

Morbidades autorreferidas por usuários de espaços comunitários de atividade física*

Morbilidades autorreferidas por usuarios de espacios comunitarios de actividad física

Self-referred morbidities by users of community spaces for physical activity

* Artigo extraído da pesquisa "Avaliação do Programa Academia da Saúde na macrorregião Cariri, Ceará: sujeitos, práticas e integralidade".

Cómo citar: Silva K, Serafim A, Rodrigues L, Oliveira J, Rodrigues G, Cavalcante E, Filho J, Pinto A. Morbidades autorreferidas por usuários de espaços comunitários de atividade física. Av Enferm. 2020;38(2):182-190. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n2.82514>

1 Karine Nascimento da Silva

Universidade Regional do Cariri (Crato, Ceará, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0145-6221>
Correio eletrônico: karinenascimento1996@outlook.com

Contribuição: concepção, metodologia, análise, escrita e revisão final do manuscrito.

2 Amanda Sá Serafim

Universidade Regional do Cariri (Crato, Ceará, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7730-1106>
Correio eletrônico: amandaheart792@gmail.com

Contribuição: concepção, coleta de dados, análise e escrita.

3 Lívia de Sousa Rodrigues

Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (Várzea Alegre, Ceará, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7856-1279>
Correio eletrônico: liviarodrigues_enf@hotmail.com

Contribuição: análise, interpretação dos resultados, redação do manuscrito e revisão final do manuscrito.

4 Jessica Lima de Oliveira

Universidade Regional do Cariri (Crato, Ceará, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0692-6360>
Correio eletrônico: jessicacaete2@gmail.com

Contribuição: análise, interpretação dos resultados, redação do manuscrito e revisão final do manuscrito.

5 Gezabell Rodrigues

Escola de Saúde Pública do Ceará (Crato, Ceará, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8033-1365>
Correio eletrônico: abellzge@hotmail.com

Contribuição: análise dos dados.

6 Edilma Gomes Rocha Cavalcante

Universidade Regional do Cariri (Crato, Ceará, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6861-2383>
Correio eletrônico: edilma.rocha@yahoo.com.br

Contribuição: revisão crítica da redação do manuscrito.

7 José Adelmo da Silva Filho

Universidade Regional do Cariri (Crato, Ceará, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0261-2014>
Correio eletrônico: adelmof12@gmail.com

Contribuição: análise, interpretação dos resultados, redação do manuscrito e revisão final do manuscrito.

8 Antonio Germane Alves Pinto

Universidade Regional do Cariri (Crato, Ceará, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4897-1178>
Correio eletrônico: germanepinto@hotmail.com

Contribuição: orientação, supervisão da pesquisa, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito.



Resumo

Objetivo: analisar as morbidades autorreferidas relacionadas com as condições sociodemográficas dos usuários de espaços comunitários de atividade física.

Materiais e métodos: estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 433 usuários do Sistema Único de Saúde, na macrorregião Cariri, Ceará, Brasil. A coleta ocorreu por meio de formulário estruturado a partir do modelo de questionário da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, operacionalizada pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Resultados: a média de idade dos participantes do estudo foi de 42,92 anos (DP \pm 17,4); a de renda familiar foi de R\$ 1.486,30 (DP \pm 1.015,0). Verificou-se predomínio do sexo feminino associado à maior prevalência de hipertensão ($p = 0,001$) e de dislipidemia ($p = 0,003$). A idade mais elevada relacionou-se aos diagnósticos médicos de hipertensão (53,85 anos, DP \pm 15,64), dislipidemia (59,54 anos, DP \pm 15,25) e diabetes (52,42 anos, DP \pm 16,66).

Conclusão: a análise das características sociais e econômicas permitiu verificar a associação de morbidades como hipertensão, diabetes e dislipidemia com o sexo, a idade, a renda e a escolaridade; esses fatores são causais para o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis.

Descritores: Morbidade; Qualidade de Vida; Fatores de Risco; Promoção da Saúde; Atividade Motora (fonte: DECS, BIREME).

Resumen

Objetivo: analizar las morbidades autorreferidas relacionadas con las condiciones sociodemográficas de los usuarios de espacios comunitarios de actividad física.

Materiales y métodos: estudio transversal, con enfoque cuantitativo, realizado con 433 usuarios del Sistema Único de Saúde, en la macro región Cariri, Ceará, Brasil. La recolección de datos se realizó por medio de un formulario estructurado basado en el modelo de cuestionario de la *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*, operado por el Ministerio de Salud de Brasil.

Resultados: la edad promedio de los participantes fue de 42,92 años (DE \pm 17,4) y el ingreso familiar promedio de R\$ 1.486,30 (DE \pm 1015). Se registró un predominio de mujeres, asociado con una mayor prevalencia de hipertensión ($p = 0,001$) y dislipidemia ($p = 0,003$). La edad más alta registrada se relacionó con el diagnóstico médico de hipertensión (53,85 años, DE \pm 15,64), dislipidemia (59,54 años, DE \pm 15,25) y diabetes (52,42 años, DE \pm 16,66).

Conclusión: el análisis de las características sociales y económicas permitió verificar la asociación de morbidades como la hipertensión, la diabetes y la dislipidemia con el sexo, la edad, los ingresos y la educación; estos factores son causales para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles.

Descriptores: Morbilidad; Calidad de Vida; Factores de Riesgo; Promoción de la Salud; Actividad Motora (fuente: DECS, BIREME).

Abstract

Objective: To analyze self-reported morbidities related to sociodemographic conditions of users of community spaces for physical activity.

Materials and methods: Cross-sectional study, with a quantitative approach, carried out with 433 users of the *Sistema Único de Saúde*, in the Cariri-Ceadianará macro-region (Brazil). The collection of data was made through a structured form based on the questionnaire model of the *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*, operated by the Ministry of Health of Brazil.

Results: The average age among participants was 42.92 years (SD \pm 17.4). Family income was R1,486.30 (SD \pm 1015). There was a predominance of female participants, associated with a higher prevalence of hypertension ($p = 0.001$) and dyslipidemia ($p = 0.003$). The highest age reported was related to the medical diagnosis of hypertension (53.85 years, SD \pm 15.64), dyslipidemia (59.54 years, SD \pm 15.25), and diabetes (52.42 years, SD \pm 16.66).

Conclusion: The analysis of social and economic variables allowed to confirm the association of morbidities such as hypertension, diabetes and dyslipidemia with sex, age, income and education, these being causal factors for the development of Chronic Noncommunicable Diseases.

Descriptors: Morbidity; Quality of Life; Risk Factors; Health Promotion; Motor Activity (source: DECS, BIREME).

Introdução

As condições de saúde da população interferem diretamente no processo saúde-doença. Nesse sentido, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se tornam causas de graves prejuízos à saúde pública, o que influencia negativamente na qualidade de vida dos indivíduos (1). Devido a que as DCNT correspondem a 72 % das causas de morte, foi elaborado um plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT, a ser implementado de 2011 a 2022 (2).

Entre as suas principais metas, está a redução da mortalidade em 2 % ao ano das pessoas com idade inferior a 70 anos, bem como o aumento da prática de atividade física e a promoção da alimentação saudável. O plano é fundamentado para as diretrizes de vigilância, informação, avaliação e monitoramento, promoção da saúde e cuidado integral (2). O monitoramento permanente dos principais agravos e do potencial limitante de suas consequências é de grande validade para considerar as reais necessidades de saúde da população, além de possibilitar as mudanças adequadas para as políticas públicas (3).

O perfil da população é caracterizado pela prevalência de fatores de risco relacionados ao acometimento de agravos crônicos. Além disso, a diminuição na qualidade da condição de saúde é causada principalmente pela cronicidade dessas doenças associadas às condições socioeconômicas, como idade, renda e nível de escolaridade (3). Assim, torna-se necessário analisar quais as possíveis características sociais e econômicas que se correlacionam com o acometimento de morbidades crônicas na população.

De acordo com a pesquisa feita pelo sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), realizado e coordenado pelo Ministério da Saúde do Brasil, nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, a prevalência da hipertensão arterial nos adultos entrevistados de ambos os sexos foi de 24,7 % em 2018. Ressalta-se que o diagnóstico médico de hipertensão e diabetes apresentou elevação de acordo com a idade e com a maior prevalência no sexo feminino, e redução segundo o nível de escolaridade (4).

Além dos prejuízos funcionais e incapacitantes das doenças crônicas para a saúde, há os problemas sociais e econômicos causados por tratamentos prolongados, trazendo custos excessivos tanto para o sistema de saúde como para a população, gerados, por exemplo, com a utilização de medicamentos e a realização de exames (5).

Nesse sentido, com a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde, estabeleceu-se maior incentivo à prática de atividade física e à alimentação saudável, com enfoque nas ações direcionadas à redução das vulnerabilidades sociais e dos fatores de riscos associados aos determinantes sociais da saúde (6).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), caracterizada como importante via de acesso do usuário ao sistema de saúde, objetiva agir de modo coordenado com outros pontos de atenção na assistência e em períodos de reabilitação. Também contribui, por meio da promoção da saúde e da prevenção de doenças, para a resolubilidade de demandas do cuidado à saúde com a permanência do usuário na rede de atenção básica (7).

Com isso, têm-se estabelecido, por meio do Sistema Único de Saúde (sus), medidas e ações que visam promover e incentivar a população na busca por hábitos saudáveis, com base na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Entre as medidas, destaca-se o Programa Academia da Saúde, que está integrado à ESF e ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, com o objetivo de auxiliar a Unidade Básica de Saúde na promoção da integralidade no acesso aos serviços de saúde e ampliar, assim, o nível de qualidade da assistência multiprofissional (7).

Dessa forma, melhorar a saúde e estabelecer um cuidado contínuo a partir da prática de atividade física constitui-se como um dos principais fatores que contribuem positivamente para a participação e permanência da população no programa (8).

Para atender a uma das metas do objetivo de desenvolvimento sustentável, que se refere à redução, em um terço, da mortalidade prematura por DCNT até 2030, a Organização Mundial da Saúde recomenda ações que promovam o progresso e diminuam os principais fatores de risco. Evidenciam-se o estímulo à alimentação saudável e à prática de atividades físicas, bem como a importância da detecção e tratamento precoces de doenças como algumas

delas (9). Diante disso, é imprescindível conhecer as condições sociodemográficas e a sua relação com as morbidades, a fim de se adotarem estratégias que considerem essa realidade.

Com base nas evidências de estudo semelhante (4), este estudo parte da hipótese de que as morbidades são mais prevalentes em mulheres, com elevação conforme o aumento da idade. Portanto, busca-se identificar se há relação entre as morbidades autorreferidas e as condições sociodemográficas dos participantes da pesquisa. Ressalta-se, ainda, que o monitoramento das condições sociodemográficas desses usuários contribui para a divulgação de dados epidemiológicos, a fim de se reconhecer quais fatores influenciam o quadro das morbidades crônicas na população, com o objetivo de auxiliar na promoção, na prevenção, no tratamento e na reabilitação.

Diante desse contexto, objetivou-se analisar as morbidades autorreferidas relacionadas às condições sociodemográficas dos usuários de espaços comunitários de atividade física.

Materiais e métodos

O presente estudo utiliza delineamento transversal de abordagem quantitativa e foi realizado no território que abrange a macrorregião de saúde do Cariri, localizada no centro-sul do estado do Ceará. As regiões de saúde incluem a junção de municípios configurados de forma que se assemelham entre si nas características sociais, culturais e econômicas, além de buscarem a garantia da intersectorialidade de suas ações direcionadas à saúde. A macrorregião de saúde do Cariri é formada pelas regiões de saúde de Icó, Iguatu, Brejo Santo, Crato e Juazeiro do Norte, com um total de 45 municípios do sul do estado do Ceará (10).

Assim, a população foi composta por usuários do sus, residentes nessas regiões de saúde, com idade a partir de 10 anos, que totalizaram 1.046.896 pessoas. A amostra foi estimada com base em um intervalo de confiança de 95 % e margem de erro de 5 %. O cálculo amostral foi realizado para cada município, o que totalizou a indicação de 384 pessoas. Acrescentou-se uma taxa de 10 % para o quantitativo final da coleta, o que resultou em uma amostra de 433 participantes.

Os participantes do estudo, segundo critérios de inclusão, foram os usuários do sus que residiam

nos municípios da macrorregião de saúde do Cariri, próximos a espaços comunitários de atividade física, como o polo do Programa Academia da Saúde, e próximos ao terreno que ainda prevê a construção de um polo, mas que já é utilizado para práticas corporais pela comunidade, ou locais habitualmente utilizados para isso. Contudo, foram excluídas da pesquisa as pessoas com dificuldades de responder de forma adequada às respostas do formulário.

A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre maio de 2015 e fevereiro de 2016, em todos os municípios da macrorregião de saúde do Cariri, de forma que as entrevistas aos participantes foram organizadas por conglomerados, geograficamente demarcados em torno de um ponto comum, no domicílio dos participantes. Os entrevistadores que compunham a equipe da pesquisa foram estudantes da graduação em Enfermagem, com capacitação para a aplicação do instrumento. Em média, as entrevistas duraram dez minutos.

A partir da utilização de formulário elaborado com base no modelo de questionário utilizado pela Vigitel, foram selecionadas as variáveis do bloco “Características socioeconômicas” e “Condições de saúde”. Para o bloco do perfil dos integrantes, foram consideradas as seguintes variáveis independentes: sexo, idade, estado civil, renda familiar e nível de escolaridade. Como variáveis dependentes, foram selecionadas as condições de saúde, a saber: “diagnóstico de hipertensão arterial”, “diagnóstico de diabetes” e “diagnóstico de hipercolesterolemia”. As perguntas realizadas foram: “Algum médico já lhe disse que o(a) sr.(a) tem pressão alta?”, “Algum médico já lhe disse que o(a) sr.(a) tem diabetes?”, “Algum médico já lhe disse que o(a) sr.(a) tem colesterol ou triglicérides elevados?” (11).

Os dados foram tabulados no *software* Excel Microsoft e alocados para o programa Statistical Package for the Social Sciences, versão 23.0 para Windows. Foi utilizado o teste do qui-quadrado (χ^2) de Pearson, o teste ANOVA e o teste de Tukey com nível de significância em 5 %. A análise dos dados foi realizada por meio da estatística inferencial, segundo informações de frequência, média e desvio-padrão. Os dados foram apresentados no formato de tabelas. As variáveis sexo, idade e renda foram relacionadas às morbidades autorreferidas hipertensão, diabetes e dislipidemia.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri, sob

o número de parecer 328.933. A participação na pesquisa foi legitimada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); os participantes com idade entre 10 e 18 anos, além da assinatura no TCLE, tiveram a sua participação consentida pelos pais ou responsáveis legais.

Resultados

Características socioeconômicas

Entre os participantes, 303 (70 %) eram do sexo feminino. A média para a idade ficou entre 42,92 anos (DP \pm 17,4). Quanto à raça, 247 usuários (57,0 %) declararam cor parda. De acordo com o estado civil, 178 indivíduos (41,1 %) estavam em situação de casado(a) legalmente. A média da renda familiar ficou concentrada em R\$ 1.486,36 (DP \pm 1.015,0). Observou-se que 131 indivíduos (30,3 %) apontaram ensino médio como nível de escolaridade. Quanto à situação empregatícia, 157 usuários (36,3 %) estão empregados de acordo com a descrição observada na Tabela 1.

Relação das condições de saúde com o sexo

Ressalta-se que, dos 433 entrevistados, 142 indivíduos referiram ter hipertensão; destes, 109 eram mulheres. Assim, o sexo feminino esteve associado à maior prevalência de hipertensão ($p = 0,001$). A presença de dislipidemia também obteve associação significativa com o sexo feminino ($n = 8$; $p = 0,003$). Quanto ao diagnóstico de diabetes, não houve associação significativa com o sexo, como demonstra a Tabela 2.

Relação das condições de saúde com a idade e a renda

Dentre o perfil socioeconômico, a idade foi considerada estatisticamente associada a todas as morbidades referidas neste estudo. Desse modo, foi evidenciado que, a partir do teste de ANOVA, a média da idade situada entre 53,85 anos (DP \pm 15,64) esteve associada à hipertensão. Sobre a presença de diabetes, houve relação com a média de idade de 59,54 anos (DP \pm 15,25). Já a dislipidemia apresentou associação com a média de idade de 52,42 anos (DP \pm 16,66). Não houve correlação estatística entre a renda e as morbidades, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 1. Características socioeconômicas dos usuários de espaços comunitários de atividade física na macrorregião de saúde Cariri, estado do Ceará, de 2015 a 2016 (N = 433)

Categoria	N	%
Sexo		
Masculino	130	30,0
Feminino	303	70,0
Idade Média \pm DP* (42,92 \pm 17,45)		
Raça		
Branca	109	25,2
Preta	50	11,5
Amarela	8	1,8
Parda	247	57
Indígena	4	0,9
Não informada	15	3,5
Estado civil		
Solteiro(a)	149	34,4
Casado(a) legalmente	178	41,1
União estável (> 6 meses)	26	6
Viúvo(a)	30	6,9
Separado(a) e/ou divorciado(a)	38	8,8
Não informado	12	2,8
Renda familiar Média \pm DP (R\$ 1.486,36 \pm R\$ 1.015,00)		
Nível de escolaridade		
Curso primário	53	12,2
Ensino fundamental	111	25,6
Ensino médio	131	30,3
Ensino superior	72	16,6
Pós-graduação	28	6,5
Analfabeto	38	8,8
Situação empregatícia		
Empregado(a)	157	36,3
Desempregado(a)	43	9,9
Autônomo(a)	60	13,9
Aposentado(a)	70	16,2
Não informada	103	23,8

Fonte: dados da pesquisa.

N = número de indivíduos; % = número de indivíduos em percentual; DP = desvio-padrão.

Tabela 2. Morbidades autorreferidas por usuários de espaços comunitários de atividade física na macrorregião de saúde Cariri, estado do Ceará, de 2015 a 2016 (N = 433)

Categoria	Sexo		Total	p valor
	Masculino N	Feminino n		
Hipertensão				
Sim	33	109	142	0,001*
Não	93	194	287	
Não lembra	4	0	4	
Diabetes				
Sim	9	30	39	0,292
Não	116	269	385	
Não lembra	4	3	7	
Apenas pré	1	1	2	
Dislipidemia				
Sim	14	69	83	0,003*
Não	106	224	330	
Não sabe/ Não lembra	10	10	20	

Fonte: dados da pesquisa.

N = número de indivíduos por categoria; * = valores significativos pelo χ^2 de Pearson para $p < 0,05$.

Tabela 3. Teste de ANOVA entre condições de saúde, idade e renda dos usuários de espaços comunitários de atividade física na macrorregião de saúde Cariri, estado do Ceará, de 2015 a 2016

Condição de saúde	Idade		Renda R\$	
	Média	DP	Média	DP
Hipertensão				
Sim	53,85 ^b	15,64	1.275,54 ^a	777,34
Não	37,71 ^a	15,78	1.592,94 ^a	1.106,68
Não lembra	27,75 ^a	7,93	1.379,00 ^a	394,00
Diabetes				
Sim	59,54 ^b	15,25	1.404,26 ^a	925,31
Não	41,35 ^a	16,8	1.505,41 ^a	1.032,35
Não lembra	35,57 ^a	12,91	1.013,14 ^a	446,75
Dislipidemia				
Sim	52,42 ^b	16,66	1.585,61 ^a	1.181,15
Não	40,49 ^a	16,73	1.474,12 ^a	971,45
Não sabe/ Não lembra	43,40 ^a	19,56	1.264,95 ^a	970,26

Fonte: dados da pesquisa.

DP = Desvio-padrão. Letras diferentes indicam diferenças estatisticamente significativas a partir do teste ANOVA e do teste de Tukey, com $p < 0,05$.

Discussão

As morbididades referidas pelos usuários da região de saúde pesquisada demonstraram a associação da hipertensão e da dislipidemia com o sexo feminino. Em relação à idade, quanto mais elevada, maior a relação com o diagnóstico médico de hipertensão, dislipidemia e diabetes.

O uso dos espaços comunitários de atividade física tem como principais motivos a adoção de um estilo de vida mais saudável, a redução do estresse, a melhoria da saúde ou do desempenho físico e o interesse pelas atividades oferecidas. Nesse contexto, observou-se uma maior frequência e motivação para o uso desses espaços comunitários por mulheres, o que pode ser em consequência de atividades como ginástica, dança ou caminhada serem preferíveis em geral por esse público (12, 13).

No que se refere à raça, observou-se, neste estudo, uma maior representação de participantes auto-declarados pardos. Esse achado assemelha-se a outros estudos desenvolvidos na região nordeste (8, 14). Isso pode estar associado às semelhanças das características populacionais entre as regiões da coleta de dados.

Quanto à idade, a média de 42,92 anos corrobora com outros estudos que demonstram o uso desses ambientes por indivíduos com idade entre 40 e 50 anos (15), o que reforça que os programas de promoção à saúde são direcionados a adultos e idosos, chamando pouca atenção de jovens e crianças (16). Além disso, essa faixa etária atenta-se ao maior risco das DCNT e para a qual o estímulo dessa prática funciona como prevenção (17).

Sobre os participantes da pesquisa, concluiu-se que a maioria é casada legalmente, associando-se à possibilidade de dispor de menos recursos para a prática de atividades em ambientes privados. Relacionada a isso, a renda mensal dos indivíduos que praticam atividades em espaços públicos é, em média, de R\$ 1.000,00 a R\$ 2.999,00 (equivalente a uma renda entre USD\$ 190 e USD\$ 570) (15), tendo em vista que uma menor renda e nível de escolaridade são associados ao maior desenvolvimento das DCNT. O uso dos espaços comunitários de atividade física por esse público promove a melhoria da qualidade de vida e o combate ao avanço dessas doenças (18).

No que se refere à escolaridade, em torno de 38,5 % contam com o ensino médio completo (17). Os

fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT apresentam maior frequência em indivíduos com menor nível de escolaridade. Pessoas com até oito anos de estudo têm maior risco para o desenvolvimento de doenças como a hipertensão arterial e diabetes. Enquanto aqueles com maior nível de escolaridade são mais ativos no tempo livre e consomem regularmente a quantidade recomendada de frutas, legumes e verduras (19).

Quanto ao sexo, as mulheres, com o avançar da idade, referem-se com maior frequência ao diagnóstico de hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia, em comparação aos homens (20). Estudo feito em Campinas, São Paulo, Brasil, em 2008, com a utilização do formulário Vigitel, observou a prevalência da dislipidemia entre as mulheres independentemente da idade (19).

O público feminino apresenta como fatores de risco cardiovasculares, além do sedentarismo, os aspectos hormonais, como a menopausa, relacionando-se, assim, a condições multifatoriais, hábitos inadequados e ciclo de vida (21). O maior acometimento por tais morbidades nesse público ocorre possivelmente em consequência também de as mulheres frequentarem mais os serviços de saúde e, em razão disso, referirem maior acometimento (22).

Além disso, observa-se uma baixa procura dos serviços de saúde pelo gênero masculino, o que dificulta consideravelmente o diagnóstico dessas DCNT. Os homens, com frequência, são educados contra o cuidado e incentivados a não procurarem os serviços de assistência à saúde, pois isso diminui a sua independência, força e virilidade. Essa dificuldade para buscar tais serviços é percebida nas estatísticas e na expectativa de vida, em geral, menor para os homens, o que reforça a necessidade de ações que envolvam ambos (23).

Isso se configura como um problema para a efetividade do cuidado ofertado pelas equipes de saúde. No cotidiano da assistência, as ações que são instituídas e recomendadas pela Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem são contempladas de maneira parcial, em sua maioria, apenas quando já se apresentam adocidos em situações clínicas e cirúrgicas (24).

O aumento da hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e diabetes ocorre em todas as regiões do mundo, em consequência do aumento da expecta-

tiva de vida e, sobretudo, dos hábitos de vida pouco saudáveis, com elevados índices de sedentarismo e dietas inadequadas (20). Essa combinação de comportamentos e condições clínicas são os principais fatores de risco para as DCNT, inclusive as cardiovasculares (25).

O enfrentamento dessas condições ocorre por meio de estratégias de saúde pública, com ações de prevenção de doenças e promoção da saúde associadas à prática de atividade física e à orientação alimentar (26, 27). Diante disso, como integrante das equipes multiprofissionais, a enfermagem desempenha um papel fundamental nas ações de educação em saúde, podendo, sobretudo, por sua proximidade com a comunidade, identificar de maneira precoce as DCNT e atuar no controle dos fatores de risco cardiovasculares (28).

Nesse contexto, a prática regular de atividade física apresenta um efeito fisiológico muscular e cardiocirculatório que atua como protetor da saúde, melhora a qualidade de vida e reduz os fatores de risco das DCNT (29). Dessa forma, os espaços públicos são locais adequados para exercícios físicos e proporcionam melhorias físicas, psicológicas e sociais.

Entretanto, o incentivo à prática da atividade física deve ser acompanhado pelo desenvolvimento de políticas e programas voltados aos determinantes da saúde (emprego, renda, educação, habitação, saneamento básico, dentre outros), a fim de que a promoção da saúde e da qualidade de vida consigam alcançar níveis satisfatórios na população (30).

Em um cenário que perpassa por fragilização das instituições públicas, por uma economia desequilibrada e por uma emenda constitucional (2016) que restringe os gastos públicos por 20 anos e que pode comprometer o desenvolvimento adequado das políticas públicas (31), é preciso refletir sobre a eficiência desses programas e as possibilidades de melhoria das políticas públicas vigentes voltadas à promoção da saúde e da qualidade de vida no Brasil.

Tratando das limitações quanto ao delineamento metodológico deste estudo, percebeu-se que o local designado para a pesquisa, a macrorregião de saúde Cariri, ao contar com 45 municípios, dificultou o processo da coleta de dados, devido à necessidade dos pesquisadores se deslocarem até os municípios para a aplicação dos questionários. Isso se caracteriza como uma limitação de acessibilidade.

Além disso, as respostas derivadas da autoavaliação podem implicar um viés de informação.

Contudo, esta pesquisa pode contribuir com a prática da enfermagem por se tratar de uma profissão que lidera esses espaços em saúde pública. Além disso, aborda uma temática que se caracteriza como um problema urgente nos sistemas de saúde, trazendo resultados oportunos a diferentes populações, aplicados à realidade atual.

Conclusão

A análise das características sociais e econômicas permitiu verificar a associação de morbidades como hipertensão, diabetes e dislipidemia com o sexo, a idade, a renda e a escolaridade. Essas variáveis estão associadas a hábitos de vida inadequados e constituem-se como os principais fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT. O acometimento dessas doenças acarreta prejuízos e incapacidades funcionais, além de custos excessivos ao sistema de saúde.

Para minimizar a ocorrência desses fatores de risco, é necessário instituir um conjunto de estratégias e intervenções. Por isso, as ações de prevenção e promoção da saúde são de grande relevância para a prática de enfermagem no território. Nesse sentido, a fim de possibilitar uma atuação interdisciplinar entre a equipe de enfermagem e a multiprofissional no contexto comunitário, é fundamental estabelecer estratégias que priorizem essas características sociais e econômicas, com consequente impacto sobre o perfil de morbidade.

Apoio financeiro

Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Ceará, Ministério da Saúde do Brasil, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e Secretaria de Saúde do Estado do Ceará — Programa Pesquisa para o SUS Ceará, sob o número de processo 13697166-0.

Agradecimentos

Universidade Regional do Cariri e Grupo de Pesquisa Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde.

Referências

- (1) Zhou T, Guan H, Yao J, Xiong X, Ma A. The quality of life in Chinese population with chronic noncommunicable diseases according to EQ-5D-3L: a systematic review. *Qual Life Res.* 2018;27:2799-2814. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1007/s11136-018-1928-y>
- (2) Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <https://bit.ly/2y7htSg>
- (3) Malta DC, Bernal RTI, Souza MF, Szwarcwald CL, Lima MG, Barros MB. Social inequalities in the prevalence of self-reported chronic non-communicable diseases in Brazil: national health survey 2013. *Int J Equity Health.* 2016;15(153):1-11. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1186/s12939-016-0427-4>
- (4) Ministério da Saúde do Brasil. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3aG5EQc>
- (5) Marinho MGS, Fontbonne A, Barbosa JMV, Rodrigues HM, Carvalho EF, Souza WV *et al.* The impact of an intervention to improve diabetes management in primary healthcare professionals' practices in Brazil. *Primary Care Diabetes.* 2017;11(6):538-45. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.pcd.2017.06.002>
- (6) Yamaguchi MU, Bernuci MP, Pavanelli GC. Scientific research about the National Policy for Health Promotion. *Cien Saude Colet.* 2016;21(6):1727-36. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07462016>
- (7) Ministério da Saúde do Brasil. Gabinete do Ministro. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria 2.681, de 7 de novembro de 2013. Disponível em: <https://bit.ly/3eZPGUt>
- (8) Gois CFL, Santos JFSS, Lima ACR, Gonçalves GM, Santos FLLSM, Teixeira JRM *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de hipertensos atendidos por equipe de saúde da família. *Rev Min Enferm.* 2016;20(e960):1-6. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5935/1415-2762.20160030>
- (9) Organização das Nações Unidas. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável; 2015. Disponível em: <https://bit.ly/3aIMsSo>
- (10) Secretaria Estadual de Saúde do Ceará. Coordenadorias Regionais de Saúde; 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2VIrL4k>
- (11) Ministério da Saúde do Brasil. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <https://bit.ly/2xfWADY>

- (12) Pinheiro WL, Coelho JMF. Profile of elderly users of outdoor gyms for aged people. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2017;30(1):93-101. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5020/18061230.2017.p93>
- (13) Lemos SEC, Gouveia SGC, Luna SCF, Silva SGB. Programa academia da cidade: descrição de fatores de adesão e não adesão. *R bras Ci e Mov*. 2016;24(4):75-84. Disponível: DOI: <http://doi.org/10.18511/rbcm.v24i4.5993>
- (14) Ibiapina ARL, Moura MN, Santiago MLE, Moura TNB. Characterization of users and usage pattern of outdoor fitness equipment. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2017;30(4):1-10. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5020/18061230.2017.6688>
- (15) Souza CA, Fermiño RC, Añez CRR, Reis RS. Perfil dos frequentadores e padrão de uso das academias ao ar livre em bairros de baixa e alta renda de Curitiba-PR. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2014;19(1):86-97. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.12820/rbafs.v.19n1p86>
- (16) Sá GBAR, Dornelles GC, Cruz KG, Amorim RCA, Andrade SSSC, Oliveira TP *et al*. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. *Cien Saude Colet*. 2016;21(6):1849-59. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1413-81232015216.09562016>
- (17) Iepsen AM, Silva MC. Perfil dos frequentadores das academias ao ar livre da cidade de Pelotas-RS. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2015;20(4): 413-24. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.12820/rbafs.v.20n4p413>
- (18) Miranda AKP, Aquino J Jr, Carvalho ALA, Rodrigues ZMR. Doenças crônicas não transmissíveis em usuários de um programa de atividade física de São Luís-MA, Brasil. *Hygeia*. 2016;12(23):100-10. Disponível em: <https://bit.ly/2VILP6G>
- (19) Francisco PMSB, Segri NJ, Barros MBA, Malta DC. Desigualdades sociodemográficas nos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito telefônico em Campinas, São Paulo. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(1):7-18. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5123/S1679-49742015000100002>
- (20) Malta DC, Stopa SR, Iser BPM, Bernal RTI, Claro RM, Nardi ACF *et al*. Risk and protective factors for chronic diseases by telephone survey in capitals of Brazil. *Vigil*. 2014. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(2):238-55. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1980-5497201500060021>
- (21) Norris CM, Yip CYY, Nerenberg KA, Clavel MA, Pacheco C, Foulds HJA *et al*. State of the Science in Women's Cardiovascular Disease: A Canadian Perspective on the Influence of Sex and Gender. *J Am Heart Assoc*. 2020;9(4):1-27. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1161/JAHA.119.015634>
- (22) Blacher J, Kretz S, Sorbets E, Lelong H, Vallée A, Lopez-Subet M. Épidémiologie de L'HTA: différences femme/Homme. *Presse Med*. 2019;48(11):1240-3. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.lpm.2019.04.010>
- (23) Iser BPM, Malta DC, Duncan BB, Moura L, Vigo A, Schmidt MI. Prevalence, Correlates, and Description of Self-Reported Diabetes in Brazilian Capitals—Results from a Telephone Survey. *PLOS ONE*. 2014;9(9):e108044. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0108044>
- (24) Freitas ER, Berardinelli LMM, Santo FHE, Coelho MJ. Nursing care practices in the context of male policy. *Rev enferm UFPE on line*. 2018;12(2):424-32. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a25155p424-432-2018>
- (25) Cinza-Sanjurjo S, Alonso-Moreno FJ, Prieto-Díaz MA, Divisón-Garrote JA, Rodríguez-Roca GC, Llisterri-Caro JL. Hipertensión arterial resistente en pacientes hipertensos atendidos en Atención Primaria de España. Estudio PRESCAP 2010. *Semergen*. 2014;41(3):123-30. Disponível: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.semerg.2014.02.014>
- (26) Mendoza W, Miranda J. Global shifts in cardiovascular disease, the epidemiologic transition and other contributing factors: Towards a new practice of Global Health Cardiology. *Cardiol Clin*. 2017;35(1):1-12. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.ccl.2016.08.004>
- (27) Almeida, CB, Casotti CA, Sena ELS. Reflexões sobre a complexidade de um estilo de vida saudável. *Av Enferm*. 2018;36(2):220-9. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n2.67244>
- (28) Bagwell MT, Bushy A, Ortiz J. Accountable care organization implementation experiences and rural participation. *JONA*. 2017; 47(1):30-4. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1097/nna.0000000000000433>
- (29) Sales A, Cunha M. Blood pressure control in elderly medicated women: Benefits of a physical functional exercise programme. *Millenium*. 2018;2(6):13-22. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.29352/millo206.01.00178>
- (30) Maciel MG, Couto ACP. Programas governamentais de atividade física: uma proposta de política pública. *Perspectivas em Políticas Públicas*. 2018;11(22):55-79. Disponível em: <https://bit.ly/3bL74Kt>
- (31) Noronha JC, Noronha GS, Pereira TR, Costa AM. The future of the Brazilian Health System: a short review of its pathways towards an uncertain and discouraging horizon. *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):2051-60. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05732018>