiza Alves Batista

Nataly Evilyn Gayde

Thamires Camili Gayde

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2023 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2023 Os autores

Copyright da edição © 2023 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena

Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo do texto e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Biológicas e da Saúde

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes

Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina

Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília

Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina

Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco

Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra

Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras

Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia

Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia

Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco

Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará

Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba–UFDPAr

Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe

Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal

Profª Drª Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá

Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas

Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará

Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio

Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino

Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará

Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria

Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí

Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

**Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis:
retrato do município de Parnaíba-PI, 2019**

Diagramação: Ellen Andressa Kubisty
Correção: Nataly Evilin Gayde
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Autores: Vanessa Cristina de Castro Aragão Oliveira
Mabel Elvira López Alfonzo
Yuri Dias Macêdo Campelo

| Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) | |
|--|--|
| 048 | <p>Oliveira, Vanessa Cristina de Castro Aragão Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis: retrato do município de Parnaíba-PI, 2019 / Vanessa Cristina de Castro Aragão Oliveira, Mabel Elvira López Alfonzo, Yuri Dias Macêdo Campelo. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-2064-4 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.644232111</p> <p>1. Epidemiologia. 2. Doenças crônicas. 3. Saúde. I. Oliveira, Vanessa Cristina de Castro Aragão. II. Alfonzo, Mabel Elvira López. III. Campelo, Yuri Dias Macêdo. IV. Título. CDD 614.4</p> |
| Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166 | |

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao conteúdo publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que o texto publicado está completamente isento de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

Dedicatória

A Deus, por ser essencial em minha vida,
aos meus pais Valdir e Rosângela e
as minhas Filhas Ana Leticia e Norma Cristina,
pelo amor incondicional.

A Deus, ao Mestre amigo Jesus e a Maria de Nazaré por me guiarem, iluminarem e me darem tranquilidade para seguir em frente com os meus objetivos e não desanimar com as dificuldades. A ti, Senhor, toda honra e toda a glória! A ti, Maria Imaculada, louvo e agradeço!

Aos meus Pais **Valdir e Rosângela**, que sempre presentes em minha vida, dignamente me apresentaram à importância da família, o caminho da honestidade, da persistência e sempre primaram pela minha educação. A vocês que, muitas vezes, renunciaram aos seus sonhos para que eu pudesse realizar o meu, partilho a alegria infinita deste momento. Amo-os com amor eterno!

As minhas Filhas **Ana Letícia e Norma Cristina**, e minha filha do coração **Gláucia Maria**, pelo apoio incondicional em todos os momentos, principalmente nos de incerteza, muito comuns para quem tenta trilhar novos caminhos. Vocês acreditaram em mim, e não mediram esforços para a concretização do meu sonho. Sem vocês, nada seria possível. Amo vocês por essa e outras vidas que juntas viremos!

A minha Orientadora **Dra. Mabel Elvira López Alfonso**, exemplo de profissional dedicada, agradeço pela confiança, ensinamentos, empenho e amizade no decorrer destes anos de estudo, **¡Muchas gracias!**

Ao meu amigo e “tio”, **Dr. Yuri Dias Macêdo Campelo**, que para minha alegria, aceitou ser meu Co-orientador. Saiba que tenho muito respeito e admiração pela sua ética e seu conhecimento, Muito obrigada por me ter corrigido quando necessário sem nunca me desmotivar.

Aos docentes e colaboradores da FAHESP/IESVAP:

“E aprendi que se depende sempre
De tanta, muita, diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de outras tantas pessoas
E é tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá
E é tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho por mais que pense estar...”
(Caminhos do coração – Gonzaguinha.)

Expresso minha gratidão a Família DEXTER, na pessoa da minha querida amiga **Enedina Carla**, por nos fazer acreditar que tudo seria possível, e foi! Agradeço por ter me incentivado a seguir no caminho da pós-graduação stricto sensu. Muito obrigada por tudo!

Por ultimo, não menos importante, companheiros de estrada, **Enedina, Bruno, Lucélia e Aurea**, e todos aqueles que de forma direta e indireta contribuíram para este sonho se tornar realidade. Com vocês, queridos, divido a alegria desta experiência.

Epígrafe

“A única forma de chegar ao impossível,
é acreditar que é possível”.

Alice no País das Maravilhas, Lewis Carroll

| | |
|---------|--|
| a.C | Antes de Cristo |
| AB | Atenção Básica |
| AVE | Acidente Vascular Encefálico |
| CAAE | Certificado de apresentação para Apreciação Ética |
| CDC | Centers for Disease Control and Prevention |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| d.C | Depois de Cristo |
| DAC | Doença Arterial Coronariana |
| DAP | Doença arterial Periférica |
| DC | Doença Circulatória |
| DCNT | Doença Crônica Não Transmissível |
| DCV | Doença Cardiovascular |
| DM | Diabetes Mellitus |
| DRC | Doença Renal Crônica |
| DS | Distrito Sanitário |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| HA | Hipertensão Arterial |
| HPV | Human Papilloma Virus |
| IAM | Infarto Agudo do Miocárdio |
| IC | Insuficiência cardíaca |
| IMC | Índice de Massa Corpórea |
| INCA | Instituto Nacional do Câncer |
| MO | Micro-organismo |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| VIGITEL | Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico |

| | |
|---|----------|
| RESUMO | 1 |
| ABSTRACT | 2 |
| RESUMEN | 3 |
| CAPÍTULO I | 4 |
| MARCO INTRODUTÓRIO | 4 |
| 1.4 Perguntas da investigação..... | 6 |
| 1.4.1 Perguntas Geral | 6 |
| 1.4.2 Perguntas Específicas..... | 6 |
| 1.5 Justificativa | 7 |
| 1.6 Objetivos | 7 |
| 1.6.1 Objetivo Geral | 7 |
| 1.6.2 Objetivos Específicos..... | 7 |
| 1.7 Hipóteses..... | 7 |
| CAPÍTULO II | 8 |
| MARCO TEÓRICO | 8 |
| 2.1 Os primórdios do binômio saúde-doença | 8 |
| 2.2 As teorias e modelo biológico do processo saúde-doença | 9 |
| 2.2.1 Teoria unicausal da doença | 9 |
| 2.2.1.1 Teoria Miasmática: Concepção empírica da saúde/doença | 10 |
| 2.2.1.2 Teoria do contágio | 11 |
| 2.2.2 Teoria multicausal da doença..... | 11 |
| 2.2.2.1 Causalidade da doença | 12 |
| 2.3 A transição epidemiológica baseada na teoria de Omram | 12 |
| 2.4 Hegemonia das doenças crônicas não transmissíveis | 14 |
| 2.4.1 As doenças crônicas não transmissíveis no Brasil | 14 |
| 2.4.2 Epidemiologia das DCNTs no Brasil | 16 |
| 2.4.2.1 Doenças Cardiovasculares (DCV) | 16 |

| | |
|--|-----------|
| 2.4.2.1.1 Hipertensão..... | 16 |
| 2.4.2.2 Diabetes | 17 |
| 2.4.2.3 Câncer | 18 |
| 2.4.2.3.1 Câncer de mama | 19 |
| 2.4.2.3.2 Câncer do cólo de útero | 19 |
| 2.4.2.3.3 Câncer de estômago..... | 20 |
| 2.4.2.3.4 Câncer de Prostata | 20 |
| CAPÍTULO III | 22 |
| MARCO METODOLÓGICO | 22 |
| 3.1 Enfoque do estudo..... | 22 |
| 3.2 Tipo de Investigação | 22 |
| 3.2 Desenho da investigação | 23 |
| 3.3 Local do estudo..... | 23 |
| 3.3.1 Localização | 23 |
| 3.3.2 População..... | 24 |
| 3.4 Sujeitos do estudo..... | 24 |
| 3.5 Amostra..... | 24 |
| 3.6 Amostragem..... | 24 |
| 3.7 Métodos, instrumentos de coleta de dados e procedimentos..... | 25 |
| 3.8 Considerações éticas | 26 |
| CAPÍTULO IV | 27 |
| MARCO ANALÍTICO | 27 |
| 4.1 Conhecendo os sujeitos do estudo | 27 |
| 4.1.1 Analisando o indicador obesidade | 28 |
| 4.1.2 Analisando o indicador tabagismo..... | 31 |
| 4.1.3 Analisando o indicador autoavaliação do estado de saúde..... | 32 |
| 4.1.4 Analisando o indicador atividade física | 34 |

| | |
|---|-----------|
| 4.1.5 Analisando o indicador usam de bebidas alcoólicas | 35 |
| 4.1.6 Analisando o indicador consumo de refrigerantes | 37 |
| 4.1.7 Analisando o indicador ingestão de hortaliças | 39 |
| 4.1.8 Analisando o indicador diagnóstico médico de diabetes mellitus (DM) | 40 |
| 4.1.9 Analisando o indicador diagnóstico médico de hipertensão arterial sis- têmica (HAS)..... | 42 |
| 4.1.10 Analisando o indicador prevenção do câncer | 43 |
| 4.1.10.1 Prevenção do câncer de próstata | 43 |
| 4.1.10.2 Prevenção do câncer de colo do útero | 44 |
| 4.1.10.3 Prevenção do câncer de mama | 45 |
| 4.1.11 Análise de múltiplos fatores de risco | 46 |
| 4.2 Discussão dos dados | 48 |
| CONCLUSÃO | 65 |
| BIBLIOGRAFIA | 66 |

RESUMO

O cenário mundial vem retratando uma metamorfose no seguimento demográfico, principalmente quando o assunto é o envelhecimento populacional, gerando alterações nos parâmetros de saúde resultantes de exposições ambientais, mudanças hábitos e comportamentos associados ao rápido processo de urbanização. Neste ínterim, o adoecimento da população passa a ser o reflexo da nova modalidade de vida, onde o estresse, o sedentarismo, a alimentação desajustada, com o consumo de preparos industrializados, com alto teor de sódio, somado a ingestão inadequada de nutrientes, resultam em agravos crônicos, que podem ser prevenidos através de atitudes pessoais possibilitando assim, melhoria na qualidade de vida dos indivíduos. Dada à complexidade dos fatores que desencadeiam o adoecimento populacional, o Ministério da Saúde, amparado pela Organização Mundial de Saúde assegurou políticas de saúde que beneficiam o usuário do SUS, com vistas ao enfrentamento das DCNT. Diante do contexto exposto o objetivo da investigação é, traçar o perfil epidemiológico dos fatores de risco das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na população de Parnaíba- Piauí. Trata-se de um estudo transversal, analítico de base populacional, amostragem do tipo probabilística, aleatória simples, obedecendo ao nível de confiança de 95% com margem de erro de 5% resultando em uma amostra de 384 indivíduos, a coleta dos dados ocorreu no período de julho a setembro de 2019 através de um formulário digital, utilizando a ferramenta do Google Forms, e enviado, por meio de mídia digital Whats App, Mala Direta de e-mails e mensagens de texto. Para o tratamento dos dados utilizou-se o software Epi Info versão sete. Esta investigação foi realizada salvaguardando os princípios éticos da Resolução CNS N° 466/2012, que define as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, registrado na Plataforma Brasil sob o CAAE: 21101119.6.0000.0014. Pode-se concluir que a prevalência dos fatores de risco para DCNTs, de acordo com as variáveis definidas para o estudo, está presente no cotidiano dos participantes da pesquisa, pois adotam estilo de vida e alimentação, independente da idade e/ou grau de instrução, de condições preditoras que levam ao desenvolvimento das doenças cardiovasculares, cardiometabólicas e câncer.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemiologia, Doenças crônicas , Saúde do adulto

ABSTRACT

The world scenario has portrayed a metamorphosis in demographic follow-up, especially when it comes to population aging, generating changes in health parameters resulting from environmental exposures, changing habits and behaviors associated with the rapid process of urbanization. In the meantime, the population's illness becomes the reflection of the new way of life, where stress, sedentary lifestyle, maladjusted diet, with the consumption of industrialized preparations with high sodium content, added to the inadequate intake of nutrients, result in chronic diseases, which can be prevented through personal attitudes thus improving the quality of life of individuals. Given the complexity of the factors that trigger population sickness, the Ministry of Health, supported by the World Health Organization, has ensured health policies that benefit the SUS user, with a view to coping with NCDs. Given the context exposed, the objective of the research is to draw the epidemiological profile of risk factors of noncommunicable chronic diseases (NCDs) in the population of Parnaíba-Piauí. This is a cross-sectional, population-based analytical study with simple random probability-based sampling, with a 95% confidence level with a 5% margin of error, resulting in a sample of 384 individuals. July-September 2019 through a digital form, using the Google Forms tool, and sent via digital media Whats App, Mail Merge, and Text Messaging. For the treatment of the data the software Epi Info version seven was used. This investigation was carried out safeguarding the ethical principles of CNS Resolution No. 466/2012, which defines the regulatory norms for research involving human beings, registered at Plataforma Brasil under CAAE: 21101119.6.0000.0014. It can be concluded that the prevalence of risk factors for NCDs, according to the variables defined for the study, is present in the daily lives of the research participants, as they adopt lifestyle and diet, regardless of age and / or educational level. , predictive conditions that lead to the development of cardiovascular, cardiometabolic diseases and cancer.

KEYWORDS: Epidemiology, Chronic diseases, Adult health

RESUMEN

El escenario mundial ha retratado una metamorfosis en el seguimiento demográfico, especialmente cuando se trata del envejecimiento de la población, generando cambios en los parámetros de salud como resultado de exposiciones ambientales, cambios en los hábitos y comportamientos asociados con el rápido proceso de urbanización. Mientras tanto, la enfermedad de la población se convierte en el reflejo de la nueva forma de vida, donde resultan el estrés, el estilo de vida sedentario, la dieta desajustada, con el consumo de preparaciones industrializadas con alto contenido de sodio, sumado a la ingesta inadecuada de nutrientes. en enfermedades crónicas, que pueden prevenirse mediante actitudes personales mejorando así la calidad de vida de las personas. Dada la complejidad de los factores que desencadenan la enfermedad de la población, el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, ha asegurado políticas de salud que benefician al usuario del SUS, con el fin de hacer frente a las ENT. Dado el contexto expuesto, el objetivo de la investigación es dibujar el perfil epidemiológico de los factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) en la población de Parnaíba-Piauí. Este es un estudio analítico transversal, basado en la población, con muestreo aleatorio simple basado en la probabilidad, con un nivel de confianza del 95% con un margen de error del 5%, lo que resulta en una muestra de 384 individuos. Julio-septiembre de 2019 a través de un formulario digital, utilizando la herramienta Formularios de Google, y enviado a través de medios digitales Whatsapp, combinación de correspondencia y mensajes de texto. Para el tratamiento de los datos se utilizó el software Epi Info versión siete. Esta investigación se llevó a cabo salvaguardando los principios éticos de la Resolución CNS No. 466/2012, que define las normas reguladoras para la investigación con seres humanos, registrada en Plataforma Brasil bajo CAAE: 21101119.6.0000.0014. Se puede concluir que la prevalencia de factores de riesgo para ENT, de acuerdo con las variables definidas para el estudio, está presente en la vida diaria de los participantes de la investigación, ya que adoptan un estilo de vida y dieta, independientemente de la edad y / o nivel educativo. , condiciones predictivas que conducen al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cardiometabólicas y cáncer.

PALABRAS-CLAVE: Epidemiología, Enfermedades crónicas, Salud del adulto

MARCO INTRODUTÓRIO

1.1 TEMA

Epidemiologia das doenças não transmissíveis.

1.2 TÍTULO

Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis: retrato do município de Parnaíba-PI, 2019

1.3 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são insubstancialmente uma das causas basilares da morbimortalidade no Brasil, este fato de grande magnitude, resulta em consequências severas à saúde pública, promovendo um déficit na qualidade de vida de uma população, consubstanciando a autonomia e acarretando uma instabilidade na economia global. (Galleguillos, 2014)

O Embaixador Global da Organização Mundial de Saúde (OMS), Michael Bloomberg, em seu discurso, na apresentação do relatório das Organizações das Nações Unidas a respeito das DCNT, afirma que estas instituem vultosos dispêndios na economia e que estes gastos incidem diretamente sob os países de baixa e média renda baixa, isto é, atingem os países menos abastados. Esse relatório detalha ainda componentes que podem beneficiar a orientação de fundos, direcionando-o para onde for mais imprescindível. (Nações Unidas Brasil, 2018)

Diante deste cenário, as DCNT passaram a figurar, em 2019, o rol das dez ameaças à saúde a serem debeladas pela OMS. De acordo com o órgão, as moléstias assim catalogadas, como diabetes, câncer, doenças cardiovasculares, hipertensão, e doenças respiratórias crônicas, provocam cerca de 70% dos óbitos mundiais, isto é aproximadamente 41 milhões de pessoas. O levantamento fala também da precocidade dos óbitos, inferindo que “15 milhões de pessoas que morrem prematuramente, ou seja, com idade entre 30 e 69 anos e mais de 85% dessas mortes prematuras ocorrem em países de baixa e média renda” (OPAS Brasil, 2019).

A partir da década de 50, o Brasil perpassa por transformações relacionadas aos arquétipos de *causas mortis*, que os estudos conceituam como a transição epidemiológica. A tríade composta pelas doenças respiratórias, parasitárias e infecciosas inicia seu declínio, cedendo espaço aos processos degenerativos, como as doenças cardiorrespiratórias, o câncer e as patologias inerentes ao envelhecimento da população. (Flores, 2015)

Destarte, o Ministério da Saúde, preocupado com a expansão e magnitude das DCNTs no Brasil, elaborou no ano de 2011 um plano de ações e de enfrentamento, visando minimizar a situação alarmante de internações e óbitos causados em consequência das

patologias que compõem as doenças crônicas não transmissíveis, através de monitoramento e avaliação constante. (Malta, Silva, Moura, & Morais Neto, 2017a)

Oliveira & Caldeira (2016, citando Costa & Thuler, 2012) relatam que “identificação dos fatores de risco para as DCNT representa um desafio aos serviços de saúde e tem o potencial de orientar o desenvolvimento de medidas de controle e mudanças de comportamento de risco”.

Brasil, (2014, citando Mendes, 2012) assegura que condições crônicas demandam uma resposta aberta e ininterrupta dos sistemas de saúde, implica que estejam integrada a todos os níveis do sistema de saúde e que reflita proatividade não só dos profissionais que nela labutam, como também dos usuários do sistema. As condições crônicas requerem proatividade de pessoas, especificamente em relação ao autocuidado. Destarte, a classe paciente não cabe no arcabouço das condições crônicas.

De acordo com Mello, *et. al.* (2017) no Brasil, nesses últimos decênios, houve uma grande prevalência de inaptidão prematura e óbito causados pelas DCNTs, suplantando desta forma, os índices de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, resultando em exorbitantes dispêndios nas contas do Sistema Único de Saúde, no setor suplementar e assistência hospitalar.

Posto isto, é imperioso avaliar a utilização e o acesso aos serviços de saúde nos seus níveis de atenção primário, secundário e terciário, entre pessoas com DCNT, dada a excessiva carga de doença em ascendência, provocada pelo envelhecimento populacional. Dessa forma, questiona-se qual a prevalência dos fatores de risco para DCNT na população da cidade de Parnaíba-Piauí?

O cenário mundial vem retratando uma metamorfose no seguimento demográfico, principalmente quando o assunto é o envelhecimento populacional, gerando alterações nos parâmetros de saúde resultantes de exposições ambientais, mudanças hábitos e comportamentos associados ao rápido processo de urbanização.

Neste ínterim, o adoecimento da população passa a ser o reflexo da nova modalidade de vida, onde o estresse, o sedentarismo, a alimentação desajustada, com o consumo de preparos industrializados, com alto teor de sódio, somado a ingestão inadequada de nutrientes, resultam em agravos crônicos, que podem ser prevenidos através de atitudes pessoais possibilitando assim, melhoria na qualidade de vida dos indivíduos.

No frenesi das grandes metrópoles, bem como nas pacatas cidades interioranas, despontam inúmeras condições que corroboram com surgimento de enfermidades, muitas vezes silenciosas, porém com consequências drásticas para toda uma população. Elencam-se aí, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que na última década tem sido responsável por milhares de indivíduos sequelados e outros milhares de óbitos, ocasionando um problema mundial de saúde pública.

Dada à complexidade dos fatores que desencadeiam o adoecimento populacional, o Ministério da Saúde, amparado pela Organização Mundial de Saúde assegurou políticas de

saúde que beneficiam o usuário do SUS, com vistas ao enfrentamento das DCNT.

Diante do exposto, é imprescindível conhecer como vive a população parnaibana, frente à acentuada carga de patologias em ascensão, responsáveis por internações sensíveis à atenção primária a saúde acarretadas pelas complicações inerentes a cada uma das DCNT.

Para fins didáticos, esta investigação foi estruturada em capítulos, expondo os conteúdos a seguir.

No Capítulo I, temos o marco introdutório que traz uma visão geral do estudo em questão.

No Capítulo II, tratamos da fundamentação da pesquisa através de uma vasta revisão da literatura pertinente ao assunto, estabelecendo alguns pontos singulares e imperiosos para o estudo.

No Capítulo III, discorremos sobre o caminhar metodológico. Onde abordaremos o enfoque do estudo, tipo e desenho da investigação, descrição o cenário da pesquisa e sujeitos participantes bem como, o instrumento de coleta de dados, tratamento e análise dos mesmos.

No capítulo IV, passamos para a análise pormenorizada dos gráficos e tabelas constituídos através das informações geradas nas leituras dos dados estatísticos.

Encerra-se o estudo o Capítulo V, dissertando a conclusão da pesquisa.

1.4 PERGUNTAS DA INVESTIGAÇÃO

1.4.1 Perguntas Geral

Qual a prevalência dos fatores de risco para DCNT na população da cidade de Parnaíba-Piauí?

1.4.2 Perguntas Especificas

1. Qual a prevalência dos fatores de risco para DCNT, segundo as variáveis, sexo, idade e grau de instrução, na população de Parnaíba-Piauí?
2. Qual a ocorrência de múltiplos fatores de risco para DCNT, na população de Parnaíba-Piauí, de acordo com o sexo, idade e grau de instrução?
3. Quais são os fatores de risco para DCNT mais frequentes na população de Parnaíba?
4. Existe plano de ação no município de Parnaíba, para o enfrentamento das DCNT?

1.5 JUSTIFICATIVA

Considerando o envelhecimento da população e com ele, o crescimento de patologias intrínsecas à faixa populacional que se encontra nesta condição, é de suma importância traçar o perfil epidemiológico das doenças crônicas não transmissíveis no município de Parnaíba, visto que, estas enfermidades podem ser trabalhadas na atenção primária em saúde, através da promoção e prevenção de agravos, bem como prevenção de complicações a saúde que geram internações hospitalares sensíveis à atenção básica, contribuindo para o colapso do Sistema Único de Saúde (SUS).

O tema proposto é de soberana relevância, pois retratará o mapa da situação das DCNT em Parnaíba-PI, contribuindo assim, para o planejamento local de ações para o enfrentamento das doenças declaradas pela Organização Mundial de Saúde como crônicas não transmissíveis.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 Objetivo Geral

Traçar o perfil epidemiológico dos fatores de risco das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na população de Parnaíba- Piauí.

1.6.2 Objetivos Específicos

1. Identificar a prevalência dos Fatores de Risco para DCNT, segundo as variáveis, sexo, idade e grau de instrução, na população de Parnaíba-Piauí.
2. Delinear, de acordo com o sexo, idade e grau de instrução a ocorrência de múltiplos fatores de risco para DCNT, na população de Parnaíba-Piauí.
3. Descrever a prevalência dos Fatores de Risco para DCNT mais frequentes na população de Parnaíba.
4. Propor plano de ação municipal para o enfrentamento das DCNT.

1.7 HIPÓTESES

1. Estilo de vida é fator que predispõe riscos para desenvolver doenças crônicas não transmissíveis.
2. Tipo de alimentação contribui para o desenvolvimento de DCNT.
3. Variáveis como sexo, idade e grau de instrução são responsáveis por comorbidades em DCNT.

MARCO TEÓRICO

2.1 OS PRIMÓRDIOS DO BINÔMIO SAÚDE-DOENÇA

Partindo do pressuposto que a doença implícita a ação médica, é presumível que a humanidade coexistiu a medicina.

Na pré-história, nos períodos paleolítico e neolítico o homem já praticava uma medicina rudimentar e espiritualista, para tratar os ferimentos, utilizava-se de lambedura das feridas, além da sucção dos ferimentos, como medicações empregavam ervas eméticas e banhos frios para alívio da dor, além de realização de cultos curativos.

Na Antiguidade, os povos acreditavam que as doenças procediam de meios naturais ou sobrenaturais. Ficar doente era resultado das contravenções individuais e coletivas. Nesse ínterim, havia uma conexão do homem, conhecidos por curandeiros, feiticeiros ou xamãs, com as divindades, que praticavam os mais diversos rituais com a finalidade tratar as enfermidades, era o poder das divindades que decidiriam a vida e a morte, e de provocar ou curar doenças, originando a época da medicina mágico-religiosa.

Em 3.000 a.C, na Mesopotâmia, os Sumérios, já tinham conhecimento de dois órgãos, e afirmavam ser o coração a sede da inteligência e o fígado, a sede da vida. Neste período, também faziam uso de tratamentos como, banhos, compressas frias e quentes, medicamentos derivados da natureza com plantas e minerais, e no campo da cirurgia, já sabiam tratar feridas e abscessos, bem como curar fraturas e entorses.

Alhures entre os séculos XVII a XX a.C., o povo babilônico era regido pelo código de Hammurabi, onde no capítulo XII que versa sobre os médicos e veterinários; arquitetos e bateleiros, (salários, honorários e responsabilidade) entre os artigos 215 a 224, refere-se a recompensa ao médico se houver cura ou punições em evento de morte ou lesão grave ocasionada ao doente. (VIEIRA, 2011)

Os Gregos eram politeístas e os deuses eram antropomórficos, poligâmicos e coabitavam no Monte Olímpio onde o Zeus os comandava. Ligados à Saúde existiam diversas divindades entre elas Asclepius, divindade da medicina e as deusas, Higiéia, da Saúde, e Panacéia, da Cura.

Novaes (2016) descreve em seu artigo *Tópicos de mitologia (I) mitologia, medicina e saúde*, sobre os deuses gregos ligados a medicina enfatizando os filhos de Asclepius relatando que, “Panacéia, a ‘deusa’ invocada para a cura, através de remédios e poções. Higiéia era considerada a ‘deusa da prevenção das doenças’, da promoção da saúde. Do seu nome deriva a palavra higiene”.

Dos filhos homens, além de grandes guerreiros, Podalírio era hábil nos diagnósticos, Macaon, um grande cirurgião e Telésforo era ligado à convalescença (sendo confundido com Akeso).

Dos filhos de Asclépio, Higéia e Panacéia foram os que mais se destacaram e fazem parte do “Juramento de Hipócrates”, declamado até hoje nas

formaturas de Medicina.

Com a morte de Asclépio, Higiéia o substituiu na invocação dos gregos na busca da saúde e prevenção das doenças, sendo considerada a Deusa da Saúde. (NOVAES, 2016)

Hipócrates, em *Tratado dos ares, das águas e dos lugares* (século IV a.C.), alude que “todas as produções da terra conformam igualmente com a natureza do solo”. Dessa feita, induz uma reflexão que as moléstias e os fenótipos estão relacionados à natureza, desde a água, com suas mais variadas qualidades (sabor, densidade e propriedade) até o solo (composição e tipo) e clima (seco, úmido, quente e frio) da região refere-se ainda ao tipo de relevo onde habita o ser humano.

Estas condições de habitat, de certa forma ajudariam os médicos no diagnóstico e avaliação de saúde da população, sejam elas habitantes locais ou longínquos. “Hipócrates considerava que para se fazer uma correta investigação das doenças, era necessário o conhecimento das peculiaridades de cada lugar, e a observação da regularidade das doenças num contexto populacional”. (MONTILLA, 2010)

Entre os séculos XVI a XIV a.C, encontrou-se nos papiros egípcios a descrição da circulação sanguínea e fisiologia cardíaca, haviam deuses relacionados aos estados de saúde e doença, e divindade protetora para cada parte do corpo. Este foi um período em que através de estudos em múmias, descobriu-se algumas enfermidades conhecidas e tratadas até os dias atuais como esquistossomose, malária, varíola, tracoma, gota, hérnias, cegueira noturna e catarata.

A Índia antiga o código de Manu, relatava em um de seus artigos sobre o pagamento de multas produzido através de erros médicos e de cirurgiões. Nesse período que de estendeu de 200 a.C a 200 d.C, na Índia já se trabalhava com exame do paciente, exames de escarro, urina e fezes.

2.2 AS TEORIAS E MODELO BIOLÓGICO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

2.2.1 Teoria unicasal da doença

Adota unicidade de causa como fator primordial e basilar para o desencadeamento da doença, consecutivamente presente no exterior do organismo humano. Esta teoria também conceitua saúde como a ausência da doença.



Figura 1 Modelo unicasal (cadeia de eventos);

Fonte: (Pereira, 2013)

2.2.1.1 Teoria Miasmática: Concepção empírica da saúde/doença

Na Antiga Grécia, a medicina acreditava que o equilíbrio de humores no organismo e a influencia do ar estavam correlacionados à saúde. Assim, abalizados nos estudos hipocráticos, nos séculos XVI e XVII, nasce à teoria miasmática, constituída por Thomas Sydenham e Giovanni Maria Lancisi. Esta doutrina demandava que as doenças derivavam de *miasmas*, palavra que vem do grego e quer dizer contaminação (SILVA, LINS, & CASTRO, 2016).

Veiga e Pereira (2014), ressaltam que entre os séculos XIV a XVII, a carência de uma recursos, instrumentos e aparelhos com habilidade para testar prováveis concomitância entre uma certa exposição e a manifestação de uma doença (fatores de risco e doenças) é o fundamental motivo para a explicação da estagnação do estudo dos agentes causais de doenças e, por conseguinte, da carência no avanço de mecanismos efetivos de prevenção e/ou tratamento das mesmas.

Este foi um período de grandes epidemias, ocorrendo sobremaneira com rápida expansão geográfica e populacional, com doenças como a cólera e a febre amarela, dizimando um grande numero de pessoas.

Destarte, buscando controlar a situação alarmante, as ações de saúde foram penejadas com o principal objetivo de afastar do núcleo urbano as matérias orgânicas já putrefatas sob o solo, com odores fétidos carreados pelos ventos e, por conseguinte, os lençóis freáticos eivados.

Por outro lado, Franco e Nogueira (2016) refletem a ideia de que a sujeira e os miasmas eram os maiores causadores da presença de epidemias, à vista disso, a medicina desse século, também concordava que os desvalidos, através da sua chafurda e promiscuidade seriam os agentes do alastramento dos surtos epidêmicos.

Alegorizando, o escritor Alemão Süskind através da ficção, *O Perfume*, traduz o mau cheiro da Europa do século XVIII:

Na época em que falamos reinava nas cidades um fedor dificilmente concebível por nós, hoje. As ruas fediam a estrume, os pátios fediam a mijo, as escadarias fediam a madeira podre e cocô de ratos; as cozinhas a couve estragada e gordura de ovelha; sem ventilação, salas fediam a poeira, mofo; os quartos a lençóis sebosos, a úmidos colchões de pena, impregnados do odor azedo dos penicos. Das chaminés fedia o enxofre; dos curtumes, as lixívias corrosivas; dos matadouros fedia o sangue coagulado. Os homens fediam a suor e a roupas mal lavadas; da boca eles fediam a dentes estragados, dos estômagos fediam a cebola e, nos corpos, quando já não eram bem novos, a queijo velho, a leite azedo e a doenças infecciosas. Fediam os rios, fediam as praças, fediam as igrejas, fedia sob as pontes e dentro dos palácios. Fediam o camponês e o padre, o aprendiz e a mulher do mestre, fedia a nobreza toda, até o rei fedia como um animal de rapina e a rainha como uma cabra velha, tanto no verão como no inverno. Pois à ação degradadora das bactérias, no século XVIII, não havia sido ainda colocado nenhum limite e, assim, não havia atividade humana, construtiva ou destrutiva, manifestação alguma de vida, a

vicejar ou a fenecer que não fosse acompanhada de fedor. (Suskind, 2014)

De maneira icônica, a exposição de Süsskind sobre o odor da decomposição de matéria orgânica e inorgânica nos ares europeus traduz a teoria do miasma. O acanhado burguês identificou, através da percepção sensorial olfativa, os mais pestíferos odores causados pela acescência dos carentes e dos operários.

2.2.1.2 Teoria do contagio

Contraopondo-se a teoria miasmática, no século XIX, o médico inglês John Snow, procedeu com inquirição da pandemia de cólera. Assim, entre os anos de 1849 a 1854 em Londres, Snow consolidou-se como “pai da epidemiologia” com o trabalho alicerçado “no mapeamento dos casos, óbitos, do comportamento da população (consumo de água) e dos aspectos ambientais da localidade em estudo” (SOUZA, 2015), Neste trabalho, Snow conseguiu mostrar que o consumo da água eivada era responsável pela epidemia local.

2.2.2 Teoria multicausal da doença

No início do século XX, a medicina contrapõe-se ao desenho dado à abordagem da doença infecciosa. Nasce a *Era Bacteriológica*, que de modo auspicioso, aduz uma série de fatores que auxiliam na segregação entre doença e condições socioambientais.

A experiência de Pasteur com micro-organismos provou a teoria da biogênese, que passou a ser gradualmente aceita por grande parte dos médicos e população.

Segundo Bonita, Beaglehole, & Kjellström (2010), o estudo de Pasteur a respeito dos micro-organismos (MO) inspirou Henle e a posteriori Koch, redigirem os seguintes postulados a fim de estabelecer meios de provar que organismo vivo específico ocasionava uma moléstia isoladamente. Para isso deveriam provar a existência de MO em todos os casos da doença, bem como demonstrar sua capacidade de isolamento e crescimento em meio de cultura pura. Deveria também ser capaz de desenvolver a doença específica quando introduzido em um hospedeiro vulnerável e tiver a capacidade ser recuperado do suscetível e observado.

Fortalecendo a teoria da multicasualidade, Galleguillos (2014 p.29) relata que “... esse novo olhar atribui não só aos fatores biológicos a responsabilidade pelas doenças, mas também à organização social, ressaltando que as doenças ocorrem por uma somatória de causas, e não apenas pela ação de um agente etiológico”.

Assim, sendo o indivíduo um elemento do meio, a doença é entendida como uma resultante de múltiplas causas, instituindo-se desta forma a tríade agente, hospedeiro e meio ambiente que estando em congruência, fomenta o equilíbrio do todo.

2.2.2.1 Causalidade da doença

Para Bonita, Beaglehole, & Kjellström (2010), existem quatro fatores que desencadeiam o adoecimento, fatores predisponentes como idade, sexo ou um traço genético, fatores capacitantes ou incapacitantes onde os descritos são a pobreza, dieta insuficiente, condições inadequadas de moradia e atendimento médico precário, fatores precipitantes referido como, exposição a um agente específico ou a um agente nocivo causando doenças e, fatores reforçadores tais como, exposição duplicada, situações ambientais e de trabalho inapropriados, podem acelerar o aparecimento de uma enfermidade ou agravar estado efetivo de doença.

Os fatores supracitados tornam-se de risco tanto para doenças transmissíveis, quanto para doenças crônicas não transmissíveis, porém não tem condições de causa-la, apenas tornam o indivíduo susceptível a desenvolvê-las.

Na figura 2, observam-se os fatores de risco para as principais doenças crônicas não transmissíveis, descritos por Bonita, Beaglehole, & Kjellström, (2010):

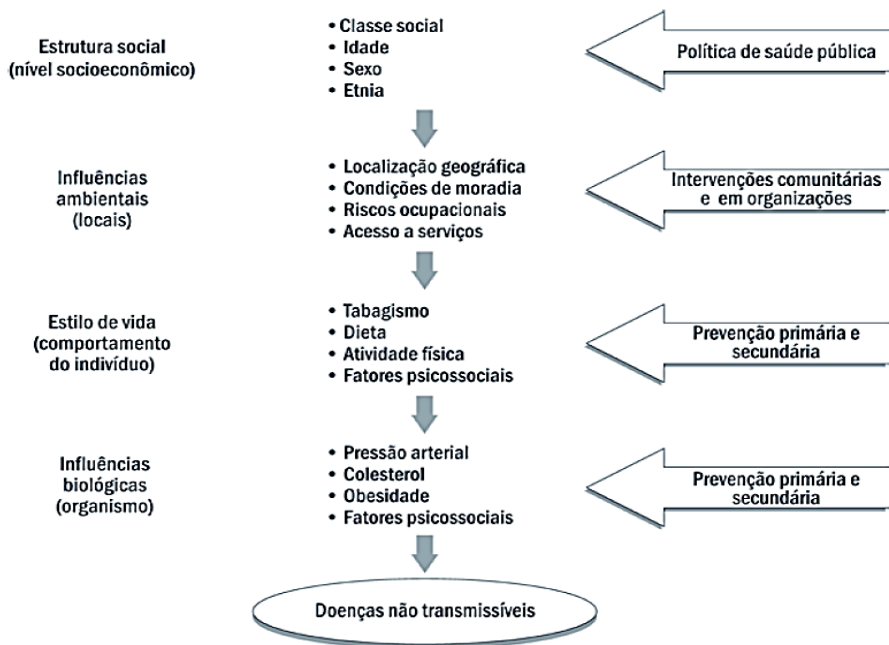


Figura 2 fatores de risco para as principais doenças crônicas não transmissíveis.

Fonte: (Bonita, Beaglehole, & Kjellström, 2010)

2.3 A TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA BASEADA NA TEORIA DE OMRAN

De acordo com Omran (1971) o processo de transição epidemiológica caracteriza-se pela transformação sucessiva nos perfis de morbimortalidade e a interação destes com

seus determinantes. O autor divide sua teoria em cinco proposições que serão descritas *ipsis litteris*:

Proposição um, diz respeito à mortalidade e dinâmica populacional e enfatiza *que* “A teoria da transição epidemiológica começa com a principal premissa de que a mortalidade é um fator fundamental na dinâmica populacional”. Nesta proposta, Omram, diz que o despovoamento poderá incidir mesmo que a fertilidade beire seu cume biológico, pois que as epidemias, guerras e fomes, aumentam os níveis de mortalidade, levando-a a picos elevados.

Na segunda proposição, Omram se refere a mudanças nos padrões de mortalidade e doença, onde em sua trajetória verificam-se transformações em longo prazo nos indicadores de morbidade e mortalidade, no qual doenças degenerativas substituem paulatinamente as grandes infecções e as pandemias ocasionadas pelo homem, resultando na forma basilar de morbidades e principal causa de morte.

Destarte, os padrões referentes à mortalidade, segundo o autor supracitado, são caracterizados de três formas distintas. A primeira é denominada a idade da pestilência e da fome, referenciada quando o aumento populacional é impedido devido à alta mortalidade, mesmo esta sendo flutuante. Nesse momento, a expectativa de vida ao nascer é baixa oscilando entre 20 e 40 anos. A segunda, chamada de era dos recém-pandêmicos, nessa forma há um declínio progressivo da mortalidade à medida que diminuem os picos de epidemia, diminuindo sua frequência, chegando ao seu desaparecimento. Aqui há uma elevação contínua na esperança média de vida ao nascer passando de 30 para cerca de 50 anos, resultando em evolução e expansão populacional principiando a descrição de uma curva exponencial. A última forma é conceituada de a idade das doenças degenerativas e provocadas pelo homem, definida a partir da queda contínua da mortalidade resultando no equilíbrio a um nível levemente diminuto. Há uma crescente progressiva, relativa à esperança média de vida ao nascer até ultrapassar 50 anos. É nesse período que a fertilidade converte-se na condição primária da expansão populacional.

Na terceira proposição Omram (1971) denomina de riscos relativos e mortalidade por idade e sexo, neste ponto ele relata que “durante a transição epidemiológica, as mudanças mais profundas nos padrões de saúde e doença ocorrem entre crianças e mulheres jovens”. Ressalva que a mortalidade infantil, na primeira infância, que compreende a faixa etária de um a quatro anos, está em declínio aumentando a expectativa de vida ao nascer.

As variáveis de transição de interação compõem a quarta proposição de Omram. Nesta conjectura é imperioso ressaltar que as modificações nos indicadores de saúde e doença, as transformações nos modelos de saúde e doença que retratam a transição epidemiológica estão profundamente relacionadas às transições socioeconômicas e demográficas que compõem o complexo do progresso e da modernização.

Os modelos básicos da alteração na epidemiologia que dizem respeito às intercorrências específicas no modelo, peculiares no padrão, no arranjo, nos determinantes

e nas implicações na mudança populacional distinguindo os três critérios básicos da transição epidemiológica, o clássico ou ocidental, acelerado e contemporâneo ou tardio, constituem a quinta e última proposição de Omram.

2.4 HEGEMONIA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são substancialmente uma das causas basilares da morbimortalidade no Brasil, este fato de grande magnitude, resulta em consequências severas à saúde pública, promovendo um déficit na qualidade de vida de uma população, consubstanciando a autonomia e acarretando uma instabilidade na economia global. (GALLEGUILLOS, 2014)

O Embaixador Global da Organização Mundial de Saúde (OMS), Michael Bloomberg, em seu discurso, na apresentação do relatório das Organizações das Nações Unidas a respeito das DCNT, afirma que elas infligem custos volumosos na economia incidindo sobre os países os que menos podem pagar, isto é, de baixa renda e média baixa renda. Pauta ainda que o relatório salvaguarda o arrojo de ações de prevenção dessas doenças do ponto de vista empresarial e reproduz formas mais eficazes de aplicabilidade dos recursos, utilizando-os onde são realmente imprescindíveis. (Nações Unidas Brasil, 2018)

Diante deste cenário, as DCNT passaram a figurar, em 2019, o rol das dez ameaças à saúde a serem debeladas pela OMS. De acordo com o órgão, as moléstias assim catalogadas, como diabetes, câncer, doenças cardiovasculares, hipertensão, e doenças respiratórias crônicas, provocam cerca de 70% dos óbitos mundiais, isto é aproximadamente 41 milhões de pessoas. O levantamento fala também da precocidade dos óbitos, inferindo que “15 milhões de pessoas que morrem prematuramente, ou seja, com idade entre 30 e 69 anos e mais de 85% dessas mortes prematuras ocorrem em países de baixa e média renda” (OPAS BRASIL, 2019).

Ainda de acordo com o autor supracitado, as doenças cardiovasculares, o câncer, particularmente o cérvico-uterino e o de mama em mulheres e de estômago e pulmão nos homens; o Diabetes Mellitus, e as Doenças Respiratórias Crônicas, são em ordem de ocorrência respectivamente, as patologias de maior repercussão para a saúde pública.

2.4.1 As doenças crônicas não transmissíveis no Brasil

A partir da década de 50, o Brasil perpassa por transformações relacionadas aos arquétipos de *causas mortis*, que os estudos conceituam como a transição epidemiológica. A tríade composta pelas doenças respiratórias, parasitárias e infecciosas inicia seu declínio, cedendo espaço aos processos degenerativos, como as doenças cardiorrespiratórias, o câncer e as patologias inerentes ao envelhecimento da população. (FLORES, 2015)

Destarte, o Ministério da Saúde (MS), preocupado com a expansão e magnitude das DCNTs no Brasil, elaborou no ano de 2011 um plano de ações e de enfrentamento, visando minimizar a situação alarmante de internações e óbitos causados em consequência das

patologias que compõem as doenças crônicas não transmissíveis, através de monitoramento e avaliação constante. (MALTA, SILVA, MOURA, & MORAIS NETO, 2017a)

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, instituído para o período de 2011 a 2022, estiplula e privilegia as ações e os investimentos imprescindíveis para organizar o País a fim de enfrentar e estagnar as DCNT durante a década estabelecida. Para isso, tem como metas nacionais propostas a redução de taxas e prevalência de morbi-mortalidade, bem como o aumento de ingestão de alimentos benéficos à saúde, como descritas abaixo:

- reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano;
- reduzir a prevalência de obesidade em crianças;
- reduzir a prevalência de obesidade em adolescentes;
- deter o crescimento da obesidade em adultos;
- reduzir as prevalências de consumo nocivo de álcool;
- aumentar a prevalência de atividade física no lazer;
- aumentar o consumo de frutas e hortaliças;
- reduzir o consumo médio de sal;
- reduzir a prevalência de tabagismo;
- aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos;
- aumentar a cobertura de exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos;
- tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer. (BRASIL, 2011)

Oliveira & Caldeira (2016, citando Costa & Thuler, 2012) relatam que o reconhecimento das condições de risco para as DCNT configuram um desafio aos serviços de saúde, contudo promove a habilidade na elaboração de medidas de controle e na condução para a mudança de hábitos.

Dessa forma, a categoria de doenças crônicas demanda uma ação de feedback aberto ao público de maneira continuada, integrada e proativa, não somente pelo sistema de saúde, como também pelo binômio profissionais de saúde e usuários do sistema.

De acordo com Mello, *et. al.* (2017) no Brasil, nesses últimos decênios, houve uma grande prevalência de inaptidão prematura e óbito causados pelas DCNTs, suplantando desta forma, os índices de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, resultando em exorbitantes dispêndios nas contas do Sistema Único de Saúde, no setor suplementar e assistência hospitalar.

Posto isto, é imperioso avaliar a utilização e o acesso aos serviços de saúde nos seus níveis de atenção primário, secundário e terciário, entre pessoas com DCNT, dada a

excessiva carga de doença em ascendência, provocada pelo envelhecimento populacional. Com a demanda exacerbada dos serviços de saúde faz-se necessário um rigoroso e austero planejamento das políticas e ofertas de serviços de saúde. (Malta, et al., 2017b)

2.4.2 Epidemiologia das DCNTs no Brasil

2.4.2.1 Doenças Cardiovasculares (DCV)

Mundialmente as doenças circulatórias (DC) são as causas primárias de incapacidade e morte. Juntas, as patologias cardíacas, os acidentes vascular cerebral, o diabetes bem como as doenças renais, provocam mais de 20 milhões mortes a cada ano, perfazendo cerca de 374 milhões de anos de vida ceifados. As DC afetam milhões de indivíduos, jovens e velho, rico e pobre, na cidade e ambientes rurais, em todos continentes. (World Health Federation, 2018, *tradução nossa*).

Malachias *et. al.* (2016 Citando Scala, Magalhães & Machado, 2015), inferem que cerca de trinta e seis milhões (32,5%) de brasileiros adultos já desenvolveram Hipertensão Arterial (HA), fato também observado entre 60% dos idosos, o que reflete em uma mortalidade de 50% de *causas mortis* por doenças cardiovasculares (DCV).

Corroborando Audi *et. al.* (2016 citando Sánchez, 2012) referem Cinco causas que desencadeiam os riscos para essa moléstia. Elas afirmam em seu estudo, que estas estão associadas ao contexto de vida, pressupondo-se que são responsáveis por cerca de 40% da mortalidade global, sendo (13%) hipertensão arterial, (9%), tabagismo, ficando os fatores elevados glicemia e inatividade física acarretando (6%) dos óbitos e, sobrepeso e obesidade representando (5%).

Gaziano & Gaziano (2014) salientam que a fase das patologias degenerativas e de doenças promovidas pelo indivíduo, se caracterizam primordialmente pelas taxas de letalidade explicitadas nas doenças não transmissíveis, principalmente Doenças Cardiovasculares (DCV), suplantando a mortandade causada por doenças infecciosas e fome. Os indivíduos elevaram o consumo de alimentos de altos teores calóricos, essencialmente os derivados de gordura animal. Como consequência sobrepujam-se o acidente vascular encefálico (AVE), e as doenças arteriais coronarianas (DAC), em 35% a 65% de todos os óbitos associados às DCV. Em geral, o índice mortalidade por DAC supera o por AVE na razão de 2:1 a 3:1.

2.4.2.1.1 Hipertensão

A hipertensão refere-se a um acréscimo persistente e continuamente progressivo da pressão arterial.

Segundo Malachias (2016) a Hipertensão arterial (HA) é considerada uma situação clínica definida pelo aumento dos níveis pressóricos mantidos em ≥ 140 mmHg sistólicas

e ≥ 90 mmHg diastólicos, correlacionados com alterações metabólicas, estruturais e/ou funcionais em órgãos-alvo, tornando-se exacerbada quando em concomitância com quadros diabéticos, dislipidêmicos e na presença de obesidade. De alto padrão de morbimortalidade, a hipertensão arterial, de modo independente de associações com qualquer moléstia, causa acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência cardíaca (IC), infarto agudo do miocárdio (IAM), e doença renal crônica (DRC) e doença arterial periférica (DAP).

Preocupado com os elevados casos de HA, que exprime alta prevalência no mundo e no Brasil e o dispêndio social é imensamente exorbitante, o plano de enfrentamento das DCNT aponta inúmeras condutas que objetivam a promoção da saúde, a prevenção e a gerencia dessa enfermidade, visto que a mesma “é importante fator de risco, sendo a causa mais frequente das demais doenças do aparelho circulatório”. (BRASIL, 2011).

O sistema da Atenção Básica em Saúde (AB) estabelece uma realidade epidemiológica que assume de forma peculiar a hegemonia das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que se tornam responsáveis por aproximadamente 3/4 das razões de morte no Brasil, estando a hipertensão arterial sistêmica (HAS) a mais predominante das DCNT. (BRASIL, 2015)

Destarte, o Ministério da Saúde, através do programa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) vem realizando pesquisas no conjunto dos vinte seis Estados brasileiros e Distrito Federal, para avaliar prevalência de DCNT e dentre elas, investiga o diagnóstico médico de hipertensão arterial. No levantamento executado no ano de 2017, foi observado um número de 24,3% dos entrevistados com HA, desses, as mulheres apresentaram maior prevalência (26,4%) do que em homens (21,7%). Em ambos os sexos, houve um aumento da frequência de diagnóstico relacionado com a idade e entre os indivíduos com menor nível de escolaridade, na faixa de 0 a 8 anos de estudo. (BRASIL, 2018)

Diante ao relatado o Ministério da Saúde sugere que as condutas para construção de estratégias propícias frente a HA necessitam estar relacionadas com as seguintes condições, a vigilância da hipertensão, como também de suas comorbidades, bem como seus determinantes; o cuidado integral aos indivíduos; e a promoção da saúde. (BRASIL, 2011)

2.4.2.2 Diabetes

Diabetes mellitus (DM) é um problema de saúde mundialmente em ascensão, em todo seu grau de evolução. O aumento da prevalência desta patologia está relacionado a múltiplos fatores, como: “rápida urbanização, transição epidemiológica, transição nutricional, maior frequência de estilo de vida sedentário, maior frequência de excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional e, também, à maior sobrevivência dos

indivíduos com diabetes”. (OLIVEIRA, MONTENEGRO JUNIOR, & VENCIO, 2017).

Flor & Campos (2017 citando Rosa et. al., 2014) aquilatam que o DM alcançou a marca de 12,0% das hospitalizações, exceto as concernentes as gestações, sendo responsável por cerca de 15,4% das expensas hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) no biênio 2008 a 2010.

Asseverando, o MS afirma que a “taxa de internação hospitalar por diabetes tem se mantido estável nos últimos anos, na ordem de 65 a 75 internações/100 mil habitantes/ano”. (BRASIL, 2011)

Pedrosa (2018) relata o crescimento do DM na última década, com uma taxa de incidência de 61,8% no mundo e afirma que a epidemia no Brasil ocupa uma posição entre os quatro países mais acometidos com esta morbidade. Em seu estudo, a capitão do Estado do Rio de Janeiro lidera a prevalência de diagnóstico, apresentando 10,4 casos por cada cem mil habitantes.

2.4.2.3 Câncer

A Palavra câncer é a designação dada ao aglomerado de células que apresentam crescimento e multiplicação desalinhas, bem como desordenadas, que se difunde por todo o corpo humano. Contudo, esta patologia pode afetar um órgão mais que outros, podendo desenvolver tipos diferenciados de neoplasias, sendo elas mais ou menos severas. (INCA, 2017)

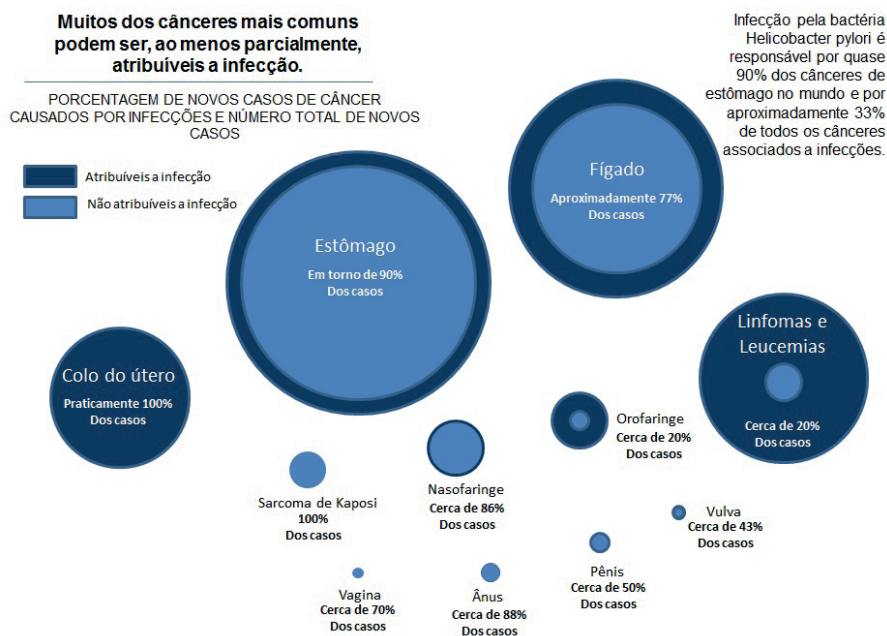


Figura 3 Percentual de novos casos de câncer causados por infecções.

Fonte: The cancer atlas, 2014. P.22

Avalia-se mundialmente que 2 milhões de novos casos de câncer por ano (16,1%), decorram de causas infecciosas. A vinculação carcinogênica às infecções ocorridas em países menos desenvolvidos é alta, chegando a apresentar 22,9% no geral e 32,7% na África Subsaariana, em comparação as regiões mais desenvolvidas, com 7,4%, de acometimento desta patologia. Contudo a existencia de condições essenciais para desenvolver o câncer, encontra-se na relevancia dos principais agentes infecciosos responsáveis pela doença os vírus das hepatites B e C, o papilomavírus humano e *Helicobacter pylori*, causadores principalmente dos cânceres de fígado, de de colo do útero e do estômago, nessa ordem. (JEMAL, VINEIS, *et al.*, 2014)

2.4.2.3.1 Câncer de mama

O câncer de mama é a neoplasia mais comum entre as mulheres apresentando alto índice de mortalidade no País. Embora tenha sido alvo de muito empenho por parte das esferas governamentais com a implantação e implementação do programa de rastreamento de câncer de mama, tem-se acompanhado um avanço da incidência, que para o ano de 2019 espera-se 59.700 casos novos, perfazendo um total de 29,5% dos canceres em mulheres, corroborando com o crescimento da mortalidade na população feminina, inferindo 16.724 óbitos, representando 16,1% (INCA, 2019a; URBAN, CHALA, *et al.*, 2017).

Esta enfermidade reflete uma das lutas mais árduas no panorama contemporâneo concernente ao envelhecimento populacional e enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. (BRASIL, 2011; INCA, 2019; OPAS Brasil, 2019).

Fatores de risco como gênero feminino, raça branca e idade estão entre as predisposições hereditárias da doença. O sexo feminino apresenta predisposição cem vezes mais que o masculino. Mulheres com idade superior a cinquenta anos tem maior probabilidade de desenvolver a neoplasia mamária e este fato avança conforme a idade aumenta (MIGOWSKI, SILVA, *et al.*, 2018).

Condições como a pós-menopausa, a hiperinsulinemia e a obesidade estão associadas à alta taxa de morbimortalidade em indivíduos com câncer de mama. O excesso de peso é referido como comorbidade em diversos tipos de câncer, além de patologias como hipertensão arterial e diabetes mellitus dentre outras (MIGOWSKI, SILVA, *et al.*, 2018).

2.4.2.3.2 Câncer do cólo de útero

Embora o Brasil seja um dos pioneiros no mundo a difundir o exame citopatológico para a identificação do câncer do colo do útero, as condutas dirigidas à constatação prévia para esse tipo de neoplasia foram caracterizadas, até metade dos anos 1990, por procedimentos isolados e planejamentos para ações transitórias.

Buscando hegemonizar as atividades de prevenção do cancer ginecológico feminino, em 1997 foi Instituído pelo Ministério da Saúde e INCA, o programa viva mulher

que consolidou o conceito de uma coordenação em rede, expandiu o número do exame citopatológico realizados por brasileiras, melhorou a evidência do câncer do colo do útero na coletividade, corroborando com a redução da morbimortalidade por este tipo de tumor. (INCA, 2018b)

Embora prevenível, de diagnóstico barato e de fácil rastreamento, o câncer do colo do útero, é um dos mais recorrentes na população feminina brasileira, e responsável pela alta taxa de incidência e consequentemente de morbimortalidade. (INCA, 2019a)

Derchain, Costa, *et al.* (2019), relatam que o fator de risco basilar para a neoplasia de colo de útero é o HPV (Papilomavirus Humano), que apresenta elevado risco oncogênico, e como fatores predisponentes independente para progressão do câncer em mulheres que apresentam-se infectadas pelo vírus, estão o tabagismo, multiparidade, sexarca (primeira relação sexual) e a imunossupressão.

O papilomavírus humano (HPV) é responsável por 28% de todas as neoplasias relacionadas a infecções na população mundial. A contínua infecção pelo HPV é o agente causador de praticamente todos a carcinogênese de colo do útero, bem como de diversos outros cânceres, como o de ânus (88%), vagina (70%), pênis (50%), vulva (43%), e orofaringe (26%).

2.4.2.3.3 Câncer de estômago

Brasil (2018b, citando INCA, 2019), declara que a carcinogênese de estômago, apresenta-se como a quinta natureza de câncer mais frequente, acometendo ambos os gêneros e está classificado como terceiro mais habitual entre os homens e o quinto entre as mulheres. Infere ainda que em ambos os sexos, a incidência intensifica-se em de forma diferente a partir de 35-40 anos.

O mesmo autor acima refere que mesmo de etiologia obscura, existem condições hereditárias ou não hereditárias, correlacionadas, notadamente ao surgimento da oncogênese gástrica como história pessoal ou familiar, hábitos de vida, idade avançada e sexo masculino, infecção gástrica pelo *Helicobacter pylori*, gastrite atrófica crônica, metaplasia intestinal da mucosa gástrica, anemia perniciosa, pólipos adenomatosos do estômago e gastrite hipertrófica gigante. (BRASIL, 2018b)

2.4.2.3.4 Câncer de Prostata

O câncer de próstata destaca-se como a DCNT que mais atinge o sexo masculino, cujo fator preponderante é a idade, onde incremento de sua incidência se dá aos cinquenta anos de vida, porém, é mais comum na terceira idade, pois no mundo, aproximadamente 75% dos casos dão-se em torno dos 65 anos de idade. Este agravo apresenta como fatores de risco o índice de massa corporal (IMC) elevado e o histórico familiar. Considerado um problema de saúde pública de grandes proporções, esta forma de oncogênese é a segunda

mais regular no sexo masculino. (INCA, 2017)

Frente à inexistência de sintomatologia, quimera, crenças e tabus referentes às questões culturais da masculinidade, são pontos preponderantes que fazem a população masculina relutar em buscar ajuda médica, impossibilitando o diagnóstico precoce e, por conseguinte, o tratamento. (SARRIS, CANDIDO, *et al.*, 2018).

Na busca de minimizar os danos causados a essa população específica, o Ministério da Saúde lançou o programa saúde do homem, onde uma das finalidades é trabalhar a promoção da saúde por meio da conscientização da população masculina com o intuito de melhorar a adesão dos mesmos aos serviços de saúde efetivos, desenvolvendo meios de informação de forma acessível sobre a patologia, os riscos e benefícios que abrangem o rastreamento desse agravo.

MARCO METODOLÓGICO

Em uma pesquisa científica, devem-se explicar de forma pormenorizada o modelo empregado, bem como as concepções metodológicas utilizadas.

Neste capítulo, propomo-nos a discorrer sobre a opção e procedimentos metodológicos de forma que possamos atingir os objetivos listados de maneira explícita e alicerçada. Para este fim, dividimo-lo em subtítulos, buscando facilitar a compreensão dos leitores.

A princípio, apresentamos uma descrição da metodologia de modo a embasar o método de investigação eleito. Por conseguinte faremos uma exposição de onde ocorre o estudo, bem como atores que o compõe.

Em sequencia, sucede-se a descrição, da forma mais concreta da escolha metodológica para o presente estudo, particularmente no que tange ao instrumento de coleta de dados, bem como do processo de análise do material adquirido nesta etapa da pesquisa.

3.1 ENFOQUE DO ESTUDO

O presente trabalho tem enfoque quantitativo porque se utilizam dados estatísticos para o levantamento das informações.

Serapioni, (citado por Seabra, 2010) relata que a diretriz para a quantificação e a explicação das ocorrências, bem como a escassez de inquietude com a subjetividade, o uso de critérios comedidos, a objetividade procurada através perspectiva de oustider (distanciamento relacionado aos dados), o direcionamento para averiguação, o caráter hipotético-dedutivo, o nexu dos resultados, a aplicação e perspectiva geral, e a estimativa da inercia da realidade, são particularidades elementares dos métodos quantitativos.

Nesta lógica, A pesquisa quantitativa apoia-se de modo direto à mensuração dos dados, no teste, na quantificação e no minucioso e sistemático monitoramento dos dados e ocorrências.

3.2 TIPO DE INVESTIGAÇÃO

O estudo caracteriza-se por investigação do tipo observacional, analítica. Diz-se de uma investigação observacional quando, o investigador desempenha tão-somente o papel de expectador dos eventos ou ocorrências, sem desempenhar seja qual for à intervenção, que seja capaz de interferir na conclusão e/ou curso natural dos mesmos, contudo o investigador consegue realizar mensurações, aferições, análises e outros dispositivos para coleta de dados.

Encaixa-se no tipo analítico porque, segundo Fontelles, Simões, Farias, & Fontelles (2009, citando Marconi & Lakatos 2001/2055) compreende uma apreciação mais

perscrutada dos dados ameadados em uma determinada investigação, observacional ou experimental, no intento de esclarecer a conjectura de uma ocorrência em determinados grupos ou populações e tem como benefício de forcejar a elucidação da relação entre a causa e o efeito. Este tipo de investigação tem por finalidade estudar o comportamento das doenças ou seus condicionantes, de acordo com lugar, tempo e/ou as características dos indivíduos.

3.2 DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

Para os fins deste estudo aplicou-se o desenho não experimental visto que seus dados foram coletados em tempo determinado, sem intervenção no ambiente em que se desenvolveu a coleta da amostra e não houve manipulação das variáveis.

O estudo teve um corte transversal, analítico, onde estudou as variáveis em um só momento, fazendo um corte no tempo, onde foi definido com precisão o tempo no qual se realizou a ação.

Os estudos Transversais são aplicados em pesquisas que versam sobre os efeitos por causas que se tornam crônicos, ou por condições inerentes de atributos perenes aos indivíduos (seu genótipo), acerca de dada patologia.

3.3 LOCAL DO ESTUDO

Com a finalidade de caracterizar a área deste estudo descreveremos os aspectos sócio-geográficos do município de Parnaíba-Piauí. Tais informações foram obtidas através de do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE e do site da Prefeitura Municipal de Parnaíba.

3.3.1 Localização

Parnaíba é um dos quatros municípios litorâneos do Estado do Piauí (além de Ilha Grande, Luís Correia e Cajueiro da Praia), está localizado macrorregião do Litoral Piauiense, possuindo uma área de 435.573 Km², limitando-se ao norte com o município de Ilha Grande e o oceano Atlântico, ao sul com o município de Buriti dos Lopes e Cocal, a leste com o município de Luís Correia, e a oeste com o Estado do Maranhão. Situa-se a 336 km da capital, Teresina.

Geograficamente Parnaíba localiza-se a latitude 02°54'18" sul e longitude 41°46'37" oeste, estando a uma altitude de 05 metros do mar, na bacia hidrográfica do Rio Parnaíba onde é cortada por este que divide-se em cinco braços que formam o Delta do Parnaíba, o único em mar aberto das Américas e o terceiro maior do mundo. Um desses braços é o rio Igarçu, onde a maior parte da cidade o margeia à sua direita. A única praia do município é a da Pedra do Sal.

3.3.2 População

Sua população, segundo IBGE (2017) a população estimada para 2019 é de 153.078 habitantes, onde 94,49% concentra-se na zona urbana, constituindo assim, a segunda cidade mais populosa do Estado, apresentando um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,687 (quarto melhor do Piauí) e um percentual de analfabetismo de 15,86%, ocupando o 54º lugar no ranking brasileiro .

O município de Parnaíba é composto de rede atenção à saúde (RAS) do SUS. Na atenção primária a saúde, são quarenta e cinco são unidades básicas de saúde (UBS) que compõe a estratégia saúde da família (ESF), dividida em quatro distritos de saúde (DS), assim distribuídos, DS I, com 12 UBS, DS II, III e IV contendo 11 UBS cada, atendendo 78% e cobertura populacional.

3.4 SUJEITOS DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida tendo como base o universo composto pela população residente na cidade de Parnaíba- PI, que de acordo o IBGE no censo de 2010 é de 145.705 habitantes.

Segundo Sampieri, Fernandez & Baptista (2007, p. 65) “uma população é o conjunto de todos os casos que correspondem a uma série de especificações”. Dessa forma compreende-se todo o fenômeno a ser estudado, onde as entidades populacionais têm uma característica comum que é analisada e dará origem aos dados da pesquisa.

3.5 AMOSTRA

A amostra foi realizada obedecendo ao nível de confiança de 95% com margem de erro de 5%. Para isto, utilizar-se-á a fórmula abaixo, onde N = tamanho da população, e = margem de erro com porcentagem no formato decimal e z = escore z (O escore z é o número de desvios padrão entre determinada proporção e a média)

$$\text{Tamanho da amostra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

Dessa forma, após o cálculo realizado, a amostra foi de 384 indivíduos.

3.6 AMOSTRAGEM

A amostragem é do tipo probabilística, aleatória simples, visto que todos os elementos da população têm a mesma probabilidade de ser selecionado, isto é, a técnica

aleatória simples seleciona, insubstituivelmente, “*n*” sujeitos de uma amostra de tamanho “*N*”, conhecido e limitado, de forma que todos tenham a mesma chance de ser sorteado para a amostra, sem interferência e arbitrariedade.

3.7 MÉTODOS, INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS E PROCEDIMENTOS

Os procedimentos de coleta de dados, basicamente se norteiam por observações, entrevistas e documentos, que podem ser capturadas através de gravações, e-mails, *scrapbooks*, entre outros.

O estudo em questão, utilizou da entrevista para buscar os dados pertinentes ao mesmo, almejando alcançar os objetivos traçados.

A interlocução constitui-se de um diálogo que tem por finalidade a coleta dos dados que compõem uma pesquisa, esta pode ocorrer de forma individual ou coletiva. Não obstante, a entrevista, não deve ser considerada tão somente um diálogo simplório, e sim uma conversação fundamentada, pautada e focalizada em um objetivo delineado.

Em congruência, Aires (2015) relata que a entrevista advém da necessidade de investigar alguma coisa e para que isso ocorra, se faz mister que o investigador entenda o significado dado pelos indivíduos aos seus atos, além de permitir-se compreender intrinsecamente os discursos proferidos por estes. Os colóquios seguem uma estrutura padronizada, formada por questões fechadas, aplicados a todos os sujeitos da investigação, de forma guiada.

Para aquisição dos dados utilizou-se como instrumento um roteiro de estrutura fechada, tomando como base, o questionário construído pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), que foi modificado com a redução do número de quesitos, ficando apenas trinta e duas perguntas de múltipla escolha (ANEXO II) e ocorreu no período de março a julho de 2019

Destarte, buscando facilitar o entendimento do mesmo, optou-se pela divisão das perguntas em seis seções.

Na seção I, foram levantadas informações pessoais, contendo idade, sexo, estado civil, grau de instrução peso e altura.

A seção II conta 11 perguntas a respeito dos hábitos alimentares, consumo de massas, refrigerantes, sucos, hortaliças e feijão.

Iniciamos a terceira seção, buscando dados pertinentes a atividade física, através de quatro questionamentos, dentre eles, tempo de prática em horas e intensidade bem como regularização em dias da semana.

Na quarta seção, perguntamos sobre o hábito tabagista, buscando informação do número de cigarros por dia e idade que iniciou a fazer uso de tabaco..

Seguindo temos a V seção, versando sobre percepção do estado de saúde atual, enfatizando hipertensão e diabetes.

E na última parte, VI seção, levantamos dados sobre a prevenção do câncer de mama, do câncer do colo do útero e do câncer de próstata.

A eleição dos parâmetros que fazem parte do estudo, está fundamentada na relevância dos mesmos diante da carga total de doença abalizada pela OMS para a região das Américas (WHO, 2018).

O delineamento dos fatores de risco, deu-se através da escolha dos indicadores como o tabagismo, a obesidade, a ingestão de refrigerantes e de bebidas alcoólicas, bem como a inatividade física, além da referência ao diagnóstico médico de hipertensão arterial e diabetes.

No que diz respeito ao fator proteção, os eleitos foram o consumo de hortaliças e frutas, a prática de atividade física, assim como, a realização de exames para precoce identificação de neoplasias em ambos os sexos, como a mamografia e citologia oncótica para câncer de colo de útero em mulheres e próstata em homem. Utilizamos como variável de comparação, anos de escolaridade e faixa etária por indicador, pois achamos de grande relevância estratificar os dados para melhor análise intraindicadores.

Como critérios de inclusão, elegeram-se indivíduos maiores de 18 anos e residentes na cidade de Parnaíba-Piauí.

Foram enviados 384 formulários através de um *link*, durante os meses de julho a setembro de 2019, utilizando a ferramenta do Google Forms, solicitando a participação e a colaboração para o estudo, conforme o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (anexo 1), através mídia digital Whats App, Mala Direta de e-mails e mensagens de texto. Foi dado como assinatura digital, a resposta marcada como sim, ao ser questionado, após leitura do TCLE, se gostaria de fazer parte do estudo.

Para o tratamento dos dados utilizou-se o software Epi Info versão sete, produzido pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) voltado à área da saúde no campo da epidemiologia.

Optou-se pela utilização deste software, levando em consideração a utilização do mesmo no tratamento dos dados levantados pela VIGITEL em todas as suas pesquisas, garantindo a confiabilidade da análise dos dados.

As figuras foram resultado dos dados inseridos no pelo software action stat versão 3.

3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta investigação foi realizada salvaguardando os princípios éticos da Resolução CNS N° 466/2012, que define as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, registrado na Plataforma Brasil sob o CAAE: 21101119.6.0000.0014.

O consentimento livre e esclarecido foi obtido no ato da aceitação de participar da pesquisa online, após leitura do mesmo.

As informações coletadas não trazem quaisquer prejuízos aos sujeitos implicados, essencialmente no que tange a identificação nominal. O conteúdo desta investigação científica está sob a guarda da pesquisadora, asseverando sua confidencialidade e sigilo.

MARCO ANALÍTICO

4.1 CONHECENDO OS SUJEITOS DO ESTUDO

Durante os meses de julho a setembro 384 formulários foram enviados para a coleta de dados, destes, 226 retornaram (59%), dentre os quais 225 (99,5%) aceitaram participar da investigação e apenas um respondeu que não aceitaria fazer parte do estudo, o que corresponde a 0,5% (figura 4).

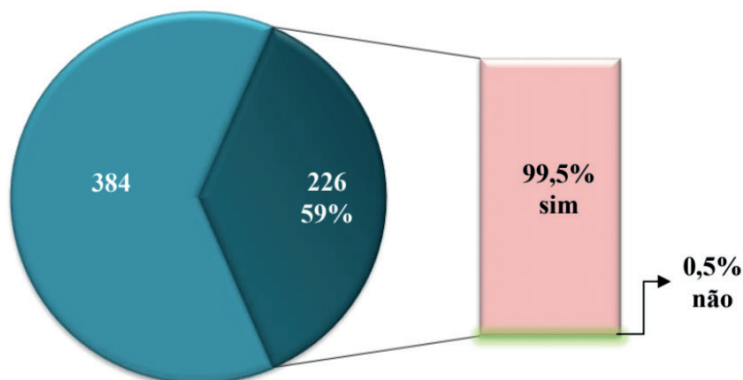


Figura 4 Percentual dos formulários enviados e recebidos, por aceite de participação na pesquisa, 2019.

O perfil dos atores da pesquisa, quanto ao sexo, encontra-se retratado da seguinte maneira, 147 (65%) do sexo feminino e 78 (35%) do sexo masculino. A Faixa etária dos participantes varia de 18 anos (40 %) a 87 anos (0,4 %), distribuída como mostra a (tabela 1).

Tabela 1

Percentual de adultos (≥ 18 anos) que responderam a pesquisa por sexo e faixa etária, 2019.

| Variável | Níveis da variável | Total dos respondentes | % Total dos respondentes |
|--------------|--------------------|------------------------|--------------------------|
| Sexo | Mulheres | 147 | 65,3 |
| | Homens | 78 | 34,7 |
| Faixa Etária | 18 - 27 | 89 | 39,6 |
| | 28 - 37 | 53 | 23,6 |
| | 38 - 47 | 36 | 16,0 |
| | 48 - 57 | 25 | 11,1 |
| | 58 - 67 | 11 | 4,9 |
| | 68 - 77 | 10 | 4,4 |
| | 78 - 87 | 1 | 0,4 |

Fonte própria

Quando analisados os dados sobre o estado civil, observou-se a prevalência na categoria solteiros (117) equivalente a 52% da amostra, seguido dos casados (73) com 32,4% . Os que indicaram estar em união estável somaram 19, representando 8,4% , em contínuo apresentou-se a faixa separados/divorciados totalizando 15 indivíduos (6,7%) e somente um dos respondentes encontrou-se na categoria de viúvos com 0,4 pontos percentuais. (figura 5).

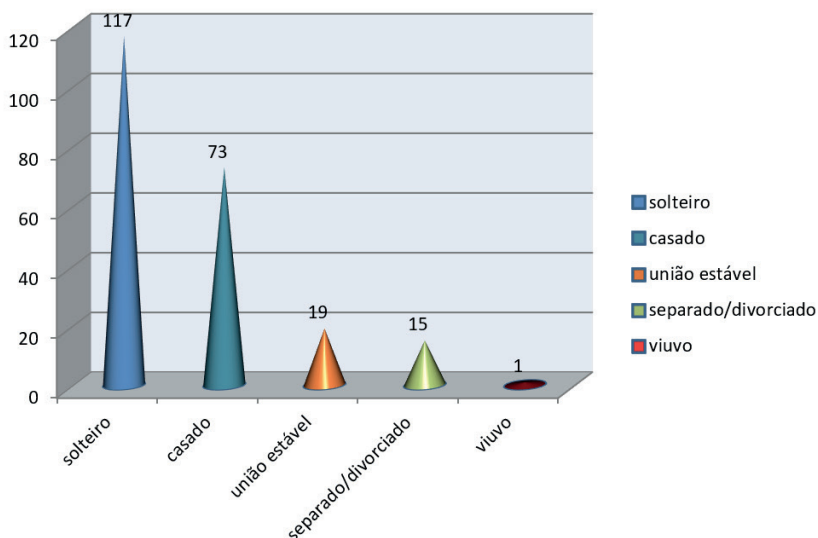


Figura 5 participantes da pesquisa por estado civil, 2019.

Fonte própria

4.1.1 Analisando o indicador obesidade

De etiologia multifatorial e de ampla magnitude, a obesidade é um dos fatores relevantes na elucidação da elevação da carga das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), uma vez que determina inferências pertinentes a saúde dos indivíduos, sendo constantemente vinculada a patologias como alguns tipos de câncer, doença articular degenerativa (osteoartrites), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e doenças cardiovasculares (hipertensão arterial [HA] e hiperlipidemias).

Sua aferição se dá através do cálculo do índice de massa corporal (IMC) que embora não seja um método muito específico, vem sendo utilizado no rastreamento do estado nutricional de indivíduos adultos. É imperioso ressaltar que este critério simples e de baixo custo tem possibilitado investigações epidemiológicas relativas ao comportamento alimentar de uma população.

O IMC é o resultado da divisão do peso, em quilogramas (kg), pela altura ao quadrado, em metros (m). A leitura do resultado dá-se através de intervalos que vão de

índices menores de 18 a maior de 40, conforme ilustrado na (Figura 6).

| CLASSIFICAÇÃO | IMC |
|-------------------------------|-------------------|
| ABAIXO DO PESO | ABAIXO 18,5 |
| PESO NORMAL | 18,5 - 24,9 |
| SOBREPESO | 25 - 29,9 |
| OBESIDADE GRAU I | 30 - 34,9 |
| OBESIDADE GRAU II | 35 - 39,9 |
| OBESIDADE GRAU III OU MÓRBIDA | MAIOR OU IGUAL 40 |

Figura 6 Classificação do índice de Massa Corporal

Fonte: Ministério da Saúde

A figura acima foi a referencia da análise dos dados a cerca do estado nutricional dos integrantes da pesquisa, onde de acordo com a (tabela 2) observa-se que 29,8 % da população estudada apresentou excesso de peso, com IMC maior ou igual a 30 e, IC 95 %, destes, ressalta-se uma frequência entre homens de 18,6 % e, entre mulheres, 9,3 %.

O escore alcançado de obesidade graus I, II e III, no município de Parnaíba, não difere do percentual nacional avaliado pela VIGITEL no inquérito realizado em 2018, pois em seu estudo refere que “[...] a frequência de adultos obesos foi de 19,8%, sendo ligeiramente maior entre as mulheres (20,7%) do que entre os homens (18,7%)”. (VIGITEL, 2019)

Tabela 2

Percentual de adultos (≥ 18 anos) por Índice de Massa Corpórea e sexo, 2019.

| IMC | SEXO | | | | | | | | |
|-------------|-------|--------|-------|----------|--------|-------|-----------|--------|-------|
| | TOTAL | | | FEMININO | | | MASCULINO | | |
| | % | IC 95% | | % | IC 95% | | % | IC 95% | |
| <18 | 8,9 | 9,2 | 8,7 | 8,44 | 8,58 | 8,31 | 0,44 | 0,58 | 0,31 |
| 18,5 a 24,9 | 43,11 | 43,24 | 42,98 | 33,78 | 33,91 | 33,65 | 9,33 | 9,46 | 9,20 |
| 25 a 29,9 | 28,89 | 29,02 | 28,76 | 16,44 | 16,58 | 16,31 | 12,44 | 12,58 | 12,31 |
| 30 a 34,9 | 10,67 | 10,80 | 10,54 | 4,44 | 4,58 | 4,31 | 6,22 | 6,35 | 12,87 |
| 35 a 39 | 15,11 | 15,24 | 14,98 | 3,56 | 3,69 | 3,42 | 9,78 | 9,91 | 9,65 |
| ≥40 | 4 | 4,13 | 3,87 | 1,33 | 1,46 | 1,20 | 2,67 | 2,80 | 2,54 |

Fonte: Própria

Analisando a (tabela 3), abaixo, observamos que em relação à faixa etária, o fator obesidade aparece elevado nos intervalos compreendidos entre 18-27 anos e 38-47 anos, com um aumento de aproximadamente dois pontos percentuais para mais no sexo feminino em detrimento ao sexo masculino, apresentando 14,29% e 12%; 12,24% e 10,20% respectivamente, inclinando-se após esta idade.

De acordo com os dados publicados pela VIGITEL, a obesidade teve um acréscimo de cerca de sessenta pontos percentuais na década compreendida entre 2006 e 2016. Expõe também que a prevalência do diagnóstico de indivíduos obesos no País subiu de 11,8% para 18,9%, na década citada. O fato denota uma proporção assustadora com a razão de (5:1) isto é, uma em cada cinco pessoas no Brasil está acima do peso. A pesquisa ainda enfatizou que a doença obesidade se torna mais avultada com o passar dos anos de vida dos indivíduos, porém observou-se que a faixa etária mais incidente está inserida entre 25 a 44 anos com um indicador de 17%, considerado alto para este intervalo de idade. (VIGITEL, 2017)

Em relação ao extrato anos de escolaridade, os achados revelam que o nível de instrução com maior inferência estatística deu-se na faixa que contém 12 ou mais anos de estudo, principalmente em relação ao sexo masculino, que se apresenta com 7% mais obesos que o sexo feminino. Desta forma percebeu-se que a obesidade se revelou diretamente proporcional à escolaridade, aumentando à medida que crescem os anos de estudo dos participantes.

Sendo de etiologia multifatorial a obesidade é resultado de “causa e efeito” que percorre desde causas genéticas, estilo de vida, incluindo nesse íntere, a inatividade e dieta não saudável; distúrbios causados por patologias como a síndrome de Prader-Willi e a síndrome de Cushing, o uso de medicamentos, a idade, além do uso de substâncias químicas que causam desequilíbrio no sistema endócrino do indivíduo.

| VARIÁVEIS | SEXO | | | | | | | | | |
|----------------------|------------|--------|-------|----------|--------|-------|-----------|--------|-------|-------|
| | TOTAL | | | FEMININO | | | MASCULINO | | | |
| | % | IC 95% | | % | IC 95% | | % | IC 95% | | |
| FAIXA ETÁRIA | 18 - 27 | 26,53 | 26,66 | 26,40 | 14,29 | 14,42 | 14,15 | 12,24 | 12,38 | 12,11 |
| | 28 - 37 | 26,53 | 26,66 | 26,40 | 8,16 | 8,29 | 8,03 | 18,37 | 18,50 | 18,24 |
| | 38 - 47 | 22,45 | 22,58 | 22,32 | 12,24 | 12,38 | 12,11 | 10,20 | 10,34 | 10,07 |
| | 48 - 57 | 16,33 | 16,46 | 16,20 | 4,08 | 4,21 | 3,95 | 12,24 | 12,38 | 12,11 |
| | 58 - 67 | 4,08 | 4,21 | 3,95 | 4,08 | 4,21 | 3,95 | 0,00 | 0,13 | -0,13 |
| | 68 - 77 | 2,04 | 2,17 | 1,91 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 2,04 | 2,17 | 1,91 |
| | 78 - 87 | 2,04 | 2,17 | 1,91 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 2,04 | 2,17 | 1,91 |
| ANOS DE ESCOLARIDADE | 0 a 8 | 4,76 | 4,89 | 4,63 | 2,38 | 2,51 | 2,25 | 2,38 | 2,51 | 2,25 |
| | 9 a 11 | 7,14 | 7,27 | 7,01 | 2,38 | 2,51 | 2,25 | 4,76 | 4,89 | 4,63 |
| | mais de 12 | 88,10 | 88,23 | 87,96 | 40,5 | 40,6 | 40,3 | 47,62 | 47,75 | 47,49 |

Tabela 3

Percentual de indivíduos com obesidade (IMC \geq 30 kg/m²) no conjunto da população adulta (\geq 18 anos) do município de Parnaíba, por sexo, segundo faixa etária e anos de escolaridade, 2019.

Fonte: Própria.

4.1.2 Analisando o indicador tabagismo

O tabagismo é caracterizado como doença crônica ocasionada pela compulsão causada pela nicotina existente nos artefatos fabricados a partir de tabaco. Há no mercado diversificadas apresentações para o uso que na sua composição trazem a fórmula da causa de dependência – a nicotina. As formas de consumo vão desde aspiração, inalação e até pastas para serem absorvidas pela mucosa oral.

A facilidade de consumo desta droga lícita faz com que seus usuários tenham aumentados seu risco de desenvolver DCNT.

O consumo de tabaco é importante agente de risco de diversos tipos de enfermidades, dentre as quais é possível citar as infecções respiratórias, úlceras gástricas, tuberculose, além de alguns cânceres como o do colo do útero, de pulmão e estômago, é também, a principal causa de morte evitável em todo o mundo, responsável por grande parte dos óbitos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis. (INCA, Instituto Nacional do Câncer, 2018).

A figura 7 mostra o percentual de adultos que tem o tabagismo como hábito na cidade de Parnaíba, através da qual, infere-se que apenas 4,9% dos entrevistados fazem uso de tabaco destes, 5 (45,4%) são mulheres e 6 (54,5%), homens.

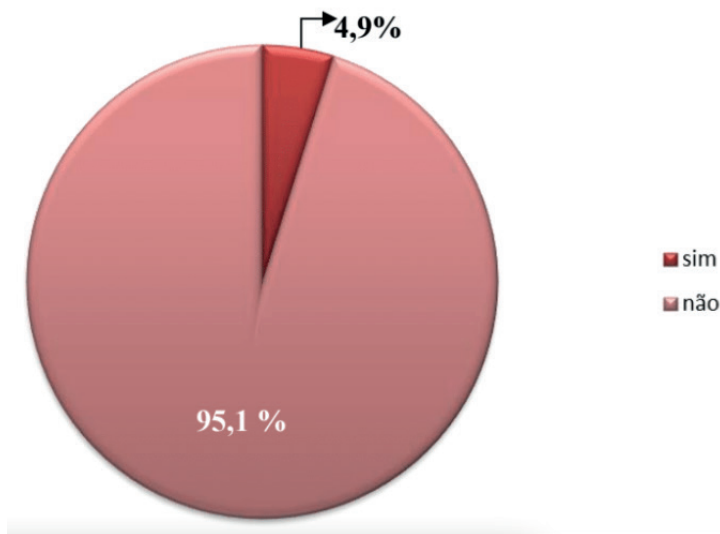


Figura 7 Percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes no município de Parnaíba, 2019.

Fonte própria

Observa-se na tabela 4 uma proporção ligeiramente maior de indivíduos tabagistas do sexo masculino, os quais situam-se na faixa etária compreendida entre dezoito e sessenta e sete anos, cuja escolaridade compreende doze anos ou mais de estudo. (tabela 4)

Um fato chamou atenção durante a análise dos dados, não houve tabagista na faixa inferida entre 0 e 8 anos de escolaridade em ambos os sexos, bem como no sexo masculino no entremeio 9 e 11 anos em nenhum intervalo de idade.

Tabela 4

Percentual de indivíduos fumantes no conjunto da população adulta (≥ 18 anos) do município de Parnaíba, por sexo, segundo faixa etária e anos de escolaridade, 2019.

| VARIÁVEIS | SEXO | | | | | | | | | |
|----------------------|------------|--------|-------|----------|--------|-----------|--------|-------|--------|-------|
| | TOTAL | | | FEMININO | | MASCULINO | | | | |
| | % | IC 95% | | % | IC 95% | % | IC 95% | % | IC 95% | |
| FAIXA ETÁRIA | 18 - 27 | 27,27 | 27,40 | 27,14 | 9,09 | 27,40 | 8,96 | 18,18 | 18,31 | 18,05 |
| | 28 - 37 | 18,18 | 18,31 | 18,05 | 0,00 | 18,31 | 0,00 | 18,18 | 18,31 | 18,18 |
| | 38 - 47 | 18,18 | 18,31 | 18,05 | 9,09 | 18,31 | 8,96 | 9,09 | 9,22 | 9,09 |
| | 48 - 57 | 18,18 | 18,31 | 18,05 | 9,09 | 18,31 | 8,96 | 9,09 | 9,22 | 9,09 |
| | 58 - 67 | 18,18 | 18,31 | 18,05 | 18,18 | 18,31 | 18,05 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | 68 - 77 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | 78 - 87 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| ANOS DE ESCOLARIDADE | 0 a 8 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | 9 a 11 | 36,36 | 36,49 | 36,23 | 36,36 | 36,49 | 36,23 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | mais de 12 | 63,63 | 63,76 | 63,50 | 9,09 | 63,8 | 8,96 | 54,54 | 54,67 | 54,54 |

Fonte: Própria

4.1.3 Analisando o indicador autoavaliação do estado de saúde

A autoavaliação do estado de saúde (AAES) é uma medida utilizada de diversas maneiras para averiguar o indicador de morbidade e mortalidade descrevendo seu valor preditivo, enfatizando a análise geral dos sinais e sintomas autorreferidos pelos indivíduos especificamente em grupos populacionais. Por apresentar validade e confiabilidade semelhantes a outros pareceres multifacetados da situação de saúde, a autoavaliação a respeito do quesito supracitado, deverá ser utilizada como um suplemento relevante para indicadores objetivos. (PETARLI, SALAROLI, BISSOLI, & ZANDONADE, 2015).

Tabela 5

Percentual de indivíduos que avaliaram negativamente o seu estado de saúde, no conjunto da população adulta (≥ 18 anos) do município de Parnaíba, por sexo, faixa etária e anos de escolaridade, 2019.

| VARIÁVEIS | SEXO | | | | | | | | | |
|----------------------|------------|--------|-------|----------|--------|-------|-----------|--------|-------|-------|
| | TOTAL | | | FEMININO | | | MASCULINO | | | |
| | % | IC 95% | | % | IC 95% | | % | IC 95% | | |
| FAIXA ETÁRIA | 18 - 27 | 9,33 | 9,46 | 9,20 | 6,67 | 6,80 | 6,54 | 4,44 | 4,58 | 4,31 |
| | 28 - 37 | 4,89 | 5,02 | 4,7 | 4,44 | 4,58 | 4,31 | 1,78 | 1,91 | 1,65 |
| | 38 - 47 | 3,56 | 3,69 | 3,42 | 4,00 | 4,13 | 3,87 | 0,89 | 1,02 | 0,76 |
| | 48 - 57 | 0,89 | 1,02 | 0,76 | 0,44 | 0,58 | 0,31 | 0,44 | 0,58 | 0,31 |
| | 58 - 67 | 0,44 | 0,58 | 0,31 | 0,44 | 0,58 | 0,31 | 0,00 | 0,13 | -0,13 |
| | 68 - 77 | 1,33 | 1,46 | 1,20 | 0,44 | 0,58 | 0,31 | 0,89 | 1,02 | 0,76 |
| | 78 - 87 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 0,00 | 0,13 | -0,13 |
| ANOS DE ESCOLARIDADE | 0 a 8 | 1,79 | 1,92 | 1,65 | 1,79 | 1,92 | 1,65 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | 9 a 11 | 8,93 | 9,06 | 8,80 | 5,36 | 5,49 | 5,23 | 3,57 | 5,36 | 3,44 |
| | mais de 12 | 89,29 | 89,42 | 89,15 | 58,93 | 59,06 | 58,80 | 26,79 | 26,92 | 26,6 |

Fonte Própria

De acordo com alguns estudos científicos, a AAES pode ser usada como parâmetro para mensurar a tendência que o indivíduo apresenta em buscar os serviços de saúde, bem como para auxiliar na interpretação da percepção do tipo serviços oferecido e proporcionado

Tomando como base a importância do questionamento, foi inquerido aos entrevistados a respeito da autoavaliação em relação a sua saúde. No total dos duzentos e vinte e cinco formulários, 56 respondentes, ou seja, 24,89% qualificaram negativamente sua saúde em quesitos ditos regular e ruim, sendo, as mulheres, a fração que mais enxerga sua saúde de forma menos positiva: 16,5% em detrimento dos homens, 8,5% (Tabela 5).

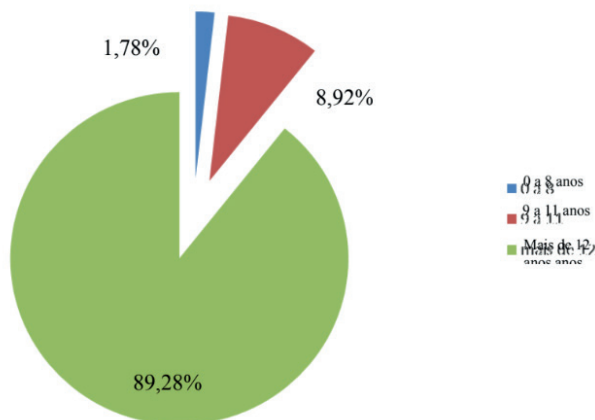


Figura 7 Percentual de indivíduos (≥ 18 anos) que avaliaram negativamente o seu estado de saúde, 2019.

Fonte Própria

Um fenômeno observado na figura 7, é que quando se traça um comparativo entre os estratos educacionais pesquisados no que tange à autoavaliação da saúde, infere-se que os participantes com maior grau de escolaridade são os que mais julgam como negativo o seu estado atual de saúde (89,28%)

4.1.4 Analisando o indicador atividade física

Segundo o INCA (2018) A atividade física é considerada um dos estimulantes do controle dos níveis de hormonais do indivíduo, apresentando como vantagens o aumento do peristaltismo, ajudando no trânsito gastrointestinal, fortalecimento do sistema imunológico, auxiliando na prevenção do câncer de intestino (cólon), de mama (pós-menopausa) e de endométrio (corpo do útero), além de favorecer o peso ideal.

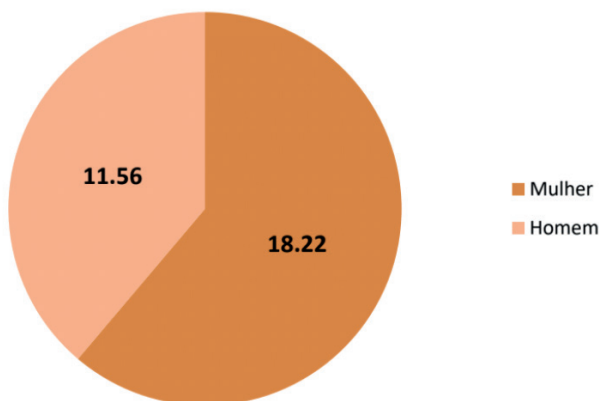


Figura 8 Percentual de indivíduos (≥ 18 anos) por sexo realizam algum exercício físico moderado a intenso por 150 minutos semanais, 2010.

Fonte própria

Para esta variável contabilizou-se indivíduos com pelo menos 150 minutos de atividade física por semana e observou-se que 67 (29,78%) realizam algum exercício físico moderado a intenso, dentre os quais 41 (18,22%) são mulheres e 26 (11,56) são homens (Figura 8). O intervalo de idade com maior número de pessoas que praticam alguma atividade se deu entre dezoito e vinte e sete anos (47,76%), com predomínio feminino. (Tabela 6)

Confrontando os cortes de escolaridade e prática de exercício físico, na tabela acima, inferiu-se que indivíduos com doze anos ou mais de estudo exercitam-se mais (85,07%) do que aqueles que possuem onze anos ou menos de vida escolar (14,93%).

Tabela 6

Percentual de indivíduos que praticam atividades físicas de forma intensa ou moderada equivalentes a pelo menos 150 minutos por semana, no conjunto da população adulta (≥ 18 anos) do município de Parnaíba, por sexo, faixa etária e anos de escolaridade, 2019.

| VARIÁVEIS | SEXO | | | | | | | | | |
|----------------------|------------|--------|-------|----------|--------|-------|-----------|--------|-------|-------|
| | TOTAL | | | FEMININO | | | MASCULINO | | | |
| | % | IC 95% | | % | IC 95% | | % | IC 95% | | |
| FAIXA ETÁRIA | 18 - 27 | 14,22 | 14,35 | 14,09 | 9,33 | 9,76 | 9,20 | 4,89 | 5,02 | 4,76 |
| | 28 - 37 | 5,78 | 5,91 | 5,65 | 2,67 | 2,80 | 2,54 | 3,11 | 3,24 | 2,98 |
| | 38 - 47 | 5,33 | 5,46 | 5,20 | 3,56 | 3,69 | 3,42 | 1,78 | 1,91 | 1,65 |
| | 48 - 57 | 2,22 | 2,35 | 2,09 | 0,89 | 1,02 | 0,76 | 1,33 | 1,46 | 1,20 |
| | 58 - 67 | 1,78 | 1,91 | 1,65 | 1,33 | 1,46 | 1,20 | 0,44 | 0,58 | 0,31 |
| | 68 - 77 | 0,44 | 0,58 | 0,31 | 0,44 | 0,58 | 0,31 | 0,00 | 0,13 | -0,13 |
| | 78 - 87 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 0,00 | 0,13 | -0,13 |
| | total | 29,78 | 29,91 | 29,65 | 18,22 | 18,35 | 18,09 | 11,56 | 11,69 | 11,42 |
| ANOS DE ESCOLARIDADE | 0 a 8 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 0,00 | 0,13 | -0,13 |
| | 9 a 11 | 14,93 | 15,06 | 14,79 | 5,97 | 6,10 | 5,84 | 8,96 | 9,09 | 8,82 |
| | mais de 12 | 85,07 | 85,21 | 84,94 | 55,22 | 55,36 | 55,22 | 29,85 | 29,85 | 29,85 |

Fonte Própria

4.1.5 Analisando o indicador usam de bebidas alcoólicas

É imperioso salientar que existe uma incontestável conexão dose-resposta entre o prenúncio de câncer e a ingestão de bebidas alcoólicas. Estudos demonstram que esta relação é proporcional ao tempo de uso e quantidade de dose ingerida, favorecendo efeito cancerígeno do etanol sob as células. Outra investigação realizada por Souza (2018) em base populacional aquilata o consumo excessivo de álcool sendo responsável por cerca de 10 a 30% dos casos de hipertensão arterial.

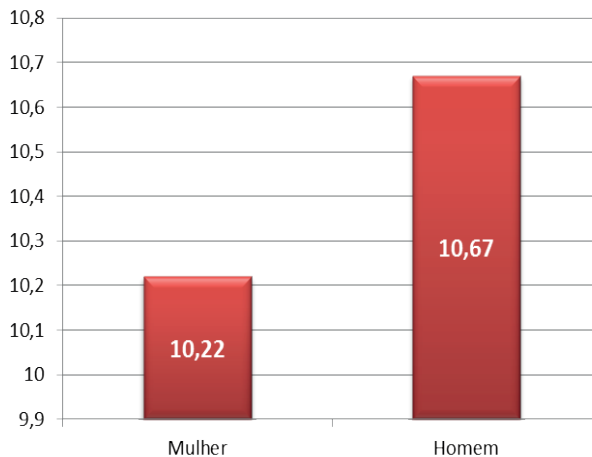


Figura 9 Percentual de indivíduos que, nos últimos 30 dias, consumiram quatro ou mais doses (mulher) ou cinco ou mais doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião.

Fonte Própria

A vasta literatura a respeito do assunto refere o consumo de álcool apresentando uma possível conexão com o desenvolvimento de hipertensão ou diabetes. É reportada como consequência contínua uma agressão elevada ao sistema cardiovascular, desenhando desastrosas implicações sistêmicas como o aumento da possibilidade de acarretar infartos do miocárdio e doenças cerebrovasculares.

Buscando conhecer o hábito etílico dos sujeitos da pesquisa, questionou-se quanto ao consumo de bebidas alcoólicas nos últimos trinta dias, levando-se em consideração a ingestão de quatro ou mais doses para o sexo feminino e cinco ou mais doses para o sexo masculino numa mesma ocasião, a partir do qual, 47 (20,89%) do total de entrevistados responderam afirmativamente tal indagação.

Tabela 7

Percentual de indivíduos que, nos últimos 30 dias, consumiram quatro ou mais doses (mulher) ou cinco ou mais doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião no conjunto da população adulta (≥ 18 anos), por sexo, segundo idade e anos de escolaridade, 2019.

| VARIÁVEIS | SEXO | | | | | | | | | |
|----------------------|------------|--------|-------|----------|--------|-------|-----------|--------|-------|-------|
| | TOTAL | | | FEMININO | | | MASCULINO | | | |
| | % | IC 95% | | % | IC 95% | | % | IC 95% | | |
| FAIXA ETÁRIA | 18 - 27 | 53,19 | 53,32 | 53,06 | 26,53 | 26,66 | 26,40 | 24,49 | 24,62 | 24,36 |
| | 28 - 37 | 23,40 | 23,54 | 23,27 | 8,16 | 8,29 | 8,03 | 14,29 | 14,42 | 14,15 |
| | 38 - 47 | 14,89 | 15,02 | 14,76 | 8,16 | 8,29 | 8,03 | 6,12 | 6,25 | 5,99 |
| | 48 - 57 | 8,51 | 8,64 | 8,38 | 4,08 | 4,21 | 3,95 | 4,08 | 4,21 | 3,95 |
| | 58 - 67 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 0,00 | 0,13 | -0,13 |
| | 68 - 77 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 0,00 | 0,13 | -0,13 |
| ANOS DE ESCOLARIDADE | 78 - 87 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,13 | -,13 | 0,00 | 0,13 | -0,13 |
| | 0 a 8 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 0,00 | 0,13 | -0,13 |
| | 9 a 11 | 17,02 | 17,15 | 16,89 | 10,64 | 10,77 | 10,51 | 6,38 | 6,51 | 6,25 |
| | mais de 12 | 82,98 | 83,11 | 82,85 | 55,22 | 55,36 | 55,22 | 44,68 | 44,68 | 44,68 |

Fonte Própria

Percebeu-se, então, um pequeno predomínio no número de homens que consumiram bebidas alcoólicas no período supracitado, correspondendo a 10,67% em comparação a 10,22% de mulheres (Figura 10). Dos quarenta e sete respondentes positivos, a faixa etária que mais referiu consumir bebida alcoólica situou-se entre dezoito e vinte e sete anos (53,2%), para ambos os sexos.

No que se refere ao grau de escolaridade inferiu-se que há uma relação diretamente proporcional entre a quantidade de anos que se estuda e o consumo de bebidas alcoólicas, também com predomínio do sexo masculino para tal, ou seja, indivíduos com 12 anos ou mais de estudo representam 82,98% daqueles que ingerem álcool (Tabela 7).

4.1.6 Analisando o indicador consumo de refrigerantes

Mundialmente a ingestão de bebidas com alto teor de açúcar, tipo refrigerantes ou outras bebidas açucaradas (BA), mostra-se em ascendência, sendo este fato refletido no Brasil. A preocupação com os riscos inerentes a saúde dado ao consumo excessivo de líquidos contendo demasiada adição de açúcar livre, de forma habitual, corrobora a médio e longo prazo com o panorama pandêmico da obesidade e comorbidades associadas, instigando no cenário da saúde pública a ser um dos principais agravos nutricionais.

Para este indicador considerou-se indivíduos que disseram ingerir refrigerantes cinco ou mais dias por semana, totalizando 22 pessoas (9,78%) do total de respondentes, a partir do qual percebeu-se leve predomínio de mulheres nesta variável, correspondendo a 5,34% em comparação com os homens, que representam 4,44%. (Tabela 8)

No Brasil, em recente investigação realizada pela pesquisa nacional de saúde (PNS) com população adulta, aponta que dois em cada 10 brasileiros ingerem refrigerantes, sendo que a prevalência de consumo regular se mostrou mais elevada entre indivíduos do sexo masculino (Silva, et al., 2019). Contudo, em nosso estudo esse indicador demonstrou maior prevalência no sexo feminino, sendo importante ressaltar que a ingestão de bebidas com alto teor glicêmico conduz a ingestão concomitante de demais iguarias com alto teor calórico.

Continuando a análise do indicador em questão, no universo dos duzentos e vinte e cinco inquéritos, o percentil encontrado dos que fazem consumo diário de BA é maior do que recomenda a OMS, pois de acordo com a *Nota informativa sobre la ingesta de azúcares recomendada en la directriz de la OMS para adultos y niños*, preconiza-se a redução da ingestão de açúcares livres para menos de 5% do consumo total, isto é, 10 kg/pessoa/ano, pois que o consumo contínuo de bebidas adoçadas promove um aumento do tecido adiposo corporal com o risco desenvolver além de obesidade, doenças crônicas degenerativas, cardiovasculares e diabetes, apesar disso, esta recomendação não deve ser utilizada em indivíduos que manifestem estados de desnutrição ou má alimentação leve ou moderada (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Em relação à faixa etária, dos vinte e dois respondentes positivos, a idade predominante de consumo de refrigerante situa-se entre dezoito e vinte e sete anos, que exprime um valor de 50% (11) sendo essa prática mais representativa em mulheres, 54,5%. Observou-se uma equação inversamente proporcional entre fator ingestão e idade. (Figura 10).

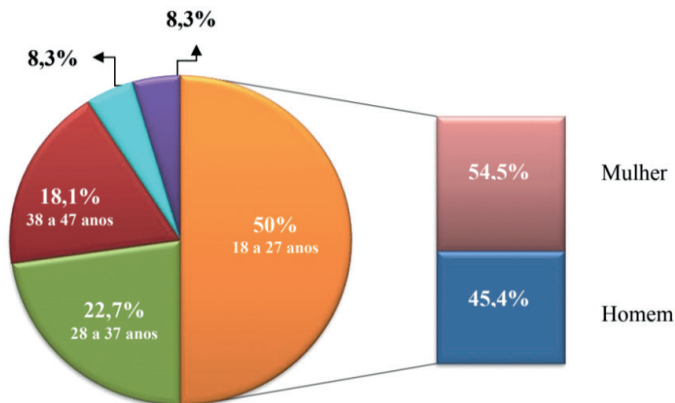


Figura 10 Percentual de indivíduos que, fazem consumo diário de refrigerante por faixa etária, 2019.

Fonte Própria

No que diz respeito à escolaridade dos 225 entrevistados, indivíduos com doze ou mais anos de estudo, referiram ingerir refrigerante cerca de seis vezes mais do que os que possuem abaixo de onze anos de estudo, concebendo 86,36%. Fato não condizente com o levantamento nacional realizado pela VIGITEL em 2018 onde a camada intermediária (9 a 11 anos de estudo) apresentou-se mais elevada que no estrato correspondente a 12 e mais anos de escolaridade. (Brasil, 2019)

Tabela 8

Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem refrigerantes em cinco ou mais dias da semana, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade, 2019.

| VARIÁVEIS | SEXO | | | | | | | | | |
|----------------------|------------|--------|-------|----------|--------|-------|-----------|--------|-------|-------|
| | TOTAL | | | FEMININO | | | MASCULINO | | | |
| | % | IC 95% | | % | IC 95% | | % | IC 95% | | |
| FAIXA ETÁRIA | 18 - 27 | 4,89 | 5,02 | 4,76 | 2,68 | 2,81 | 2,55 | 2,22 | 2,35 | 2,09 |
| | 28 - 37 | 2,22 | 2,35 | 2,09 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 2,22 | 2,35 | 2,09 |
| | 38 - 47 | 1,78 | 1,91 | 1,65 | 1,78 | 1,91 | 1,65 | 0,00 | 0,13 | -0,13 |
| | 48 - 57 | 0,44 | 0,58 | 0,31 | 0,44 | 0,58 | 0,31 | 0,00 | 0,13 | -0,13 |
| | 58 - 67 | 0,44 | 0,58 | 0,31 | 0,44 | 0,58 | 0,31 | 0,00 | 0,13 | -0,13 |
| | 68 - 77 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 0,00 | 0,13 | -0,13 |
| | 78 - 87 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 0,00 | 0,13 | -0,13 |
| TOTAL | 9,78 | | | 5,34 | | | 4,44 | | | |
| ANOS DE ESCOLARIDADE | 0 a 8 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 0,00 | 0,13 | -0,13 |
| | 9 a 11 | 13,64 | 13,77 | 13,50 | 9,09 | 9,22 | 8,96 | 4,55 | 4,68 | 4,41 |
| | mais de 12 | 86,36 | 86,50 | 86,23 | 45,45 | 45,59 | 45,32 | 40,91 | 41,04 | 40,78 |

Fonte Própria

4.1.7 Analisando o indicador ingestão de hortaliças

No Brasil, país onde as iniquidades regionais são bem significativas, faz-se imperioso ressaltar que o trabalho educação em saúde voltada a promoção para uma nutrição saudável, é primordial. O planejamento das etapas auxilia no delineamento de ações que visam, através de mecanismos eficientes de saúde pública, utilizados no atual modelo de atenção à saúde e de consciência alimentar, a prevenção da desnutrição, englobando nesse conjunto a exclusão social, a fome oculta e outras doenças correlatas, bem como, a obesidade, o sobrepeso, e demais DCNT decorrentes da falta de alimentação ou alimentação impropria.

Nesse íterim, no ano de 2002 a World Health Organization (WHO) lançou a estratégia global para a promoção de alimentação saudável com a preconização de ingesta mínima de 400g de frutas e verduras por dia (exceto batatas e outros tubérculos) buscando prevenir doenças crônicas como câncer, cardiopatias e diabetes tipo II e obesidade.

Nesta variável levou-se em consideração indivíduos que afirmaram alimentarem-se com hortaliças na forma de salada pelo menos cinco vezes durante a semana, os quais representam 33,78% dos entrevistados. A partir da qual inferiu-se que um pouco mais que o dobro de mulheres (22,67%) referem consumir hortaliças em relação aos homens (11,11%), onde tal consumo concentra-se entre dezoito e quarenta e sete anos, para os dois sexos.

Tabela 9

Percentual de indivíduos que consomem hortaliças (exceto batatas e outros tubérculos) em cinco ou mais dias da semana no conjunto da população adulta (≥ 18 anos), por sexo, segundo idade e anos de escolaridade, 2019.

| VARIÁVEIS | SEXO | | | | | | | | | |
|--------------|------------|--------|-------|----------|--------|-------|-----------|--------|-------|-------|
| | TOTAL | | | FEMININO | | | MASCULINO | | | |
| | % | IC 95% | | % | IC 95% | | % | IC 95% | | |
| FAIXA ETÁRIA | 18 - 27 | 8,00 | 8,13 | 7,87 | 5,78 | 5,91 | 5,65 | 2,22 | 2,35 | 2,09 |
| | 28 - 37 | 7,56 | 7,69 | 7,42 | 4,89 | 5,02 | 4,76 | 2,67 | 2,80 | 2,54 |
| | 38 - 47 | 6,67 | 6,80 | 6,54 | 4,89 | 5,02 | 4,76 | 1,78 | 1,91 | 1,65 |
| | 48 - 57 | 5,33 | 5,46 | 5,20 | 3,11 | 3,24 | 2,98 | 2,22 | 2,35 | 2,09 |
| | 58 - 67 | 2,67 | 2,80 | 2,54 | 2,67 | 2,80 | 2,54 | 0,00 | 0,13 | -0,13 |
| | 68 - 77 | 2,67 | 2,80 | 2,54 | 0,89 | 1,02 | 0,76 | 1,78 | 1,91 | 1,65 |
| | 78 - 87 | 0,89 | 0,00 | 0,00 | 0,44 | 0,58 | 0,31 | 0,44 | 0,58 | 0,31 |
| TOTAL | | 33,78 | | | 22,67 | | | 11,11 | | |
| ANOS DE | 0 a 8 | 0,44 | 0,58 | 0,31 | 0,44 | 0,58 | 0,31 | 0,00 | 0,13 | -0,13 |
| | 9 a 11 | 1,78 | 1,91 | 1,65 | 1,33 | 1,46 | 1,20 | 0,44 | 0,58 | 0,31 |
| ESCOLARIDADE | mais de 12 | 31,56 | 31,69 | 31,42 | 20,89 | 21,02 | 20,76 | 10,67 | 10,80 | 10,54 |

Fonte Própria

O consumo de hortaliças cruas ou cozidas na forma de salada esteve mais evidenciado entre os indivíduos que estudaram por doze anos ou mais, perfazendo um total de setenta e um o que corresponde a 93,42% dos 76 indivíduos que responderam afirmativamente consumi-las por cinco ou mais dias da semana. (figura 10),

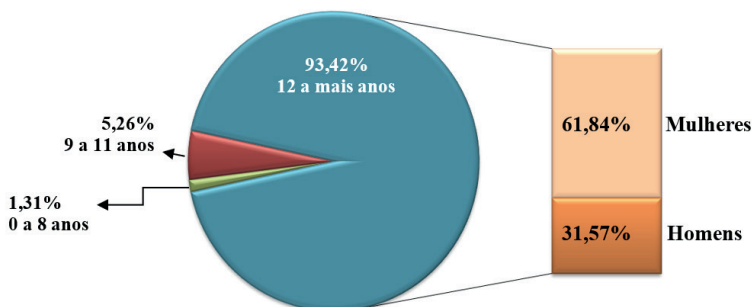


Figura 11 Percentual de indivíduos que consomem hortaliças (exceto batatas e outros tubérculos) em cinco ou mais dias da semana no conjunto da população adulta (≥ 18 anos), por sexo e anos de escolaridade, 2019

Fonte Própria

4.1.8 Analisando o indicador diagnóstico médico de diabetes mellitus (DM)

O alcance do DM como carga de doença revela a magnitude do problema que atinge a qualidade de vida do indivíduo, repercutindo em uma grande incidência de mortalidade. Por ter caráter crônico e acarretar condição dispendiosa tanto a família quanto ao sistema de saúde, é de suma importância o controle da doença ponderando as complicações decorrentes da mesma.

O incremento na prevalência de diabetes mellitus vem sendo marcado pela mudança no estilo de vida da população, destacando nesse conjunto, a alimentação errônea e a diminuição da atividade física.

Nesta pesquisa, a avaliação de DM foi alicerçada em dados referidos e não na medida direta da glicemia em jejum, do teste de hemoglobina glicada, do teste de tolerância a glicose e do teste de glicemia capilar. Dessa maneira o diagnóstico autorreferido poderá estar subordinado fator acessibilidade ao sistema de saúde, bem como encontrar-se em subnotificação, subestimando a prevalência real de indivíduos Diabéticos.

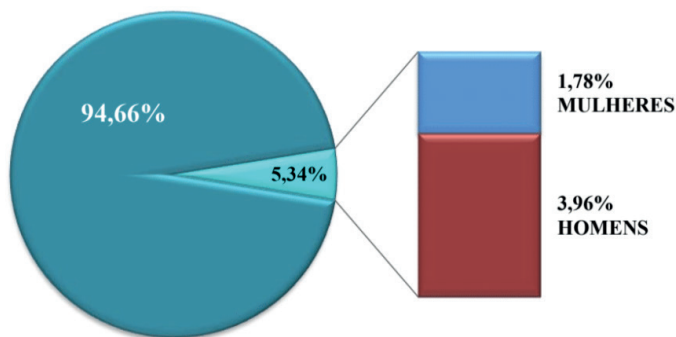


Figura 12 Percentual de adultos que referiram diagnóstico médico de diabetes, 2019.

Fonte Própria

Para este indicador, foram estudados os duzentos e vinte e cinco participantes da pesquisa, destes, apenas 12 indivíduos (5,34%) referiram ter recebido diagnóstico médico de Diabetes Mellitus, onde, quatro (1,78%) pertencentes ao sexo feminino e oito (3,56%) ao sexo masculino (figura 11). Constatou-se que o intervalo de idade com o maior prevalência de diagnóstico de DM (tabela 10) se deu entre quarenta e oito e cinquenta e sete anos para o sexo masculino (25%) e entre cinquenta e oito e sessenta e sete anos para o sexo feminino (16,67%).

O predomínio do grau de escolaridade entre indivíduos que disseram ter sido diagnosticado com DM fixou-se entre os que possuem 12 anos de estudo ou mais, para ambos os sexos, o qual totalizou 83,33% destes. (tabela 10)

Tabela 10

Percentual de indivíduos que referiram diagnóstico médico de diabetes no conjunto da população adulta (≥ 18 anos) por sexo, segundo idade e anos de escolaridade, 2019.

| VARIÁVEIS | SEXO | | | | | | | | | |
|----------------------|------------|--------|-------|----------|--------|-------|-----------|--------|-------|-------|
| | TOTAL | | | FEMININO | | | MASCULINO | | | |
| | % | IC 95% | | % | IC 95% | | % | IC 95% | | |
| FAIXA ETÁRIA | 18 - 27 | 16,67 | 16,80 | 16,54 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 16,67 | 16,80 | 16,54 |
| | 28 - 37 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 0,00 | 0,13 | -0,13 |
| | 38 - 47 | 8,33 | 8,46 | 8,20 | 8,33 | 8,46 | 8,20 | 0,00 | 0,13 | -0,13 |
| | 48 - 57 | 33,33 | 33,46 | 33,20 | 8,33 | 8,46 | 8,20 | 25,00 | 25,13 | 24,87 |
| | 58 - 67 | 16,67 | 16,80 | 16,54 | 16,67 | 16,80 | 16,54 | 0,00 | 0,13 | -0,13 |
| | 68 - 77 | 16,67 | 16,80 | 16,54 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 16,67 | 16,80 | 16,54 |
| | 78 - 87 | 8,33 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 8,33 | 8,46 | 8,20 |
| ANOS DE ESCOLARIDADE | 0 a 8 | 16,67 | 16,80 | 16,54 | 8,33 | 8,46 | 8,20 | 8,33 | 8,46 | 8,20 |
| | 9 a 11 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 0,00 | 0,13 | -0,13 |
| | mais de 12 | 83,33 | 83,46 | 83,20 | 25,00 | 25,13 | 24,87 | 58,33 | 58,46 | 58,20 |

Fonte própria

O nível de escolaridade é uma medida importante. Este indicador revela a posição social do indivíduo, fato que pressupõe os riscos díspares no fenômeno do adoecimento e morte. Esta situação é aclarada quando há associação dos cuidados com o corpo e a intervenção familiar na questão alimentação, bem como, no cuidado de doenças como a vascular periférica, a cerebrovascular e a coronariana (macrovasculares) bem como, a neuropatia, a retinopatia e a nefropatia (microvasculares), por meio da entrada ao sistema de saúde.

4.1.9 Analisando o indicador diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica (HAS)

O diagnóstico da população com ênfase no monitoramento da hipertensão arterial é respaldado no crescimento da prevalência dos casos confirmados para a doença e suas consequências e complicações que resultam em efeitos adversos à saúde com magnitude e custos elevados, acarretando dentre outros prejuízos, altas taxas de mortalidade prematura por complicações cardiovasculares, neurológicas e renais.

Assim como no caso do diagnóstico médico por diabetes, os dados também foram autorreferidos, não ocorrendo verificação direta da pressão arterial. Dessa forma os mesmos podem apresentar-se discordantes com a realidade, isto é, subnotificados.

É possível observar na figura 11 que, após o tratamento dos dados, foram encontrados vinte e quatro indivíduos (10,67%) que referiram ter sido diagnosticado com Hipertensão Arterial Sistêmica por um médico, não havendo predomínio entre homens e mulheres para tal situação, correspondendo desta forma a 12 (5,33%) para ambos os sexos. (figura 11)

No que tange a faixa etária, os sujeitos questionados que mais disseram obter a condição supracitada mencionaram possuir entre trinta e oito e quarenta e sete anos (25%), também sem predomínio entre os sexos. (tabela 11)

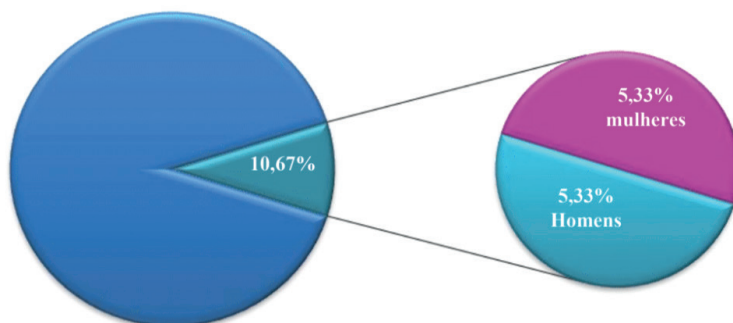


Figura 13 Percentual de adultos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, 2019.

Fonte Própria

Todos os indivíduos desta pesquisa que autorreferiram o diagnóstico de HAS, encontram-se com grau de escolaridade no intervalo de doze ou mais anos de estudo. A ocorrência chama atenção, visto que nesta faixa situam-se os indivíduos mais esclarecidos, com grau de instrução elevado, com facilidade de acesso a informação e aos serviços de saúde. Outro fato preocupante, é que estes indivíduos apresentam menos de cinquenta anos de idade.

A OPAS Brasil (2019) afirma que dos dezessete milhões de óbitos prematuros, isto é, mortes que ocorre em indivíduos com idade inferior a setenta anos, são causados por doenças crônicas não transmissíveis, e enfatiza que trinta e sete por cento delas, tem etiologia cardiovascular.

Tabela 11

Percentual de indivíduos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial no conjunto da população adulta (≥ 18 anos) por sexo, segundo idade e anos de escolaridade, 2019.

| VARIÁVEIS | TOTAL | | SEXO | | | | | | | |
|----------------------|------------|--------|----------|--------|-------|-----------|-------|--------|-------|-------|
| | | | FEMININO | | | MASCULINO | | | | |
| | % | IC 95% | % | IC 95% | % | IC 95% | % | IC 95% | | |
| FAIXA ETÁRIA | 18 - 27 | 16,67 | 16,80 | 16,54 | 8,33 | 8,46 | 8,20 | 8,33 | 8,46 | 8,20 |
| | 28 - 37 | 8,33 | 8,46 | 8,20 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 8,33 | 8,46 | 8,20 |
| | 38 - 47 | 25,00 | 25,13 | 24,87 | 12,50 | 12,63 | 12,37 | 12,50 | 12,63 | 12,37 |
| | 48 - 57 | 12,50 | 12,63 | 12,37 | 8,33 | 8,46 | 8,20 | 4,17 | 4,30 | 4,04 |
| | 58 - 67 | 12,50 | 12,63 | 12,37 | 8,33 | 8,46 | 8,20 | 4,17 | 4,30 | 4,04 |
| | 68 - 77 | 20,83 | 20,96 | 20,70 | 12,50 | 12,63 | 12,37 | 8,33 | 8,46 | 8,20 |
| | 78 - 87 | 4,17 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 4,17 | 4,30 | 4,04 |
| ANOS DE ESCOLARIDADE | 0 a 8 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 0,00 | 0,13 | -0,13 |
| | 9 a 11 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 0,00 | 0,13 | -0,13 | 0,00 | 0,13 | -0,13 |
| | mais de 12 | 100,00 | 100,13 | 99,87 | 50,00 | 50,13 | 49,87 | 50,00 | 50,13 | 49,87 |

Fonte Pópria

4.1.10 Analisando o indicador prevenção do câncer

4.1.10.1 Prevenção do câncer de próstata

Mesmo há uma década havendo no Brasil uma política nacional de atenção integral a saúde do homem, os rótulos de gênero, arraigados há milênios em nossa sociedade patriarcal, reforçam a praxe baseadas em crenças e valores do que é ser viril. Os homens reputam-se imaculados e não assentem como pertinentes à sua característica e condição biológica a moléstia visto que, esta é marcada tal e qual um aviso de vulnerabilidade, fragilidade, debilidade.

Foram analisados os 78 inquéritos que estavam declarados o sexo masculino, onde 75 responderam a pergunta referente ao câncer de próstata. Destes, 30 (40%) estão na faixa de rastreamento preconizado pelos órgãos Sociedade Brasileira de Urologia, American

Urological Association, European Association of Urology, American Cancer Society, MD Anderson Cancer Center, AC Camargo Cancer Center e Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, isto é, 40 a 75 anos de vida, contudo, apenas 18 (60%) indicaram ter realizado exames preventivos (figura 13).

Embora exista uma política voltada à saúde do homem no Brasil, este câncer não tem rastreamento preconizado pelo Ministério da Saúde como o câncer de mama e colo do útero inclusos da política de saúde da mulher.

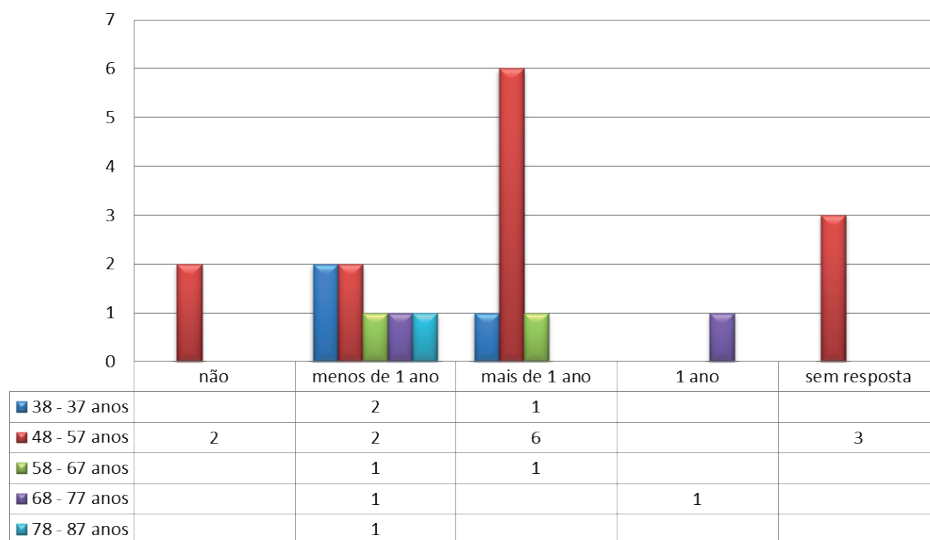


Figura 14 Percentual de adultos que referiram ter realizado exame preventivo de câncer próstata, 2019.

Fonte Própria

4.1.10.2 Prevenção do câncer de colo do útero

A Organização Mundial da Saúde considera o diagnóstico precoce e o rastreamento como abordagem para detecção precoce do câncer do colo do útero. Em equivalência o Ministério da Saúde preconiza que todas as mulheres de 25 a 64 anos de idade realizem do exame de citologia oncológica para rastreio de câncer de colo do útero anualmente, com a indicação de que após dois exames negativos consecutivos, passem a retornar ao exame a cada três anos. (INCA, 2016)

Para esta questão, das 147 mulheres que fizeram parte do estudo, 145 (98,67%) responderam ao quesito “*you have already done a Pap smear (cervical cancer prevention)? how often?*”, destas, 38 (26,57%) relatam não ter feito exame de Papanicolau. Embora o estudo tenha priorizado o estabelecimento de intervalo de idade para contabilizar a faixa etária dos participantes, e nestas estarem presentes as idades de rastreio de 25 a 64 anos, de forma estratificada, considerou-se o conjunto do entremeio.

Dessa forma, foi observado na figura 14 que a frequências de mulheres que referiram ter realizado exame de citologia oncótica para câncer de colo do útero encontra-se na faixa etária correspondente a 18 e 27 anos, perfazendo um total de 22 (15,28%) das mulheres que relatam a realização do Papanicolau há ano, esperava-se que este número aumentasse proporcionalmente a faixa etária, visto que este tipo de oncologia é mais frequente em mulheres acima de 50 anos de idade, porém o estudo revelou que apenas 18 (12,58%) destas, realizaram citologia oncótica há um ano (figura 14).

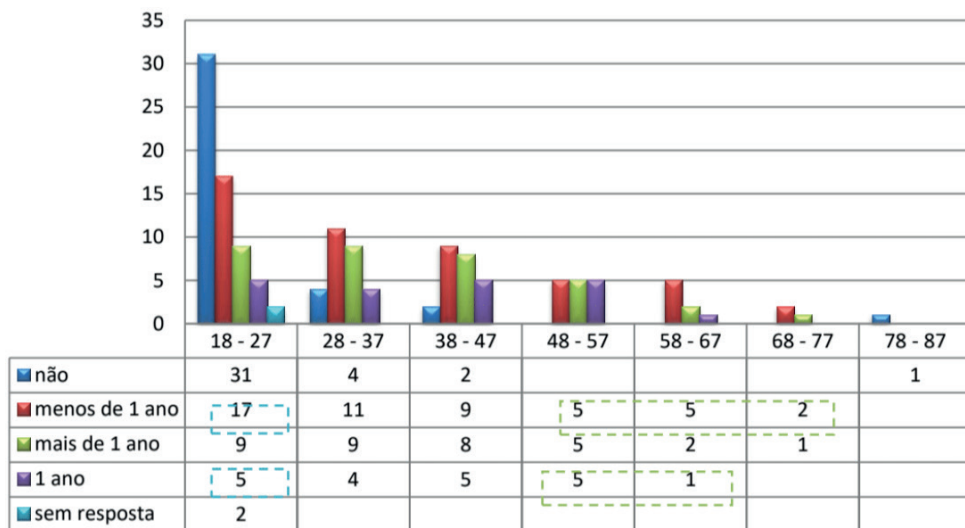


Figura 15 Percentual de adultos que referiam diagn[ostico médico de hipertensão arterial, 2019.

Fonte Própria

4.1.10.3 Prevenção do câncer de mama

Ante ao consenso de referência internacional, o Ministério da Saúde preconiza que quaisquer mulheres na faixa entre 50 e 69 anos de vida, procedam a exames de mamografia com periodicidade bienal, além de orientar o exame anual para mulheres com idade acima de 35 anos pertencentes à classe de alto risco.

Em consonância, O Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR), a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) salientam que a mamografia é o único exame que, quando feito regularmente a partir dos 40 anos em mulheres assintomáticas, resulta na atenuação da mortalidade pelo carcinoma de mama, fato este constatado por meio de pesquisas realizadas em mais de quinhentas mil mulheres, onde o declínio da taxa de óbitos observado variou entre 10% a 35% no grupo de mulheres expostas ao rastreamento em relação às que não realizaram o exame. (CNM, 2019)

No conjunto das 147 mulheres da pesquisa, 61 (41,49%) mencionaram ter realizado exame de mamografia. Destas, 30 (49,18%) realizaram exame no ultimo ano. Foi constatado que há maior frequência no intervalo de idade entre 38 a 47 anos, faixa que engloba a idade mínima preconizada pela Comissão Nacional de Mastologia (CNM) que é de 40 anos, com 14 (46,66%), seguido da classe 58 a 67 anos, correspondendo a sete (23,33%) das respondentes. (figura 15)

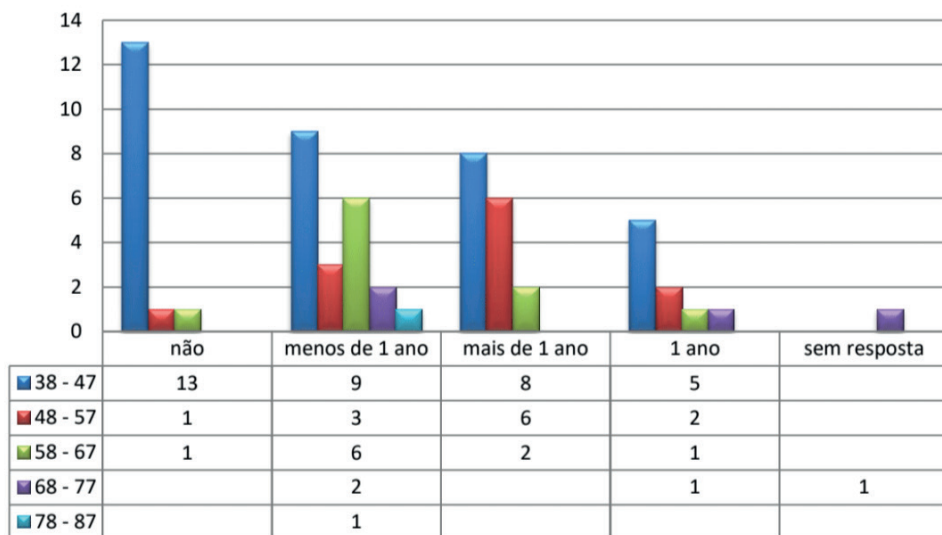


Figura 16 Perguntual de mulheres adultas que referiam ter realizado o exame de mamografia, 2019.

Fonte Própria

4.1.11 Analise de multiplos fatores de risco

Por meio dos aspectos comportamentais a população gera efeitos determinantes que proporcionam múltiplas condições de risco em saúde. Com o passar dos anos, mudança no estilo de vida, principalmente relacionados à atividade física e alimentação, condicionam o aparecimento de agravos como hipertensão arterial, hiperglicemia, síndrome metabólica e taxas de colesterol elevado.

Esta prática provoca uma demasiada contenda entre os especialistas de saúde acerca de como referir-se a estas pessoas, bem como, manejar a não adesão, que é considerada um fenômeno complexo e multideterminado, às ações de educação e orientação.

Analisando a tabela 12, o estudo observou que há indicativos relacionados ao diagnóstico autorreferido de hipertensão arterial e diabetes com o modo de vida, bem como o índice de massa corpórea, sendo resultado deste.

Dos que autorreferiram serem portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes, 20,83% afirmam consumir pizza, hambúrguer ou pastel, como jantar, por duas vezes na semana e 16,66%, quatro vezes por semana.

Quando abordados sobre o quantas de horas do dia eram dedicadas à rede sociais e jogos digitais, 37,50% referiram destinar de quatro a sete horas do seu dia as mídias digitais e 12,50% utilizam apenas duas horas no período de 24 horas.

Tabela 12

Múltiplos fatores associados à hipertensão arterial e diabetes conjunto da população adulta (≥ 18 anos) por sexo e idade, 2019.

| FAIXA ETÁRIA | SEXO | | JANTAR (LANCHE) ¹ DIAS/SEMANA | MÍDIA DIGITAL ² HORAS/DIA | IMC ³ | AUTORREFERIDO | | |
|--------------|------|----|---|---|------------------|---------------|---|--------|
| | F | M | | | | HA | D | HA + D |
| 18-27 | 2 | 0 | 2 | 7 | OBES. GII | 2 | 0 | 0 |
| | 0 | 2 | 4 | 4 | SOB. PES | 2 | 0 | 0 |
| 28-37 | 0 | 1 | 7 | 7 | SOB. PES | 1 | 0 | 0 |
| | 0 | 1 | 4 | 6 | OBES. GI | 1 | 0 | 0 |
| 38-47 | 3 | 1 | 2 | 7 | OBES. GII | 2 | 0 | 2 |
| | 2 | 2 | 2 | 4 | SOB. PES | 3 | 1 | 0 |
| 48-57 | 1 | 1 | 0 | 7 | SOB. PES | 2 | 0 | 0 |
| | 0 | 1 | 0 | 2 | OBES. GI | 1 | 0 | 0 |
| 58-67 | 1 | 1 | 0 | 2 | SOB. PES | 0 | 1 | 1 |
| | 1 | 0 | 4 | 2 | SOB. PES | 0 | 0 | 1 |
| 68-77 | 1 | 0 | 2 | 0 | SOB. PES | 0 | 1 | 0 |
| | 1 | 1 | 2 | 4 | SOB. PES | 1 | 0 | 1 |
| 78-87 | 0 | 1 | 0 | 4 | OBES. GI | 0 | 0 | 1 |
| total | 12 | 12 | | | | 15 | 3 | 6 |

Realizando uma averiguação mais aprofundada, constatou-se que estes indivíduos apresentam um índice de massa corpórea elevado, onde a taxa de sobrepeso foi verificado em 60% da população que autorreferiram hipertensão arterial e/ou diabetes, seguida da taxa de obesidade grau II com 26% e, por conseguinte a taxa de obesidade grau I perfazendo um total de 13%.

Cruzando os dados referentes à faixa etária e o índice de massa corpórea, evidenciou-se que indivíduos que se encontram nos intervalos de 18 a 27 anos e 38 a 47 anos, apresentam obesidade grau II e autorreferiram hipertensão e a concomitância de hipertensão arterial e diabetes, são os mesmos que relatam dispensar sete horas do seu dia as redes sociais e jogos digitais.

Este fato vem a corroborar com possíveis complicações resultantes do estilo de vida praticado por estes indivíduos.

Explorando os dados da tabela 13, foi observado que no intervalo correspondente

1 Pizza, hambúrguer, pastel.

2 Rede social, jogos digitais.

3 Índice de Massa Corpórea

a 18 a 47 anos há uma probabilidade de ocorrência de comorbidades relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis.

Tabela 13

Múltiplos fatores associados ao consumo de álcool, tabaco e inatividade física no conjunto da população adulta (≥ 18 anos) por sexo e idade, 2019.

| FAIXA ETÁRIA | SEXO | | CONSUMO DE ALCOOL ⁴ | CONSUMO TABACO ⁵ | INATIVIDADE FÍSICA ⁶ |
|--------------|------|---|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| | F | M | | | |
| 18-27 | 0 | 7 | 7 | 2 | 7 |
| 28 -37 | 2 | 2 | 4 | 1 | 3 |
| 38-47 | 5 | 0 | 5 | 1 | 5 |
| 48-57 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 58-67 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 68-77 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 78-87 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| total | 8 | 9 | 17 | 5 | 17 |

Dos que afirmam fazer uso de bebidas alcoólicas, tabagismo e inatividade física, a amostra resultou em dezessete (7,56%) indivíduos, sendo oito (47,06%) do sexo feminino e nove (52,94%) do sexo masculino.

Entre os jovens de 18 a 27 anos, o prognóstico para doenças cardiometabólicas, se apresentou mais evidente para o sexo masculino (78%), em contrapartida na faixa etária de 38 a 47 anos, foi mais notório no sexo feminino (64,2%).

Observou-se a necessidade de mudança no estilo de vida, destes indivíduos, principalmente no entremeio 18 a 47 anos (94,11%), onde se expõe a inatividade física principalmente entre os rapazes que não se exercitam, consomem álcool e tabaco concomitantemente, elevando o risco de doenças cardiovasculares, acidente vascular encefálico, infarto do miocárdio e câncer de pulmão e esôfago.

4.2 DISCUSSÃO DOS DADOS

No decurso da discussão dos resultados buscaremos responder aos objetivos propostos na construção da presente tese, alicerçado em meio à articulação dos resultados decorrentes e os aportes teóricos.

Frente à questão que gerou o problema inicial deste estudo – qual o perfil de risco para DCNT da população de Parnaíba – iniciamos nossa discussão.

Os dados obtidos por meio de entrevistas auxiliaram-nos na compreensão dos

4 Consumo de álcool 4 ou mais vezes na semana

5 Número de pessoas que consomem cigarro

6 Ausência de prática atividade física.

determinantes e condicionantes de saúde que são realçados pelos múltiplos fatores de risco para desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis.

O estudo mostrou que os respondentes demonstram ter comportamento que são vistos como determinantes de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis. Vale destacar que o índice de massa corpórea encontrado nos dados da pesquisa também são ressaltados na população brasileira, iniciando ainda na infância.

No quesito sobrepeso e obesidade na população de adultos (>18 anos) do município de Parnaíba observou-se que a prevalência de sobrepeso, obesidade grau I e obesidade grau II, está em consonância com o encontrado em pesquisa de âmbito nacional realizada em base populacional, que refere, na última década, um incremento da obesidade em 110% no intervalo de idade compreendido entre 18 e 24 anos. Embora em menor proporção, esse aumento também se deu nas demais faixas, 69% em pessoas de 25 a 34; 23% nos indivíduos de 35 a 44; 14% na faixa de 45 a 54 anos; 16% de 55 a 64 anos e acima de 65 anos teve uma alta de 2,0% (Brasil, 2019).

Em estudo realizado com base populacional, a OPAS (2019) relata que no ano de 2014, mais de 1,9 bilhão de adultos maiores de 18 anos apresentavam peso com elevação acima do normal e que desta população, mais de 600 milhões estavam obesos.

No que diz respeito ao consumo de álcool e tabaco, a pesquisa mostrou uma correlação com o sedentarismo, ampliando a condição para DCNT. CHANG et al (2012) em seu estudo *Improving cardiovascular prevention through patient awareness* comprovou que a vigilância de fatores de risco, entre eles o enfrentamento ao hábito de consumir tabaco traduz uma realidade em pacientes com doença arterial coronariana (DAC) ou doença arterial periférica (DAP) e realça que o somatório de empenho na estimulação das medidas preventivas, com a finalidade de alcançar a conscientização do paciente tem demonstrado ampla efetividade, visto que há adesão às indicações médicas, parte da responsabilidade do paciente quando despertado ao autocuidado.

Complementando BRUNORI et al (2014) ressaltaram uma prevalência de elevada magnitude em um estudo com 150 pacientes portadores de Síndrome Coronariana Aguda, onde o hábito de fumar foi frequente em 58,7%, demonstrando que o tabaco desempenhou uma condição de risco crítica no desenvolvimento da síndrome coronariana aguda.

No que concerne atividade física, o sedentarismo foi observado e também foi relatada pelos participantes da investigação que fazem uso de bebida alcoólicas diariamente e pelos fumantes do estudo. Esta realidade é apontada pela Organização Mundial da Saúde como a responsável pelo quadro de sedentarismo e chama a atenção para este quadro que ocupa o quarto lugar no *ranking* mundial de *causa mortis*. Neste contexto, o Ministério da Saúde através do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) assinala que das 1,3 milhão de mortes cadastradas no ano de 2017, 34.273 mil, são por enfermidades que estão associadas à falta da atividade física diária e estão listados no Código Internacional de Doenças (CID), como doenças cardiovasculares, diabetes, câncer

de mama e de cólon.

Não diferente da situação refletida mundialmente, o estudo em questão observou, principalmente no sexo masculino, que há uma tendência maior ao sedentarismo. A partir desta análise podemos inferir consequências quando do somatório da tríade composta pelo tempo destinado ao uso de redes sociais e jogos digitais; a alimentação inadequada e a inatividade física, que incidirá no prognóstico de doenças cardiometabólicas e cardiovasculares, cânceres.

Corroborando com os dados encontrados neste estudo, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), ressalta que no Brasil, de acordo com o nível de escolaridade, observou-se uma crescente no percentil de indivíduos que praticam atividade física, onde 36,6% apresentavam ensino fundamental completo, 43,0% haviam concluído o ensino médio, e 56,7% tinham superior completo. (IBGE, 2017).

Em outro momento da pesquisa, a investigação levantou dados a respeito do tipo de alimentação consumido entre os munícipes de Parnaíba. Destarte, o estilo de vida associado a um padrão alimentar cogita o perfil da qualidade de vida de uma população, assim a especificação do critério nutricional, delineado por meio de investigações sobre a dieta, reflete o modelo padrão do consumo habitual da população, contribuindo com importantes dados que espelham a ligação entre atributos qualitativos da dieta e os agravos crônicos. Os resultados indicaram, entre os adultos jovens, a troca da refeição por lanche, principalmente no jantar. Embora esta população pratique regularmente atividade física, há condições de sobrepeso entre estes e condições para desenvolver DCNT.

Um importante ponto foi levantado com relação à saúde dos entrevistados, o diagnóstico autorreferido de hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus. Patologias resultante da descompensação cardiovascular e do metabolismo que acarretam consequências de ampla magnitude, podendo resultar em óbito. Observou-se na investigação que uma taxa relativamente alta de participantes do estudo, não referiu diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes mellitus, embora seu estilo de vida e seu consumo alimentar sejam inadequados e não condizentes com seus IMC, pois apresentam sobrepeso ou obesidade.

Martins et al (2015) em seu estudo transversal com uma amostra de 285 pacientes diagnosticados com hipertensão arterial, no intervalo de idade de 19 a 59 anos, identificou o estilo de vida sedentário em 55,8% de sua amostra. Guedes et al (2014) através de uma investigação, cuja a finalidade era de analisar a precisão do resultado dos atributos característicos em pessoas com diagnóstico HA, observou que 60% da amostra apresentava vida sedentária. Em estudo análogo Calegari et al (2014) checaram uma população similar e, identificaram em 47,7% da população, o diagnóstico sedentarismo como estilo de vida.

Em relação ao consumo de alimentos considerados protetores do organismo, foi abordado o a ingestão de hortaliças entre os entrevistados e como resultante da arguição, houve um baixa adesão ao consumo de saladas durante a semana, principalmente

entre os homens, contrariando os achados de Ferreira et al (2019), que em seu estudo transversal de base populacional no Estado de Alagoas com 655 indivíduos diagnosticados com hipertensão, cujo o objetivo avaliar o consumo de alimentos chamados protetores e sua relação com as doenças cardiovasculares, identificou na população de hipertensos do estado de Alagoas uma maior ingestão de alimentos protetores do que o consumo de nutrientes preditores para o risco Cardiovascular.

Diante dos pontos analisados e discutido sugere-se um plano de ações que visa a avaliação e controle das DCNTs mais frequentes no município de Parnaíba, estratificado por eixos de prioridade (PLANO 1).

PLANO 1- Plano Municipal de Enfrentamento das DCNTs para o período de 2019 a 2028.

Eixos I, II e III: PAINEL DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS DE ENFRENTAMENTO DAS DCNTs

Objetivo Geral

Assegurar a implantação do Plano Municipal de Enfrentamento das DCNTs para o período de 2019 a 2028, seguindo ininterruptamente as operações a serem executadas nos três eixos planejados, por meio das metas e indicadores sugeridos no Plano.

Objetivo Específico 1: Concretizar o monitoramento e avaliação do Plano Estratégico Municipal de Enfrentamento das DCNTs, reordenando-o no momento certo, e se necessário, através de um mural de vigilância com as metas prioritárias e indicadores propostos.

Ações:

1.1 Criar mural de vigilância com as metas prioritárias e indicadores de acompanhamento do Plano Municipal de Enfrentamento das DCNTs.

META: mural de vigilância com as metas prioritárias e indicadores construído para o Plano Estratégico de Enfrentamento das DCNTs.

INDICADOR: criação mural de vigilância das principais metas e indicadores.

RESULTADO ESPERADO: vigilância e avaliação, das metas prioritárias e indicadores do Plano Estratégico de Enfrentamento das DCNTs planejado.

RESPONSÁVEIS: Coordenação de Vigilância em Saúde, Coordenação da Atenção Básica, Coordenação da Assistência Farmacêutica e Coordenação de Urgência e Emergência.

1.2 Monitorar e avaliar as metas prioritárias e indicadores de acompanhamento do Plano Municipal de Enfrentamento das DCNTs de forma a reordená-lo, no momento certo, e se necessário.

META: monitorar e avaliar 100% de metas prioritárias e indicadores de acompanhamento do Plano Estratégico de Enfrentamento das DCNTs

INDICADOR: % de metas prioritárias e indicadores de acompanhamento do Plano monitorados e avaliados

RESULTADO ESPERADO: monitoramento e avaliação das principais metas e indicadores do Plano Estratégico de Enfrentamento das DCNTs realizados.

RESPONSÁVEIS: Coordenação de Vigilância em Saúde e Coordenação de Atenção Básica.

1.3 Pactuar indicadores de monitoramento das ações do Plano Estratégico de Enfrentamento das DCNTs, com a Estratégia Saúde da Família.

META: indicadores de monitoramento das ações do Plano Estratégico de Enfrentamento das DCNTs na esfera municipal pactuados.

INDICADOR: % de municípios com os indicadores de monitoramento das ações do Plano Estratégico de Enfrentamento das DCNTs pactuados e monitorados.

RESULTADO ESPERADO: indicadores das ações do Plano Estratégico de Enfrentamento das DCNTs na esfera municipal pactuados e monitorados.

RESPONSÁVEIS: Secretária Municipal de Saúde Coordenação de Vigilância em Saúde, Coordenação de Atenção Básica.

Eixos I, II e III: PREVENÇÃO, CONTROLE E PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS QUATRO PRINCIPAIS DCNT

Objetivo Geral

Intensificar a cuidado e o monitoramento das DCNTs, seus fatores de risco e dos serviços de saúde voltados para a atenção integral aos portadores das principais doenças crônicas como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, câncer e demais DCNTs.

Objetivo Específico 1: Realizar as ações previstas no Plano Municipal Estratégico de Enfrentamento das DCNTs, com a finalidade de minimizar o incremento da epidemia dessas moléstias e seus fatores de risco comimplementação de medidas de promoção da saúde, prevenção e controle das DCNTs.

Ação:

1.1 Acompanhar e aferir a arrefecimento da taxa de mortalidade prematura (< de 70 anos) para o conjunto das quatro principais DCNTs (Doenças Cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus) em 3% ao ano, no município.

META: diminuir a taxa de mortalidade prematura (< de 70 anos) para o conjunto das quatro principais DCNTs, em 3% ao ano

INDICADOR: taxa de mortalidade prematura para o conjunto das quatro principais DCNTs no Município de Parnaíba

RESULTADO ESPERADO: arrefecimento da taxa de mortalidade prematura (< de 70 anos) para o conjunto das quatro principais DCNTs, em 3% ao ano no município de Parnaíba.

RESPONSÁVEIS: Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação da Atenção Básica.

Objetivo Geral

Controlar e avaliar o perfil epidemiológico da população do Município de Parnaíba, através do fortalecimento da vigilância em saúde e da Coordenação da Atenção Básica em relação as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) e seus fatores de proteção e de risco modificáveis e comuns à maioria das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (tabagismo, alimentação não saudável, inatividade física e consumo nocivo de álcool).

Objetivo Específico 1: Manter atualizado os sistemas nacionais de informação (SIM, SIA, e-SUS, SISVAN, SISNAN e demais sistemas disponíveis) para análise e reprodução dos dados obtidos no âmbito municipal.

Ações:

1.1 Acompanhar as DCNTs através dos indicadores definidos e pactuados com a Estratégia Saúde da Família (ESF), alicerçados nos subsídios dos sistemas nacionais de informação existentes.

META: 100 % dos indicadores para acompanhamento das ações relativas às DCNTs, nas ESF, definidos e pactuados.

INDICADOR: % de indicadores para acompanhamento das ações relativas às DCNTs, nas ESF, definidos e pactuados.

RESULTADO ESPERADO: acompanhamento das ações relativas às DCNTs, por meio de indicadores definidos e pactuados com as ESF, alicerçados nos subsídios dos sistemas nacionais de informação existentes.

RESPONSÁVEIS: Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação das Vigilâncias Epidemiológica e Ambiental, Coordenação da Atenção Básica.

1.2 Capacitar os profissionais do município em sistemas de informação de saúde permitindo o uso integral das ferramentas disponíveis para análise, acompanhamento e avaliação das DCNTs e seus fatores protetores e preditores.

META: 100% dos profissionais responsáveis pelos sistemas de informação do município capacitados para o uso integral das ferramentas disponíveis para análise, acompanhamento e avaliação das DCNTs e seus fatores protetores e preditores.

INDICADOR: % dos profissionais responsáveis pelos sistemas de informação do município capacitados para o uso integral das ferramentas disponíveis para análise, acompanhamento e avaliação das DCNTs e seus fatores protetores e preditores.

RESULTADO ESPERADO: profissionais responsáveis pelos sistemas de informação do município capacitados para o uso integral das ferramentas disponíveis para análise, acompanhamento e avaliação das DCNTs e seus fatores protetores e preditores com posterior divulgação das informações de forma contínua, pelos municípios.

RESPONSÁVEIS: Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação das Vigilâncias Epidemiológica e Ambiental, Coordenação da Atenção Básica e Departamento de Informática do SUS do Ministério da Saúde (Datusus-MS)

Objetivo Geral

Promover o incremento e a prática das políticas públicas essenciais, integradas, sustentáveis para a prevenção, promoção e o controle das DCNTs e seus Fatores de Risco e o fortalecimento dos consórcios intra e intersetoriais, objetivando a promoção de estilos de vida saudáveis.

Objetivo Específico 1: Promover e consolidar consórcios intra e intersetoriais, no estado e nos municípios, para o enfrentamento dos determinantes socioambientais das DCNTs e de promoção de condutas saudáveis.

Ações:

Promover a prática da alimentação saudável na primeira infância.

META: 60% de prevalência de aleitamento materno exclusivo e complementado adequadamente na primeira infância.

INDICADOR: prevalência de aleitamento materno exclusivo e complementado adequadamente na primeira infância.

RESULTADO ESPERADO: aumento na prevalência de aleitamento materno exclusivo e complementado adequadamente na primeira infância.

RESPONSÁVEIS: Coordenação de Atenção Básica e NASF

1.2 Potencializar, as ações de promoção da saúde, voltadas para a alimentação saudável, as culturas alimentares locais, práticas corporais, esportivas e atividade física, prevenção do consumo de drogas, tabaco e álcool, no Programa Saúde na Escola (PSE), junto a ESF.

META: 100% das equipes de saúde da família com PSE apoiados anualmente para as ações de promoção da saúde, voltadas para a alimentação saudável, as culturas alimentares locais, práticas corporais, esportivas e atividade física, prevenção do consumo de drogas, tabaco e álcool

INDICADOR: % das equipes de saúde da família com PSE apoiados anualmente para as ações de promoção da saúde, voltadas para a alimentação saudável, as culturas alimentares locais, práticas corporais, esportivas e atividade física, prevenção do consumo de drogas, tabaco e álcool.

RESULTADO ESPERADO: equipes de saúde da família com PSE apoiados anualmente para as ações de promoção da saúde, voltadas para a alimentação saudável, as culturas alimentares locais, práticas corporais, esportivas e atividade física, prevenção do consumo de drogas, tabaco e álcool.

RESPONSÁVEIS: Coordenação de Atenção Básica, Secretaria Educação, CRAS, CREAS e NASF

1.3 Estimular a oferta, em especial a partir merenda escolar, da agricultura familiar, e o aumento do consumo de alimentos saudáveis, como frutas e hortaliças para a população em geral monitorando os resultados do das visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde, fiscais das vigilâncias sanitárias e ambiental sobre o consumo de Frutas Legumes e Verduras (FLV) no município de Parnaíba.

METAS: aumentar em 1% o consumo de FLV regular e em 0,5% o consumo de FLV recomendado anualmente.

INDICADORES: % do consumo de FLV regular em crianças e adultos ≥ 18 anos e % do consumo de FLV recomendado para estas faixas etárias.

RESULTADO ESPERADO: aumento no consumo de alimentos saudáveis pela população.

RESPONSÁVEIS: Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Educação, Secretaria de Meio Ambiente, coordenação de Atenção Básica, Coordenação da vigilância em saúde.

1.4 Promover o cumprimento da Lei 11.947/2009 pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), através da articulação promovida pelo Programa Saúde na Escola (PSE), Secretaria de Educação e demais espaços de integração Intersetorial, fomentando e fortalecendo culturas alimentares locais.

META: 100 % dos eventos do PSE relacionados à alimentação saudável promovendo o cumprimento da Lei 11.947/2009

INDICADOR: % de eventos do PSE relacionados à alimentação saudável promovendo o cumprimento da Lei 11.947/2009

RESULTADO ESPERADO: Lei 11.947/2009 cumprida pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) em articulação com o PSE e demais espaços de integração Intersetorial, fomentando e fortalecendo culturas alimentares locais.

RESPONSÁVEIS: Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Educação, Coordenação de Atenção Básica, Coordenação da vigilância em saúde, coordenação do SISVAN.

1.5 Apoiar a Secretaria Municipal de Assistência Social e a Secretaria Municipal de Educação para a promoção de ações intra e intersetoriais voltadas à educação alimentar e nutricional para a população em geral e às famílias beneficiárias dos programas socioassistenciais.

META: 100% das famílias beneficiárias dos programas socioassistenciais do município apoiadas para a promoção de ações intra e intersetoriais voltadas à educação alimentar e nutricional

INDICADOR: famílias beneficiárias dos programas socioassistenciais do município apoiadas para promoção de ações intra e intersetoriais voltadas à educação alimentar e nutricional

RESULTADO ESPERADO: município promovendo as ações intra e intersetoriais voltadas à educação alimentar e nutricional para a população em geral e para as famílias beneficiárias dos programas socioassistenciais

RESPONSÁVEIS: Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Assistência Social, Secretaria Municipal de Educação, Coordenação de Atenção Básica, Coordenação da vigilância em saúde, coordenação da vigilância alimentar e nutricional.

1.6 Apoiar a ESF para na implementação e desenvolvimento do Programa de Controle do Tabagismo monitorando os resultados sobre a prevalência de tabagismo em adultos ≥ 18 anos no município de Parnaíba.

META: redução anual de 1% de fumantes.

INDICADOR: % de tabagismo em adultos ≥ 18 anos.

RESULTADO ESPERADO: Programa de Controle do Tabagismo atuante no município contribuindo para a redução dos fumantes.

RESPONSÁVEIS: Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Assistência Social, Secretaria Municipal de Educação, Coordenação de Atenção Básica, Coordenação da vigilância em saúde.

1.7 Capacitar os profissionais do município que compõe a rede da Política Nacional de Atenção Básica para o planejamento e implementação dos Projetos em Saúde sob a ótica da Promoção da Saúde.

META: 100% dos profissionais capacitados para o planejamento e implementação dos Projetos em Saúde sob a ótica da Promoção da Saúde.

INDICADOR: % dos profissionais capacitados para o planejamento e implementação dos Projetos de Promoção da Saúde.

RESULTADO ESPERADO: profissionais municipais capacitados para o planejamento e implementação dos Projetos em Saúde sob a ótica da Promoção da Saúde ampliando suas ações específicas reduzindo as DCNTs e seus fatores de risco e maximizando as ações de promoção na população.

RESPONSÁVEIS: Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Atenção Básica, Coordenação da vigilância em saúde.

Objetivo Específico 2: Desenvolver e pactuar ações para prevenção e controle da obesidade, em observância ao Plano Nacional de Prevenção e Controle da Obesidade.

Ações:

2.1 Realizar oficinas de capacitação para manejo do Plano Nacional de Prevenção e Controle de Obesidade para no município com a finalidade de desenvolver e pactuar ações para prevenção e controle da obesidade com a ESF.

META: oficinas de capacitação para manejo do Plano Nacional de Prevenção e Controle de Obesidade com 100% da ESF.

INDICADOR: % de profissionais da saúde participantes oficinas de capacitação para manejo do Plano Nacional de Prevenção e Controle de Obesidade.

RESULTADO ESPERADO: equipes de saúde da família sensibilizadas quanto ao Plano Nacional de Prevenção e Controle de Obesidade e com a perspectiva de desenvolvimento das ações de prevenção e controle da obesidade.

RESPONSÁVEIS: Coordenação de Atenção Básica

2.2 Implementar e qualificar a vigilância alimentar e nutricional no contexto da Atenção Básica de Saúde por meio da utilização do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) web, em todas as fases do ciclo de vida, a fim de monitorar a prevalência de sobrepeso, obesidade e fatores associados ao consumo de alimentos não saudáveis.

META: 100% dos profissionais da ESF qualificados para a vigilância alimentar e nutricional utilizando o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) web.

INDICADOR: % de profissionais utilizando o SISVAN web em todas as fases do ciclo de vida
RESULTADO ESPERADO: utilização do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) web, em todas as fases do ciclo de vida, pelos profissionais da ESF.

RESPONSÁVEIS: Coordenação de Atenção Básica e Secretaria Municipal de Saúde

2.3 Estimular iniciativas no município para a promoção de modos de vida saudáveis nos territórios, considerando espaços urbanos (como escola, ambiente de trabalho, equipamentos públicos de alimentação e nutrição, atividade física e redes de saúde e socioassistencial) e/ou espaços rurais.

META: 100% da ESF com iniciativas intersetoriais criadas para a promoção de modos de vida saudáveis nos territórios.

INDICADOR: % da ESF com iniciativas intersetoriais para a promoção de modos de vida saudáveis nos territórios

RESULTADO ESPERADO: iniciativas intersetoriais municipais voltadas a modos de vida saudáveis, nos territórios se desenvolvendo.

RESPONSÁVEIS: Coordenação de Atenção Básica e Secretaria Municipal de Saúde e NASF.

2.4 Identificar os fatores de risco modificáveis de DCNTs relacionados ao consumo de alimentos in natura e industrializados, bem como outros de interesse à saúde e sujeitos à ação de Vigilância Sanitária (VISA).

META: 100% dos fatores de risco modificáveis de DCNTs relacionados ao consumo de alimentos in natura e industrializados, bem como outros de interesse à saúde sujeitos à ação de VISA, identificados.

INDICADOR: % de substâncias identificadas relacionadas à geração de fatores de risco modificáveis de DCNTs

RESULTADO ESPERADO: identificação dos fatores de risco modificáveis de DCNTs relacionados ao consumo de alimentos in natura e industrializados, bem como outros de interesse à saúde e sujeitos à ação de VISA trazendo benefícios para a população.

RESPONSÁVEIS: Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Atenção Básica e Coordenação da Vigilância em Saúde

Objetivo Específico 3: Promover as Academias de Saúde como espaço de promoção de comportamentos saudáveis para os vários ciclos da vida.

Ações:

3.1 Monitorar e avaliar a implantação das Academias de Saúde nos municípios e divulgar resultados por meio de relatórios anuais

META: realizar e divulgar 1 (um) relatório anual sobre a implantação das Academias de Saúde nos municípios.

INDICADOR: % de relatórios anuais sobre a implantação das Academias de Saúde nos municípios divulgados

RESULTADO ESPERADO: relatórios sobre a implantação das Academias de Saúde nos municípios.
RESPONSÁVEIS: NASF, Coordenação de Vigilância Sanitária e Secretaria de Saúde.

Objetivo Específico 4: Fortalecer ações municipais de promoção à saúde e prevenção do uso prejudicial do álcool.

Ações:

4.1 Fomentar o apoio técnico às iniciativas da ESF de redução de danos provocados pelo consumo abusivo de álcool.

META: 100% da ESF com projetos de redução de danos pelo consumo abusivo de álcool, elaborados.

INDICADOR: % ESF com projetos de redução de danos pelo consumo abusivo de álcool, elaborados

RESULTADO ESPERADO: profissionais capacitados para desenvolver ações de redução dos agravos pelo uso abusivo de álcool

RESPONSÁVEIS: Secretarias Municipais de Saúde, Coordenação de Atenção Básica.

4.2 Promover fóruns no município para estimular a articulação entre a rede de cuidado da Assistência Social (Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), CAPS AD e ESF.

META: 100% dos profissionais integrados na rede de saúde mental do município e da rede de cuidado da Assistência Social e ESF participando dos fóruns municipais para estimular a articulação entre a rede de cuidado da Assistência Social (Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e CAPS AD e ESF.

INDICADOR: % de participação dos profissionais integrados na rede de saúde mental do município e da rede de cuidado da Assistência Social e ESF participando dos fóruns municipais para estimular a articulação entre a rede de cuidados da Assistência Social e equipes de apoio.

RESULTADO ESPERADO: integração das redes de cuidados da Assistência Social e equipes de apoio para o cuidado aos usuários dependentes de álcool.

RESPONSÁVEIS: Secretaria Municipal de Saúde e Coordenação de Atenção Básica.

EIXO III: CUIDADO INTEGRAL

Objetivo Geral

Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis para a prevenção e o controle das DCNTs, seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção integral aos portadores de doenças crônicas e fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde, visando ao cuidado de forma longitudinal e integrado.

Objetivo Específico 1: Fortalecer e qualificar a gestão da rede de serviços visando o aprimoramento dos fluxos de atenção à saúde dos portadores de DCNTs.

Ações:

1.1 Implantar as ações da Política Nacional de Atenção Domiciliar (PAD) para atendimento aos portadores de condições crônicas, cuidados paliativos e outros.

META: 100% da ESF com implantação das ações da Política Nacional de Atenção Domiciliar (PAD) para atendimento aos portadores de condições crônicas, cuidados paliativos e outros.

INDICADOR: % de ESF com implantação das ações da PAD

RESULTADO ESPERADO: monitoramento da implantação das ações da Política Nacional de Atenção Domiciliar (PAD) visando o atendimento aos portadores de condições crônicas, cuidados paliativos e outros

RESPONSÁVEIS: Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Atenção Básica.

1.2 Realizar ações educativas para a população sobre o consumo de sódio, açúcar e gorduras.

META: 100% ESF realizando ações educativas, sobre o consumo de sódio, açúcar e gorduras, para a população.

INDICADOR: % equipe de saúde da família com ações educativas para a população realizadas.

RESULTADO ESPERADO: população alertada sobre os riscos do consumo inadequado de sódio, açúcar e gorduras por meio de ações educativas realizadas pela ESF.

RESPONSÁVEIS: Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Atenção Básica, NASF.

1.3 Qualificar profissionais de saúde do município para melhoria do acesso aos medicamentos para o cuidado das DCNTs

META: realizar 1 (um) evento anual para qualificação de profissionais de saúde para a melhoria do acesso aos medicamentos para o cuidado das DCNTs

INDICADOR: % de evento de qualificação realizado.

RESULTADO ESPERADO: ampliação do número de profissionais qualificados melhorando o acesso aos medicamentos para o cuidado das DCNTs, com o apoio da coordenação de Assistência Farmacêutica.

RESPONSÁVEIS: Secretaria Municipal de Saúde e Coordenação da Assistência Farmacêutica

Objetivo Específico 2: Fortalecer a rede de Saúde da Mulher com ações de prevenção, e diagnóstico do câncer de colo de útero e mama

Ações:

2.1 Aperfeiçoar o rastreamento do câncer do colo do útero e evoluir o modelo Situacionista e campanhista para o modelo organizado de rede, com garantia de confirmação diagnóstica de lesões precursoras e referência dos casos de câncer para o nível terciário.

META: razão de 0,6 em coletas de exames cérvico-vaginais, entre mulheres de 25 a 64 anos de idade para o rastreamento do câncer do colo do útero.

INDICADOR: razão entre exames citopatológico cérvico vaginal em mulheres de 25 a 64 anos de idade

RESULTADO ESPERADO: reduzir a morbimortalidade por câncer de colo de útero na população alvo.

RESPONSÁVEIS: Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Atenção Básica e Coordenação da Saúde da Mulher.

2.2 Fortalecer o diagnóstico precoce do câncer de mama, com garantia de acesso das mulheres com lesões palpáveis ao imediato esclarecimento diagnóstico e tratamento.

META: Melhorar o acesso da mulher para a realização de mamografia diagnóstica em 20% das mulheres entre 40 a 69 anos e 8,9 % nas mulheres com risco elevado pactuando um maior número de exames para o município.

INDICADOR: número de mamografias diagnósticas pelo número de mulheres da população alvo.

RESULTADO ESPERADO: realizar diagnóstico precoce em mulheres com lesões palpáveis.

RESPONSÁVEIS: Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Regulação, Coordenação de Atenção Básica e Coordenação da Saúde da Mulher.

2.3 Capacitar profissionais do nível primário e secundário para o rastreamento do câncer do colo do útero e o tratamento das lesões precursoras.

META: duas capacitações anuais, com profissionais da rede de saúde do nível primário e secundário, em rastreamento do colo do útero e o tratamento das lesões precursoras.

INDICADOR: % de capacitações realizadas no ano.

RESULTADO ESPERADO: ampliação do número de profissionais qualificados e consequente aumento do rastreamento do câncer de colo.

RESPONSÁVEIS: Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Atenção Básica e Coordenação da Saúde da Mulher.

2.4 Capacitar profissionais da atenção primária e secundária para a detecção precoce do câncer de mama.

META: duas capacitações anuais, com profissionais da rede de saúde do nível primário e secundário.

INDICADOR: % de capacitações realizadas no ano.

RESULTADO ESPERADO: ampliação do número de profissionais qualificados e consequente aumento da detecção precoce do câncer de mama.

RESPONSÁVEIS: Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Atenção Básica e Coordenação da Saúde da Mulher.

| Eixos I, II e III: PAINEL DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| OBJETIVO GERAL: Assegurar a implantação do Plano Municipal de Enfrentamento das DCNTs para o período de 2019 a 2028, seguindo ininterruptamente as operações a serem executadas nos três eixos planejados, por meio das metas e indicadores sugeridos no Plano. | | | | | |
| OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Concretizar o monitoramento e avaliação do Plano Estratégico Municipal de Enfrentamento das DCNTs, reordenando-o no momento certo, e se necessário, através de um mural de vigilância com as metas prioritárias e indicadores propostos. | | | | | |
| AÇÕES | 2019 2020 | 2021 2022 | 2023 2024 | 2025 2026 | 2027 2028 |
| 1.1 Criar mural de vigilância com as metas prioritárias e indicadores de acompanhamento do Plano Municipal de Enfrentamento das DCNTs. | X | | | | |
| 1.2 Monitorar e avaliar as metas prioritárias e indicadores de acompanhamento do Plano Municipal de Enfrentamento das DCNTs de forma a reordená-lo, no momento certo, e se necessário. | X | X | X | X | X |
| 1.3 Pactuar indicadores de monitoramento das ações do Plano Estratégico de Enfrentamento das DCNTs, com a Estratégia Saúde da Família. | X | | | | |

| Eixos I, II e III: PREVENÇÃO, CONTROLE E PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS QUATRO PRINCIPAIS DCNTs | | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| OBJETIVO GERAL: Intensificar a cuidado e o monitoramento das DCNTs, seus fatores de risco e dos serviços de saúde voltados para a atenção integral aos portadores das principais doenças crônicas como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, câncer e demais DCNTs | | | | | |
| OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Realizar as ações previstas no Plano Estratégico de Enfrentamento das DCNTs do Estado do Rio de Janeiro, de modo, a reduzir o crescimento da epidemia dessas enfermidades e seus fatores de risco com adoção de medidas de promoção da saúde, prevenção e controle das DCNTs. | | | | | |
| AÇÕES | 2019 2020 | 2021 2022 | 2023 2024 | 2025 2026 | 2027 2028 |
| 1.1 Realizar as ações previstas no Plano Municipal Estratégico de Enfrentamento das DCNTs, com a finalidade de minimizar o incremento da epidemia dessas moléstias e seus fatores de risco com implementação de medidas de promoção da saúde, prevenção e controle das DCNTs | X | X | X | X | X |

| Eixo I: VIGILÂNCIA, INFORMAÇÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO | | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| OBJETIVO GERAL: Controlar e avaliar o perfil epidemiológico da população do Município de Parnaíba, através do fortalecimento da vigilância em saúde e da Coordenação da Atenção Básica em relação as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) e seus fatores de proteção e de risco modificáveis e comuns à maioria das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (tabagismo, alimentação não saudável, inatividade física e consumo nocivo de álcool). | | | | | |
| OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Manter atualizado os sistemas nacionais de informação (SIM, SIA, e-SUS, SISVAN, SISNAN e demais sistemas disponíveis) para análise e reprodução dos dados obitidos no âmbito municipal | | | | | |
| AÇÕES | 2019 2020 | 2021 2022 | 2023 2024 | 2025 2026 | 2027 2028 |
| 1.1 Acompanhar as DCNTs através dos indicadores definidos e pactuados com a Estratégia Saúde da Família (ESF), alicerçados nos subsídios dos sistemas nacionais de informação existentes. | X | | | | |
| 1.2 Capacitar os profissionais do município em sistemas de informação de saúde permitindo o uso integral das ferramentas disponíveis para análise, acompanhamento e avaliação das DCNTs e seus fatores protetores e preditores. | X | X | X | X | X |

| Eixo II: PROMOÇÃO DA SAÚDE | | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| OBJETIVO GERAL: Promover o incremento e a prática das políticas públicas essenciais, integradas, sustentáveis para a prevenção, promoção e o controle das DCNTs e seus Fatores de Risco e o fortalecimento dos consórcios intra e intersetoriais, objetivando a promoção de estilos de vida saudáveis. | | | | | |
| OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Promover e consolidar consórcios intra e intersetoriais, no estado e nos municípios, para o enfrentamento dos determinantes socioambientais das DCNTs e de promoção de condutas saudáveis. | | | | | |
| AÇÕES | 2019 2020 | 2021 2022 | 2023 2024 | 2025 2026 | 2027 2028 |
| 1.1 Promover a prática da alimentação saudável na primeira infância. | X | X | X | X | X |

| | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1.2 Potencializar, as ações de promoção da saúde, voltadas para a alimentação saudável, as culturas alimentares locais, práticas corporais, esportivas e atividade física, prevenção do consumo de drogas, tabaco e álcool, no Programa Saúde na Escola (PSE), junto a ESF. | X | X | X | X | X |
| 1.3 Estimular a oferta, em especial a partir merenda escolar, da agricultura familiar, e o aumento do consumo de alimentos saudáveis, como frutas e hortaliças para a população em geral monitorando os resultados do das visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde, fiscais das vigilâncias sanitária e ambiental sobre o consumo de Frutas Legumes e Verduras (FLV) no município de Parnaíba. | X | X | X | X | X |
| 1.4 Promover o cumprimento da Lei 11.947/2009 pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), através da articulação promovida pelo Programa Saúde na Escola (PSE), Secretaria de Educação e demais espaços de integração Intersetorial, fomentando e fortalecendo culturas alimentares locais. | X | X | X | X | X |
| 1.5 Apoiar a Secretaria Municipal de Assistência Social e a Secretaria Municipal de Educação para a promoção de ações intra e intersetoriais voltadas à educação alimentar e nutricional para a população em geral e às famílias beneficiárias dos programas socioassistenciais. | X | X | X | X | X |
| 1.6 Apoiar a ESF para na implementação e desenvolvimento do Programa de Controle do Tabagismo monitorando os resultados sobre a prevalência de tabagismo em adultos ≥ 18 anos no município de Parnaíba. | | | | | |
| 1.7 Capacitar os profissionais do município que compõe a rede da Política Nacional de Atenção Básica para o planejamento e implementação dos Projetos em Saúde sob a ótica da Promoção da Saúde. | X | X | X | X | X |
| OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Desenvolver e pactuar ações para prevenção e controle da obesidade, em observância ao Plano Nacional de Prevenção e Controle da Obesidade. | | | | | |
| AÇÕES | 2019 2020 | 2021 2022 | 2023 2024 | 2025 2026 | 2027 2028 |
| Realizar oficinas de capacitação para manejo do Plano Nacional de Prevenção e Controle de Obesidade para no município com a finalidade de desenvolver e pactuar ações para prevenção e controle da obesidade com a ESF. | X | X | X | X | X |
| 2.2 Implementar e qualificar a vigilância alimentar e nutricional no contexto da Atenção Básica de Saúde por meio da utilização do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) web, em todas as fases do ciclo de vida, a fim de monitorar a prevalência de sobrepeso, obesidade e fatores associados ao consumo de alimentos não saudáveis. | X | X | X | X | X |
| 2.3 Estimular iniciativas no município para a promoção de modos de vida saudáveis nos territórios, considerando espaços urbanos (como escola, ambiente de trabalho, equipamentos públicos de alimentação e nutrição, atividade física e redes de saúde e socioassistencial) e/ou espaços rurais. | X | X | X | X | X |
| 2.4 Identificar os fatores de risco modificáveis de DCNTs relacionados ao consumo de alimentos in natura e industrializados, bem como outros de interesse à saúde e sujeitos à ação de Vigilância Sanitária (VISA). | X | X | X | X | X |
| OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Desenvolver e pactuar ações para prevenção e controle da obesidade, em observância ao Plano Nacional de Prevenção e Controle da Obesidade. | | | | | |

| AÇÕES | 2019 2020 | 2021 2022 | 2023 2024 | 2025 2026 | 2027 2028 |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 3.1 Realizar oficinas de capacitação para manejo do Plano Nacional de Prevenção e Controle de Obesidade para no município com a finalidade de desenvolver e pactuar ações para prevenção e controle da obesidade com a ESF. | X | X | X | X | X |
| 3.2 Implementar e qualificar a vigilância alimentar e nutricional no contexto da Atenção Básica de Saúde por meio da utilização do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) web, em todas as fases do ciclo de vida, a fim de monitorar a prevalência de sobrepeso, obesidade e fatores associados ao consumo de alimentos não saudáveis. | X | X | X | X | X |
| 3.3 Estimular iniciativas no município para a promoção de modos de vida saudáveis nos territórios, considerando espaços urbanos (como escola, ambiente de trabalho, equipamentos públicos de alimentação e nutrição, atividade física e redes de saúde e socioassistencial) e/ou espaços rurais. | X | X | X | X | X |
| 3.4 Identificar os fatores de risco modificáveis de DCNTs relacionados ao consumo de alimentos in natura e industrializados, bem como outros de interesse à saúde e sujeitos à ação de Vigilância Sanitária (VISA). | X | X | X | X | X |
| OBJETIVO ESPECÍFICO 4: Promover as Academias de Saúde como espaço de promoção de comportamentos saudáveis para os vários ciclos da vida. | | | | | |
| AÇÕES | 2019 2020 | 2021 2022 | 2023 2024 | 2025 2026 | 2027 2028 |
| 4.1 Monitorar e avaliar a implantação das Academias de Saúde nos municípios e divulgar resultados por meio de relatórios anuais. | X | X | X | X | X |
| OBJETIVO ESPECÍFICO 5: Fortalecer ações municipais de promoção à saúde e prevenção do uso prejudicial do álcool. | | | | | |
| AÇÕES | 2019 2020 | 2021 2022 | 2023 2024 | 2025 2026 | 2027 2028 |
| 5.1 Fomentar o apoio técnico às iniciativas da ESF de redução de danos provocados pelo consumo abusivo de álcool. | X | X | X | X | X |
| 5.2 Promover fóruns no município para estimular a articulação entre a rede de cuidado da Assistência Social (Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), CAPS AD e ESF. | X | X | X | X | X |
| Eixo III: CUIDADO INTEGRAL | | | | | |
| Objetivo Geral: Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis para a prevenção e o controle das DCNTs, seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção integral aos portadores de doenças crônicas e fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde, visando ao cuidado de forma longitudinal e integrado. | | | | | |
| OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Fortalecer e qualificar a gestão da rede de serviços visando o aprimoramento dos fluxos de atenção à saúde dos portadores de DCNTs. | | | | | |
| AÇÕES | 2019 2020 | 2021 2022 | 2023 2024 | 2025 2026 | 2027 2028 |
| 1.1 Implantar as ações da Política Nacional de Atenção Domiciliar (PAD) para atendimento aos portadores de condições crônicas, cuidados paliativos e outros. | X | X | X | X | X |

| | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 1.2 Realizar ações educativas para a população sobre o consumo de sódio, açúcar e gorduras | X | X | X | X | X |
| Qualificar profissionais de saúde do município para melhoria do acesso aos medicamentos para o cuidado das DCNTs | | | | | |
| OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Fortalecer a rede de Saúde da Mulher com ações de prevenção, e diagnóstico do câncer de colo de útero e mama. | | | | | |
| AÇÕES | 2019 2020 | 2021 2022 | 2023 2024 | 2025 2026 | 2027 2028 |
| 2.1 Aperfeiçoar o rastreamento do câncer do colo do útero e evoluir o modelo Situacionista e campanhista para o modelo organizado de rede, com garantia de confirmação diagnóstica de lesões precursoras e referência dos casos de câncer para o nível terciário. | X | X | X | X | X |
| 2.2 Fortalecer o diagnóstico precoce do câncer de mama, com garantia de acesso das mulheres com lesões palpáveis ao imediato esclarecimento diagnóstico e tratamento. | X | X | X | X | X |
| 2.3 Capacitar profissionais do nível primário e secundário para o rastreamento do câncer do colo do útero e o tratamento das lesões precursoras. | X | X | X | X | X |
| 2.4 Capacitar profissionais da atenção primária e secundária para a detecção precoce do câncer de mama | X | X | X | X | X |

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que a prevalência dos fatores de risco para DCNTs, de acordo com as variáveis definidas para o estudo, está presente no cotidiano dos participantes da pesquisa, pois adotam estilo de vida e alimentação, independente da idade e/ou grau de instrução, de condições preditoras que levam ao desenvolvimento das doenças cardiovasculares, cardiometabólicas e câncer. Dentre elas, a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus que foram autorreferidos, que após cruzamento de dados, foi observado que se encontra presente nos comportamentos adquiridos pelos indivíduos.

Quanto a ocorrência de múltiplos fatores de risco para DCNTs, detectou-se a presença de sobrepeso e obesidade associados a baixa adesão a atividade física e consumo de lanches no jantar, corroborando para o aparecimento de Hipertensão arterial e Diabetes, além do consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo também associados ao diagnóstico de hipertensão arterial.

Em relação aos fatores de risco mais frequentes de DCNT na população, foi observado que $\frac{1}{4}$ do tempo de uma parte dos sujeitos da pesquisa é destinado aos jogos digitais e mídia social, e o relato de inatividade física em ambos os sexos e em adultos maiores de dezoito anos, geram como consequência o sedentarismo, bem como o baixo consumo de alimentos protetores do organismo, como frutas, legumes e verduras, além do consumo alto de bebidas alcoólicas em adultos jovens.

Diante do contexto, foi realizada uma proposta de plano para enfrentamento das DCNT para o município de Parnaíba, atendendo as prioridades relacionadas aos fatores preditores para DCNT, de acordo com o Plano Nacional de Enfrentamento para estas doenças.

BIBLIOGRAFIA

Ada, A. D. (january de 2019). *Diabetes care: The journal of clinical and applied research and education*, 42 (suplemento 1).

Aires, L. (2015). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional* (1ª atualizada ed.). [livro eletrônico] : Lisboa. Disponivem em <http://hdl.handle.net/10400.2/2028>. Acesso 26/09/2019.

Alvarenga, E. M. (2010). *Metodologia da investigação quantitativa e qualitativa: normas técnicas de apresentação de trabalhos científicos* (2 ed.). (V. e. Amarilhas, Ed.) Assunção, Paraguai: faz.

Araújo, J. A. (2017). *PRESSÃO ARTERIAL E DIABETES: doenças em evolução* (1 ed.). Curitiba, Paraná, Brasil: CRV.

Audi, C. F., Santiago, S., Andrade, M. G., & Francisco, P. S. (2016). Fatores de risco para doenças cardiovasculares em servidores de instituição prisional: estudo transversal. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 25(2), 301-310.

Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2010). *Epidemiologia Básica* (2 ed.). Santos, SP: Santos.

Brasil. (2011). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. In: B. M. Saúde. Brasília - DF: Ministério da Saúde.

Brasil. (2014). *CONASS Debate – A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde*. Brasília: CONASS.

Brasil. (2018a). *Vigitel Brasil 2017: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. In: BRASIL, *Vigitel Brasil 2017: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* (p. 130). Brasília - DF: Ministério da Saúde.

Brasil. (2018b). *PORTARIA CONJUNTA Nº 03, DE 15 de JANEIRO de 2018*. Ministério da Saúde.

Brasil. (2019). *Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde ISBN 978-85-334-2705-1.

Brunori, E. H., Lopes, C. T., Cavalcante, A. M., Santos, V. B., Lopes, J. d., & Barros, A. L. (2014). Associação de fatores de risco cardiovasculares com as diferentes apresentações da síndrome coronariana aguda. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 538-546.

Brutti, B., Flores, J., Hermes, J., Martelli, G., Porto, D., & Anversa, E. (jul/ago de 2019). Diabete Mellitus: definição, diagnóstico, tratamento e mortalidade no Brasil, Rio Grande do Sul e Santa Maria, no período de 2010 a 2014. *Brazilian Journal of health Review*, 2(4), 3174-3182.

Calegari, D., Goldmeier, S., Moraes, M., & Souza, E. (2014). Nursing diagnosis in hypertensive patients followed in multidisciplinary ambulatory. *Revista de Enfermagem UFSM*, 610-18.

Canales, F., Pineda, E., & Alvarado, E. (1994). *Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud* (2ª ed.). Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.

- Chang, V. Y., HANDA, K., FERNANDES, M., YACOB, C., PASTANA, A., CARAMELLI, B., et al. (2012). Improving cardiovascular prevention through patient awareness. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58(5), 550-560.
- CNM, C. N. (2019). *NOTA DE ESCLARECIMENTO- SOBRE VÍDEOS DIVULGANDO INFORMAÇÕES FALSAS SOBRE A MAMOGRAFIA*. Acesso em 5 de 10 de 2019, disponível em Associação Médica Brasileira: <https://amb.org.br/wp-content/uploads/2019/04/NOTA-DE-ESCLARECIMENTO-DA-COMISSA%CC%83O-NACIONAL-DE-MAMOGRAFIA-CBR-SBM-e-FEBRASGO-3.pdf>
- Dalfovo, M., LANA, R., & SILVEIRA, A. (II sem de 2008). Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica*, 2(4), 01-13.
- Derchain, S. F., Costa, L. B., Jales, R. M., & Resende, L. S. (2019). Câncer do colo uterino. In: C. Fernandes, & M. S. Sá, *Tratado de Ginecologia Febrasgo* (p. 998). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Flor, L. S., & Campos, M. R. (2017). Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*(jan-mar), 16-29.
- Flores, L. P. (2015). O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA. *Redeca*, 2(1), 86-100.
- Fonseca, J. J. (2002). *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza: UEC.
- Fontelles, M., Simões, M., Farias, S., & Fontelles, R. (2009). METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA: DIRETRIZES PARA A ELABORAÇÃO DE UM. *Ciências & Saúde*, 1-8.
- Franco, S. P., & Nogueira, A. L. (2016). Entre livros, lentes e miasmas: as teses médicas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e a epidemia de cólera (1855-1856). *Revista Brasileira de História da Ciência*, 9(1), 67-84.
- Frenk, J., Frejka, T., Bobadilla, J. L., Stern, C., Lozano, R., Sepúlveda, J., et al. (1991). La transición epidemiológica en América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, 111(6), 485-496.
- Galleguillos, T. G. (2014). *Epidemiologia : indicadores de saúde e análise de dados* (1 ed.). São Paulo, SP: Erica.
- Gaziano, T. A., & Gaziano, J. M. (2014). Epidemiologia das doenças cardiovasculares. In: J. L. (ORG.), *Medicina cardiovascular de Harrison* (2ª ed., p. 500). Porto Alegre, RS: AMGH.
- Guedes, N., Lopes, M., Moreira, R., Cavalcante, T., & Araújo, T. (2014). Prevalence of sedentary lifestyle in individuals with high blood pressure. *Int J Nurs Terminol Classif*, 21(2), 50-56.
- IBGE. (2017). *Práticas de esporte e atividade física 2015*. Rio de Janeiro: IBGE.
- IBGE. (2018). Acesso em 20 de 06 de 2019, disponível em IBGE- instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>
- INCA, Instituto Nacional do Câncer -. (2017). *Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro (RJ): Biblioteca Virtual em Saúde Prevenção e Controle de Câncer (<http://www.inca.gov.br>).

INCA, Instituto Nacional do Câncer. (2018a). *Instituto Nacional do Câncer*. Acesso em 30 de 09 de 2019, disponível em <https://www.inca.gov.br/tabagismo>.

INCA. (2016). *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero* (rev.atual 2 ed.). Rio de Janeiro: INCA.

INCA. (2018b). *Viva Mulher 20 anos: história e memória do controle do câncer do colo do útero e de mama no Brasil: catálogo de documentos I*. Rio de Janeiro: INCA.

INCA. (2019a). *Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.

INCA. (2019b). *A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.

Inzucchi, S. E. (2007). *Diabete melito : manual de cuidados essenciais* (6ª ed.). (t. C. Inthy, Trad.) Porto Alegre, RS: Artmed.

Jemal, A., Vineis, P., Bray, F., Torre, L., & Forman, D. (2014). *The Cancer Atlas* (Second Ed ed.). Atlanta, GA: American Cancer Society.

Knechtel, M. d. (2014). *Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada* (1 ed.). Curitiba: Intersaberes.

Krishnamurti, J. (2000). *Krihsnamurti, o libertador de mentes* (1 ed.). São Paulo: Martin Claret.

Malachias, M. V. (2016). 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 107(3), 1-104.

Malachias, M. V. (setembro de 2016). 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia*, 107(3 (suplemento 3)), 103.

Malta, D. C., Bernal, R. T., Lima, M. G., Araújo, S. C., Silva, M. A., Freitas, M., et al. (2017b). Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 51(supl 1).

Malta, D. C., Silva, M. A., Moura, L., & Morais Neto, O. L. (2017a). A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20(4), 661-675.

Martins, D., Norris, K., Podymow, T., & August, P. (2012). Hipertensão. In: E. V. LERMA, J. S. BERN, & A. R. NISSENSON, *CURRENT nefrologia e hipertensão [recurso eletrônico] : diagnóstico e tratamento* (p. 572). Porto alegre: AMGH.

Martins, L., Lopes, M., Guedes, N., Nunes, M., Diniz, C., & Carvalho, P. (2015). Sedentary lifestyle in individuals with. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(6), 697-704.

Mello, J. M., Borges, P. d., Muller, E., Grden, C. B., Pinheiro, F., & Borges, W. S. (2017). INTERNAÇÕES POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS DO SISTEMA CIRCULATÓRIO, SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. *Texto Contexto Enfermagem*, 26(1), 1-11.

Migowski, A., SILVA, G., DIAS, M., DIZ, M., SANT'ANA, D., & NADANOVISKY, P. (Jun de 2018). Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II – Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(6): e00074817).

Montilla, D. E. (2010). Noções básicas da epidemiologia. In: A. A. Borges, & A. C. Coimbra, *ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA* (p. 340). Rio de Janeiro: EAD/ESNP.

Nações Unidas Brasil. (2018). *Organização das Nações Unidas Brasil*. Acesso em 19 de 06 de 2019, disponível em Site das Nações Unidas Brasil: <https://nacoesunidas.org/oms-controle-de-doencas-chronicas-nao-transmissiveis-gera-retornos-financeiros-e-de-saude/>

Novaes, P. E. (julho de 2016). *TÓPICOS DE MITOLOGIA (I) MITOLOGIA, MEDICINA E SAÚDE*. Acesso em 16 de 06 de 2019, disponível em <http://periodicos.unimes.unimesvirtual.com.br/index.php?journal=higeia&page=index>

Oliveira, J. P., Montenegro Junior, R. M., & Vencio, S. (2017). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018*. São Paulo: Clannad.

Oliveira, S. M., & Caldeira, A. P. (2016). Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais. *Caderno de Saúde Coletiva*, 24(4), 420-427.

Omram, A. R. (- de - de 1971). *The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population*. Acesso em 16 de 06 de 2019, disponível em <http://ocw.uci.edu/>: <http://ocw.uci.edu/upload/files/v79n2a11.pdf>

OPAS Brasil. (2019). Acesso em 20 de 06 de 2019, disponível em PAHO: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5848:dez-ameacas-a-saude-que-a-oms-combaterá-em-2019&Itemid=875

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Ingesta de azúcares para adultos y niños: Directriz: Resumen*. Ginebra, Suíça: OMS: WHO/NMH/NHD/15.3.

Pedrosa, H. C. (2018). *Fiocruz*. Acesso em 15 de 07 de 2019, disponível em Portal Fiocruz: <https://portal.fiocruz.br/noticia/taxa-de-incidencia-de-diabetes-cresceu-618-nos-ultimos-10-anos>

Pereira, M. G. (2013). *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.

Petarli, G., Salaroli, L., Bissoli, N., & Zandonade, E. (2015). Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados: um estudo em trabalhadores bancários. *Cadernos de Saúde Pública [online]*, 31(4), 787-799.

Sampieri, R. H., Collado, C., & Lucio, M. (2007). *Metodología de la Investigación* (2ª ed.). Mexico: Mc Graw Hill.

Sampieri, R. H., Collado, C., & Lucio, M. (2013). *Metodologia de Pesquisa* (5 ed.). Porto Alegre: Mc Graw Hill.

SARRIS, A. B., Candido, F. L., PUCCI Filho, C. R., Staichak, R., Torrani, A., & SOBREIRO, B. (mar de 2018). *Câncer de Próstata: Uma Breve Revisão Atualizada. Visão Acadêmica*, 19(1), 137-151.

- Seabra, F. I. (2010). Ensino Básico: Repercussões da Organização Curricular por Competências na Estruturação das Aprendizagens Escolares e nas Políticas Curriculares de Avaliação. *Tese de Doutoramento em Educação*, 172. Braga, Minho, Portugal: UMinho.
- Silva, D., Segheto, W., Amaral, F., Reis, N., Veloso, G., Pessoa, M., et al. (2019). Consumo de bebidas açucaradas e fatores associados em adultos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 899-906. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018243.05432017>.
- Silva, E. d., Lins, G. A., & Castro, E. N. (2016). Historicidade e olhares sobre o processo. *SUSTINERE*, 4(2), 171-186.
- Souza, E. C. (2015). *Conceitos e ferramentas da epidemiologia* (ISBN: 978-85-415-0721-9 ed.). Recife, PE: Universitária da UFPE.
- Suskind, P. (2014). *O perfume*. Rio de Janeiro: Record.
- Trujillo, A. M. (2016). Epidemiologia: história, tipos e métodos. *Simbiótica*, 3(1), 180-206.
- Urban, L., Chala, L., Bauab, S., Schaefer, M., Santos, R., Maranhão, N., et al. (jul/ago de 2017). Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para o rastreamento do câncer de mama. *Revista Radiologia Brasileira*, 50(4), 244-249.
- Veiga, N., & Pereira, C. (2014). A Epidemiologia. De Hipócrates ao século XXI. *Millenium*, 47(jul-dez), 129-140.
- Vieira, J. L. (2011). *Código de Hamurabi: Código De Manu (Livros Oitavo e Nono): Lei das Xii Tabuas* (3 ed.). São Paulo: EDIPRO.
- WHO. (2018). *World Health Statistics 2018: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva: World Health Organization.
- World Heat Federation. (2018). *Driving sustainable action for circulatory health: White paper for circulatory health*. Genebra.

ANEXOS

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa de Pós Graduação *Stricto sensu* de doutoramento em Saúde Pública, intitulada: Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis: retrato do município de Parnaíba-PI, O questionário será aplicado por meio de um formulário eletrônico através de um link que será enviado por correio eletrônico e whatsapp. A pesquisa terá como objetivo principal: Analisar a prevalência dos fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis no município de Parnaíba-PI. O (a) senhor(a) ao aceitar participar da pesquisa deverá:

1. Eletronicamente aceitar participar da pesquisa, o que corresponderá à assinatura do TCLE, o qual poderá ser impresso se assim o desejar.

2. Responder ao questionário online. O questionário será online e, portanto respondido no momento e local de sua preferência.

3. O Sr. (a) tem o direito de ser mantido informado sobre os resultados parciais da pesquisa e caso seja solicitado, darei todas as informações que solicitar. Não será cobrado nada e não haverá gastos, decorrentes de sua participação e se houver algum dano decorrente da pesquisa, o participante será indenizado nos termos da Lei. Além disso, seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato. Eu me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados por meio de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível a sua identificação.

Não existe benefício ou vantagem direta em participar deste estudo. Os benefícios e vantagens em participar são indiretos, proporcionando retorno social através de melhorias na qualidade de vida e da publicação dos resultados da pesquisa em periódicos científicos.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como nulo, visto que não haverá coleta de material biológico

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Remotamente as pessoas que estarão acompanhando os procedimentos serão os pesquisadores: Prof^a Dra. Mabel Elvira López Alfonzo, Prof. Dr. Yuri Dias Macêdo Campelo e Prof^a Ma. Vanessa Cristina de Castro Aragão Oliveira, que são os responsáveis pela pesquisa.

Pesquisa será avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNITPAC, Av. Filadélfia, N°568, Setor Oeste - CEP 77.816-540 Fone/Fax: (48) 3321-8195, e-mail: cep@itpac.br.

Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não identificação do seu nome.

Responsáveis:

Profa. Dra. Mabel Elvira López Alfonzo

Prof. Dr. Yuri Dias Macêdo Campelo

Profª Ma. Vanessa Cristina de Castro Aragão Oliveira

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNITPAC

Av. Filadélfia, N°568, Setor Oeste - CEP 77.816-540 Fone/Fax: (48) 3321-8195,
e-mail: cep@itpac.br.

ANEXO II – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Você aceita participar deste estudo? *

sim

não

2. Sua idade está entre: *

18 - 27 anos

28 - 37 anos

38 - 47 anos

48 - 57 anos

58 - 67 anos

68 - 77 anos

78 - 87 anos

+ 88 anos

3. Você é do sexo: *

feminino

masculino

4. Seu estado Civil: *

solteiro

casado

união estável

separado / divorciado

viúvo

5. Você estudou até: *

apenas alfabetizado

ensino fundamental incompleto

ensino fundamental completo

ensino médio (antigo científico)

ensino superior incompleto

ensino superior completo

especialização

mestrado

doutorado

6. Seu peso atual é: *

7. Sua altura é: *

Sobre sua alimentação

Gostaria de saber um pouco sobre seus hábitos alimentares, vamos continuar?

8. Em quantos dias da semana você costuma comer feijão? *

7 dias na semana

quase nunca

nunca

1 a 2 dias da semana

3 a 4 dias da semana

5 a 6 dias na semana

9. Em quantos dias na semana você costuma comer salada (verduras, folhas e legumes)? NÃO CONTAR COM BATATA E MACAXEIRA *

7 dias na semana

quase nunca

nunca

1 a 2 dias na semana

3 a 4 dias na semana

5 a 6 dias na semana

10. Em quantos dias na semana você costuma comer carne vermelha? *

7 dias na semana

quase nunca

nunca

1 a 2 dias na semana

3 a 4 dias na semana

5 a 6 dias na semana

11. Em quantos dias na semana você costuma comer frango? *

todos os dias

quase nunca

nunca

1 a 2 dias na semana

3 a 4 dias na semana

5 a 6 dias na semana

12. Em quantos dias na semana você costuma beber suco de fruta natural?

7 dias na semana

quase nunca

nunca

1 a 2 dias na semana

3 a 4 dias na semana

5 a 6 dias na semana

13. Em quantos dias na semana você costuma beber refrigerante *

7 dias na semana

quase sempre

não bebo

1 a 2 dias na semana

3 a 4 dias na semana

5 a 6 dias na semana

14. Você costuma comer macarrão instantâneo? *

sim

não

15. Quantas vezes na semana você costuma comer, no almoço, hambúrguer, pizza, ou qualquer outro tipo de lanche?. *

7 dias na semana

quase nunca

nunca

1 a 2 dias na semana

3 a 4 dias na semana

5 a 6 dias na semana

16. Quantas vezes na semana você costuma comer, no jantar, hambúrguer, pizza, ou qualquer outro tipo de lanche?. *

7 dias na semana

quase sempre

nunca

1 a 2 dias na semana

3 a 4 dias na semana

5 a 6 dias na semana

17. Você costuma fazer uso de álcool? em qual frequência? *

7 dias na semana

quase sempre

nunca

1 a 2 dias na semana

3 a 4 dias na semana

5 a 6 dias na semana

18. No último mês você consumiu quantas doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? *

não faço uso de bebidas alcoólicas

1

2

3

4

5

mais de 5

Sobre sua atividade física

Agora queremos saber se você é muito ativo, pouco ativo ou sedentário

19. Você pratica alguma atividade física? quantos dias na semana? *

não pratico atividade física

1

2

2

3

4

5

6

7

20. Qual a duração da atividade? *

entre 15 e 30 minutos

entre 30 e 45 minutos

entre 45 minutos e 1 hora

mais de uma hora

não se aplica

21. Em média quantas horas por dia você costuma ficar assistindo televisão? *

- menos de 1 hora
- entre 1 e 2 horas
- entre 3 a 4 horas
- entre 5 e 6 horas
- mais de 7 horas

22. Quantas horas você dedica do seu dia para o uso de computador, tablet, redes sociais ou jogos no celular? *

- menos de uma hora
- entre 1 e 2 horas
- entre 3 e 4 horas
- entre 5 e 6 horas
- mais de 7 horas

sobre Tabagismo

Agora queremos saber seus hábitos diários com relação ao tabagismo.

23. Você fuma? quantos carteiras de cigarros ao dia *

- não fumo
- menos de meia carteira
- meia carteira
- 1 carteira
- até 2 carteiras
- até 3 carteiras
- mais de 3 carteiras

24. Qual sua idade quando começou a fumar regularmente? *

- não se aplica, não fumo
- entre 12 - 15 anos
- entre 16 - 19 anos
- entre 20 - 23 anos
- entre 24 - 27 anos
- acima dos 28 anos

seu estado de saúde

estamos chegando ao final da pesquisa, e gostaríamos de saber sobre seu estado de saúde

25. Como você classifica seu atual estado de saúde *

muito bom

bom

ótimo

regular

ruim

não sabe dizer

26. Algum médico já lhe disse que você tem hipertensão arterial (pressão alta) ? *

sim

não

28. Você toma alguma medicação para hipertensão? *

sim

não

29. Algum médico já lhe disse que você tem diabetes? *

sim

não

30. Que tipo de medicação você faz uso para controlar o diabetes? *

não se aplica

somente medicação oral (comprimido)

somente insulina

ambos (insulina e comprimido)

sobre prevenção da saúde

queremos saber sobre suas visitas médico em busca de prevenir o câncer

30. PARA HOMENS - você já fez exame preventivos para câncer de próstata? há quanto tempo?

sim, há menos de um ano

sim, há um ano

sim, há mais de um ano

não

30. PARA MULHERES –

a) Você já fez exame de Papanicolau (prevenção do câncer de colo de útero)? há quanto tempo?

sim, há menos de 1 ano

sim, há um ano

sim, há mais de um ano

não

b) Você já fez mamografia? há quanto tempo?

sim, há menos de um ano





sim, há um ano

sim, há mais de um ano

não

FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS:

RETRATO DO MUNICÍPIO DE
PARNAÍBA-PI, 2019

-  www.arenaeditora.com.br
-  contato@arenaeditora.com.br
-  [@arenaeditora](https://www.instagram.com/arenaeditora)
-  www.facebook.com/arenaeditora.com.br

FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS:

RETRATO DO MUNICÍPIO DE
PARNAÍBA-PI, 2019

-  www.arenaeditora.com.br
-  contato@arenaeditora.com.br
-  [@arenaeditora](https://www.instagram.com/arenaeditora)
-  www.facebook.com/arenaeditora.com.br