**FATORES DE RISCO PARA INCIDÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO INTERIOR DO NORDESTE BRASILEIRO**

**Tatiane Ferreira**

O grupo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é extenso e possui patologias com muitos fatores de risco em comum (MEDINA,2014). De forma majoritária é composto por diabetes, câncer, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias (OLIVEIRA-CAMPOS, 2013). Ambas demandam atendimento contínuo e interdisciplinar, com isso, o profissional nutricionista também promove suas contribuições no tratamento e prevenção dessas e outras patologias que necessitam de um cuidado nutricional adequado, tendo em vista que a própria má alimentação pode contribuir para o advento de algumas, como por exemplo o alto consumo de alimentos industrializados que vem sendo relacionado a probabilidade em adquirir doenças cardiovasculares (DCV) (OLIVEIRA-CAMPOS, 2013).

Os primeiros relatos e tratamentos de DCNT´s foram em países desenvolvidos, o que levou ao direcionamento de pesquisas para a relação entre essas doenças e a economia de alguns grupos (ROCHA-BRISCHILIARI,2014). No entanto, nos últimos anos pesquisas alertam sobre o possível deslocamento de uma epidemia de doenças crônicas para países sub- desenvolvidos como o Brasil (ROCHA-BRISCHILIARI,2014). Dessa forma, o sistema nacional de saúde passou a se dedicar não só a patologias aguadas, mas também passaram a organizar e preparar o sistema para o cuidado de pacientes crônicos (ROCHA-BRISCHILIARI,2014). Apesar disso, os gastos públicos com DCNT ainda não são previsíveis como esperava os pesquisadores e consequentemente há uma desordem no tratamento das mesmas, o que fere o direito constitucional a saúde (ROCHA-BRISCHILIARI,2014).

 É consenso que o envelhecimento populacional, mudanças nos hábitos alimentares, estilo de vida e inatividade física também contribuíram para o aumento da incidência dessas patologias. E que estas podem surgir em diferentes ciclos da vida (CUPPARI,2009). As características principias dessas doenças são: história natural prolongada, multiplicidade da fatores de risco complexos, interação de fatores etiológicos e desconhecidos, extenso período de latência, longo curso assintomático, curso clínico em geral lento, prolongado e permanente, manifestações clínicas com períodos de remissão e exacerbação e evolução para graus variados de incapacidade ou morte (CUPPARI,2009)

 O Brasil, seguindo uma tendência mundial vem passando por transições de caráter demográfico, epidemiológico e nutricional (DE SOUZA ,2017). Atualmente há um aumento de fecundidade, natalidade, expectativa de vida e maior número de idosos em comparação a algumas outras faixas- etárias (DE SOUZA ,2017).Paralelo a isso, as DCNT assumiram a posição de uma das maiores causas de morbimortalidade do mundo (DE SOUZA ,2017). É importante pontuar que o sistema alimentar brasileiro sofreu grandes mudanças nos últimos 50 anos, o que pode ter acelerado a incidência de casos, tendo em vista que a má alimentação é um fator de risco para o surgimento de algumas patologias desse grupo (DE SOUZA ,2017)

 No público adulto, 75% dos casos de DCNT são registrados entre indivíduos de 15 a 65 anos, acima disso, é comum a junção de mais de uma patologia crônica (CUPPARI,2009). Partindo dessa premissa, entende-se que dentre os ciclos de vida, a fase adulta é o período mais crítico para o surgimento e tratamento preventivo dessas doenças, pois nesse momento é possível evitar a maioria dos fatores de risco, entre eles o tabagismo, obesidade, inatividade física, colesterol LDL elevado, hipertensão arterial e consumo de álcool (MALTA,2014). Ademais, a obesidade é um dos fatores de risco mais comuns e pode desencadear outras problemáticas como síndrome metabólica, hipercolesterolemia e diabetes mellitus tipo II (MALTA,2014)

 No que concerne a obesidade, estudos indicam que o estresse crônico, comum principalmente entre a faixa etária de 15 a 65 anos incidentes em DCNT está sendo relacionado com a modificação do comportamento alimentar, pois o mesmo pode provocar o desejo da ingesta de alimentos com alta densidade energética, o que provoca o aumento de peso (VITOLO, 2015). Esse processo é estimulado pelo sistema adrenocortical, o qual aumenta os níveis de cortisol (VITOLO, 2015). Outra hipótese é o auto consumo de alimentos ultraprocessados que podem ser facilmente armazenados e transportados, o que demanda uma economia de tempo necessária nos dias atuais (VITOLO, 2015).

 Ou seja, a falta de tempo na vida adulta vem provocando mudanças nos hábitos alimentares, principalmente através da diminuição do consumo de alimentos que necessitam de um tempo de preparo e substituição por alimentos industrializados que proporcionam economia de tempo (VITOLO, 2015). Nesse sentido, a perda e manutenção de peso a longo prazo parece ser uma boa estratégia para o controle de novos casos de doenças crônicas, tendo em vista que é a partir desse processo inflamatório que podem se desenvolver outros fatores de risco como como é o caso da diabetes mellitus tipo II e da Hipertensão arterial sistêmica (HA) (VITOLO, 2015).

 Segundo Vitolo (2015), algumas estratégias a longo prazo para diminuição e manutenção do peso são: engajar-se em práticas diárias de atividade física, fazer dietas com baixo teor de carboidratos refinados e gorduras saturadas, consumir café da manhã e fracionar bem as refeições para não sobrecarregar uma única, manter a alimentação regular e consistente, e não procrastinar as mudanças necessárias para sair do grau de sobrepeso ou obesidade. Ademais, um grande empecilho para o tratamento da obesidade, são as limitações emocionais (VITOLO, 2015)

 A maioria dos indivíduos obesos apresenta sofrimento psicológico que advém de problemas relacionados à discriminação e preconceito, o que acarreta em uma maior desordem e distúrbios alimentares como é o caso da compulsão alimentar (VITOLO, 2015). Desse modo, é interessante que assim como o tratamento das DCNT, os pacientes obesos tenham atendimento interdisciplinar, com acompanhamento médico, nutricional e psicológico (VITOLO, 2015). É importante pontuar que a compulsão alimentar também pode ser provocada por planos dietéticos mal elaborados que restringem em demasia determinado grupo de alimentos (VITOLO, 2015).

 Um exemplo disso é o ganho de peso após a restrição de determinados alimentos, o que é bem comum em indivíduos que aderem a dietas da moda por conta própria sem auxílio de um profissional, como por exemplo, o uso da dieta low carb com restrição exacerbada de carboidratos, sem levar em consideração as necessidades energéticas individuais (SOUZA, 2015). Essa atitude repentina faz com que o corpo “entenda” que há uma escassez de comida no ambiente, por esse motivo ele passa a armazenar mais e queimar menos gordura para caso de emergência, dificultando o emagrecimento e manutenção do peso a longo prazo (SOUZA, 2015).

 Nesse contexto, alguns medicamentos são utilizados para contribuir no emagrecimento, porém só devem ser usados em grau de obesidade mórbida, após diversas tentativas sem resultado de reeducação alimentar e impossibilidade de cirurgia bariátrica, são os chamados anorexígenos, que recentemente foram aprovados no Brasil sem autorização da ANVISA, o que vem rendendo discussões calorosas para o cancelamento da liberação feita pelo deputado federal Rodrigo Maia, a partir da lei 2.431/2011 (BRASIL, 2011). Um dos medicamentos aprovados foi à sibutramina, que pode levar a diminuição de até 10% de peso corpóreo, porém pode provocar secura na boca, insônia, constipação intestinal, aumento nos batimentos cardíacos e na pressão arterial (BRASIL, 2011).

 Ademais, a vigilância epidemiológica (VE) reúne um conjunto de ações para compreender a história natural das DCNT´s, para que desse modo seja possível mensurar os fatores modificáveis que provocam a incidência de casos não só no nordeste, mas em todo o país (MALTA,2013). Um exemplo de fator de risco modificável é a síndrome metabólica (SM), definida como um conjunto de fatores de risco cardiovasculares que possuem relação com a deposição de gordura e à resistência à insulina (MALTA,2013). Sendo esta última elevada em muitos casos para Diabetes Mellitus tipo II (DM II), uma das DCNT´s de maior causa de morbimortalidade (MALTA,2013).

 A DM é uma enfermidade de múltipla etiologia, e pode ser ocasionada pela incapacidade da insulina em exercer adequadamente sua função de regular o metabolismo da glicose (CUPPARI,2009). Uma das características dessa patologia é a hiperglicemia crônica associada ao distúrbio no metabolismo de macronutrientes (Carboidratos, lipídios e proteínas), o que a longo prazo pode provocar disfunção e falência de órgãos, principalmente no que diz respeito aos rins, olhos, coração, nervos e vasos sanguíneo (CUPPARI,2009).

 Por esse motivo, a DM representa atualmente um grande problema de saúde pública, principalmente por não haver uma perspectiva de cura a curto e médio prazo (CUPPARI,2009). É importante pontuar que cerca de 90% dos casos de DM são do tipo II, e aproximadamente 5 a 10% são de DM tipo I, e a prevalência de Diabetes gestacional (DG) varia entre apenas 1 a 14% a depender da região, no entanto, no nordeste esse número ainda continua baixo sendo mais considerável no caso de DM II (CUPPARI,2009).

 Outro fator importante para a incidência de DCNT no nordeste brasileiro é a hipercolesterolemia, uma displidemia considerada de risco para o surgimento de doenças cardiovasculares, que apesar de diminuírem em relação a outras patologias como a DMII, ainda são responsáveis por muitas problemáticas, como por exemplo, aterosclerose e infarto agudo do miocárdio (CUPPARI,2009). Os países em desenvolvimento, assim como o Brasil apresentam uma morbimortalidade considerável, principalmente entre mulheres acima de 50 anos de idade (CUPPARI,2009).

 Apesar de haver um declínio desde meados de 1979-1996 na incidência de DCV´s, as mesmas ainda representam uma das maiores causas de morte na população brasileira (DE SOUZA ,2017). A diminuição de mortes são mais consideráveis nas regiões sul e sudeste, que são as mais desenvolvidas economicamente em comparação a outras localidades do país como o nordeste, por exemplo, (DE SOUZA ,2017). Os fatores de risco nessa região variaram entre anormalidade do perfil lipídico pelo aumento da relação apolipoproteína B/ apolipoproteína A, fumo, elevação da pressão, da glicemia e do acúmulo abdominal de gordura, sedentarismo e diminuição do consumo de frutas, legumes e verduras (FLV) (DE SOUZA ,2017).

Com base no que foi discutido, entende- se que os fatores de risco para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis no interior do nordeste variam entre displidemias, obesidade, má alimentação, inatividade física e entre outros que podem ser prevenidos principalmente na fase adulta, com isso, é importante que se tenha uma intervenção do poder público para que haja o cuidado necessário nos casos de prevalência e diminuição considerável dos casos de incidência, tendo e vista que atualmente as DCNT´s são uma preocupação da saúde pública e geram gastos em demasia para o tratamento posto a cronicidade das patologias.

 Diante disso, algumas soluções para essa problemática seria: a prevenção da obesidade desde a fase infantil a partir de campanhas de conscientização da alimentação infantil, diminuição do consumo de alimentos industrializados e troca por frutas, legumes e verduras; estímulo à atividade física; controle e manutenção da alimentação escolar por programas do estado como o PNAE (Programa Nacional de Alimentação Escolar), por exemplo, e atenção dos serviços de saúde voltada principalmente para o público adulto entre 15 e 65 anos a partir da vigilância epidemiológica da região.

 Nesse sentido, seria desenvolvido um conjunto de ações que proporcionem conhecimento, detecção e prevenção de fatores de risco, como uma taxa de colesterol (LDL) alta, consumo excessivo de sal e/ou açúcar na alimentação, circunferência da cintura maior que o ideal, IMC acima do limite de eutrofia e entre outros que podem ser notados em consultas periódicas na unidade básica de saúde ou com simples perguntas direcionadas por um agente de saúde.

**Referências:**

BRASIL**\_ Lei nº 2432** de 28 de Setembro de 2011- Autoriza a produção, a comercialização e o consumo, sob prescrição médica, dos anorexígenos: sibutramina, anfepramona, femproporex e mazindol.

CUPPARI, L. **Nutrição: nas doenças crônicas não transmissíveis**. Barueri, SP: Manole, 2009.

DE SOUZA, Elton Bicalho. Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. **Cadernos UniFOA**, v. 5, n. 13, p. 49-53, 2017.

CUPPARI, L. **Nutrição: nas doenças crônicas não transmissíveis**. Barueri, SP: Manole, 2009.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA JR, Jarbas Barbosa da. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 151-164, 2013.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil, 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 3, p. 423-434, 2013.

MALTA, Deborah Carvalho. Doenças crônicas não transmissíveis, um grande desafio da sociedade contemporânea. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 4-5, 2014.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 4, p. 599-608, 2014.

MEDINA, Maria Guadalupe et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família?. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 69-82, 2014.

OLIVEIRA-CAMPOS, Maryane et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, 2013.

ROCHA-BRISCHILIARI, Sheila Cristina et al. Doenças crônicas não transmissíveis e associação com fatores de risco. **Rev Bras Cardiol**, v. 27, n. 1, p. 35-42, 2014.

SOUZA, Madeline Guimarães; ANDRADE, Ingride Even Lopes; RAMALHO, Alanderson Alves. Adequação nutricional de dietas para perda de peso em revistas não científicas brasileiras. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 10, n. 4, p. 947-961, 2015.

VITOLO, M.R. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. 2 ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2015.