

# Morbidades referidas por professores de medicina

## Morbidities reported by medical teachers

Francisca Maria Araújo da Silva<sup>1</sup>, Daiana Louise Andrade Silva<sup>1</sup>, Samuel Eneias Pereira Viana<sup>1</sup>, Ivan Carlos Tenório Lins<sup>1</sup>, Claudia Meurer Souza<sup>1</sup>, Betine Pinto Moehlecke Iser<sup>1</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a prevalência do relato de diagnóstico médico de doenças crônicas e fatores associados entre professores. **Métodos:** Estudo transversal em amostra do tipo censo do corpo docente do curso de medicina de uma universidade da Região Sul do Brasil, utilizando-se como instrumento o questionário adaptado da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. **Resultados:** As doenças crônicas não transmissíveis mais frequentes na amostra estudada foram a Hipertensão Arterial Sistêmica (19,2%) e a dislipidemia (15,4%). A comparação da ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis pelas razões de prevalência, segundo as características individuais da amostra total (n=156), mostrou frequência quase seis vezes maior de hipertensão nos professores com excesso de peso (33,3%) do que entre os eutróficos (5,1%) e cinco vezes maior entre os professores com 45 anos ou mais (33,3%) do que entre os mais jovens (6,2%). **Conclusão:** Os achados da pesquisa colocam em evidência a relevância da prevenção dos fatores de riscos modificáveis, para reduzir a incidência das doenças crônicas não transmissíveis, além do controle adequado para a população que já apresenta a doença instalada.

**Descritores:** Doença crônica; Fatores de risco; Estudos epidemiológicos.

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the prevalence of medical diagnosis of chronic diseases and associated factors among teachers. **Methods:** This is a cross-sectional study with census-type sampling of the faculty of the medical school of a university in the south region of Brazil, using as instrument the adapted questionnaire of the Surveillance of Risk Factors and Protection for Chronic Diseases by Telephone Inquiry. **Results:** The most frequent chronic noncommunicable diseases in the study sample were Systemic Arterial Hypertension (19.2%) and dyslipidemia (15.4%). The comparison of the occurrence of chronic noncommunicable diseases by prevalence ratios according to the individual characteristics of the total sample (n=156) showed an almost 6-fold higher frequency of hypertension in overweight teachers (33.3%) compared to the eutrophic (5.1%) and five times higher among teachers aged 45 years or more (33.3%) than among the younger ones (6.2%). **Conclusion:** The research findings highlight the relevance of the prevention of modifiable risk factors, in order to reduce the incidence of chronic noncommunicable diseases, as well as the adequate control for the population that already has the disease.

**Keywords:** Chronic disease; Risk factors; Epidemiologic studies.

<sup>1</sup> Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, SC, Brasil.

**Data de submissão:** 12/02/2019. **Data de aceite:** 18/03/2019.

**Autor correspondente:** Betine Pinto Moehlecke Iser. Universidade do Sul de Santa Catarina, Sede, Reitoria. Avenida José Acácio Moreira, 787 – Dehon – Caixa Postal: 370 - CEP 88704-900 – Tubarão, SC, Brasil - Tel.: (48) 3621-3363 - E-mail: betinee@gmail.com

**Fontes de auxílio à pesquisa:** não há. **Conflitos de interesse:** não há.

**Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa:** o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina, sob registro 516.469.

Artigo fruto de Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, SC, Brasil.

**Atribuições dos autores:** Concepção e delineamento do projeto: BPMI.

Coleta, análise e interpretação de dados: FMAS, DLAS, SEPV, ICTI e BPMI.

Redação e revisão crítica do manuscrito: FMAS, DLAS, SEPV, ICTI, CMS e BPMI.

Aprovação da versão final do manuscrito a ser publicado: FMAS, DLAS, SEPV, ICTI, CMS e BPMI.

## INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) englobam quatro doenças crônicas principais de impacto mundial: doenças cardiovasculares, neoplasias, doença respiratória crônica e *diabetes mellitus* (DM).<sup>(1)</sup> Importante destacar que as DCNT são de etiologia multifatorial,<sup>(2,3)</sup> mas caracterizam-se por terem fatores de risco comuns, sendo os principais o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool.<sup>(1)</sup>

O crescimento das doenças crônicas, especialmente as cardiovasculares e o DM, está relacionado ao aumento da exposição aos fatores de risco,<sup>(4)</sup> aliado ao aumento da expectativa de vida brasileira. Esses fatores de risco, como baixo consumo de frutas e verduras e sedentarismo, contribuem de forma significativa para o aumento de sobrepeso e obesidade, que também são relacionados à ocorrência de outras DCNT.<sup>(1,2)</sup> Deve-se considerar, no entanto, que tais fatores são modificáveis, sendo estas doenças evitáveis, pela adoção de hábitos mais saudáveis de vida, sendo importante a conscientização da população.<sup>(5)</sup>

As DCNT são responsáveis por cerca de 71% de todas as mortes no mundo.<sup>(1)</sup> Nas Américas, as DCNT são agentes de 80% das mortes. No Brasil, as DCNT são também a principal causa de mortalidade, sendo responsáveis por 73% dos óbitos totais.<sup>(6)</sup> As quatro doenças responderam por 80,7% dos óbitos por doenças crônicas, atingindo fortemente as populações mais pobres.<sup>(7)</sup>

Dessa forma, o controle das doenças crônicas e a redução da população aos seus fatores de risco tem sido prioridade mundial. O Brasil construiu um Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2011-2022, com ações organizadas nos eixos de vigilância e informação em saúde, promoção da saúde e cuidado integral. Para o sucesso das metas propostas, foi recomendada uma participação efetiva e ampla de toda a sociedade brasileira, além da priorização dos investimentos nacionais para a prevenção e controle das DCNT.<sup>(7)</sup>

Contudo, deve-se considerar que a redução da morbimortalidade relacionada a essas doenças exige mudanças dos hábitos de vida, por meio de ações de promoção de saúde e prevenção e controle dos principais fatores de riscos comuns. Além disso, o diagnóstico precoce das doenças crônicas favorece o controle adequado e a redução de complicações relacionadas, proporcionando melhorias na qualidade de vida desses indivíduos, da família e em longo prazo da população.<sup>(1,6)</sup>

Cabe salientar que os adolescentes e adultos jovens também constituem um grupo de risco crescente para as doenças crônicas. Nesse sentido, os programas de prevenção desenvolvidos nas escolas têm como objetivo aumentar o conhecimento dos jovens para a adoção de estilos de vida saudáveis e, assim, diminuir a prevalência desses fatores de riscos. Esse conhecimento deve ser repassado nas escolas e nas universidades por todos os professores, principalmente pelos que atuam na área da saúde.<sup>(8)</sup>

Para os portadores de doenças crônicas, vale ressaltar que a educação e a promoção de saúde não se referem à prevenção da doença em si, visto que a doença já se instalou. O foco nesses casos deve estar na conscientização desses indivíduos de que é possível, para o portador de DCNT, levar uma vida saudável com o tratamento adequado, evitando complicações e mortes precoces.<sup>(9)</sup>

O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência do relato de diagnóstico médico de doenças crônicas (hipertensão arterial sistêmica, DM, dislipidemia, doenças do coração, osteoporose e doenças respiratórias) e fatores associados (características demográficas e estado nutricional) entre os professores de um curso de Medicina. O interesse por esta população se deveu ao fato de que os docentes são, em sua maioria, profissionais da área da saúde, pertencentes a uma amostra social e economicamente diferenciada da população e que, ainda, são profissionais de referência não só aos seus pacientes, como também aos novos profissionais da área médica em formação.

## MÉTODOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina sob registro 516.469, em respeito à Resolução 466, de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes deram a anuência mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi realizado estudo transversal em amostra do tipo censo do corpo docente do curso de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina. Segundo informações da secretaria do curso, havia 184 professores contratados no período que antecedeu o início das entrevistas, as quais foram realizadas por quatro alunos previamente treinados.

Esse estudo fez parte de um projeto maior, que avaliou diferentes comportamentos em saúde (comportamento alimentar e estado nutricional, consumo de álcool e tabagismo e a prática de atividade física) considerando a prevenção das principais DCNT, entre os professores do curso de medicina da Universidade do

Sul de Santa Catarina, *campus* Tubarão, em Santa Catarina. Este estudo, em particular, avaliou as morbidades referidas e os possíveis fatores associados à ocorrência dessas doenças.

O instrumento empregado neste estudo foi adaptado do questionário utilizado pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel),<sup>(10)</sup> incluindo-se detalhes sobre medidas de diagnóstico e controle das doenças investigadas: idade do diagnóstico, realização de medidas de glicemia, aferição de pressão arterial, tratamento medicamentoso e outras medidas de controle, além de investigar complicações relacionadas. Todas as informações foram referidas pelos entrevistados, incluindo as informações de peso e altura utilizadas para o cálculo do índice de massa corporal (IMC). A partir das respostas obtidas neste questionário, foram elaborados indicadores específicos para análise e criados grupos para comparação dos dados: pessoas abaixo de 45 anos (média) ou com 45 anos ou mais; com excesso de peso (IMC  $\geq 25\text{kg}/\text{m}^2$ ) ou não, e de área cirúrgica ou não cirúrgica, considerando a hipótese de que os cirurgiões teriam comportamentos de saúde diferenciados dos demais, em função da jornada de trabalho irregular.

Os dados foram armazenados e analisados com auxílio dos programas Epi Info™ versão 3.5.4 e Stata 12.0. As variáveis quantitativas foram descritas por medidas de tendência central e dispersão, conforme adequação dos dados. As prevalências das morbidades referidas e outros desfechos de interesse foram apresentados em proporção (%) e intervalo de confiança de 95%. Para os testes de associação, foram utilizados o teste qui-quadrado para comparação de proporções e o teste *t* de Student para comparação de médias, ou equivalentes não paramétricos, com nível de significância de 5%. A razão de prevalência (RP) foi estimada pela razão de riscos, com intervalo de confiança de 95% (IC95%). Razões de prevalência ajustadas foram estimadas pela Regressão de Poisson com variância robusta, com ajuste para idade e sexo, excesso de peso e área de atuação profissional, tendo como categorias de referência as de menor prevalência: sexo feminino, menores de 45 anos, IMC  $< 25\text{kg}/\text{m}^2$  e área não cirúrgica.

## RESULTADOS

Segundo informações repassadas pela secretaria do curso de Medicina, existiam 184 docentes vinculados ao curso. Após duas recusas, exclusões por afastamento do trabalho e perdas em virtude de não terem sido encontrados após três tentativas de contato, foram entrevistados 156 professores, conforme especificado na figura 1.

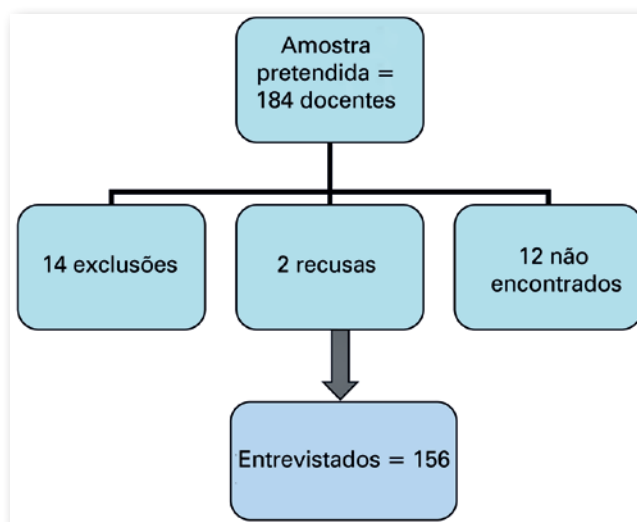


Figura 1. Descrição da amostra em estudo.

As características individuais da amostra estudada são apresentadas na tabela 1. Entre 156 indivíduos estudados, 60,9% eram do sexo masculino. A idade variou de 26 a 73 anos, com mediana de 43 anos e média de 45,2 ( $\pm 10,6$ ). A maioria dos professores estudados era de médicos (82,2%). Em relação à área de atuação profissional, a maioria dos estudados atuava na área clínica, correspondendo a 70,1%, e 11,7% eram cirurgiões. A maioria dos entrevistados morava em Tubarão (79,7%) ou Florianópolis (SC) (17,6%).

O IMC médio da amostra estudada, a partir das informações de peso e altura referidos, foi de 25,8 ( $\pm 4,33$ )  $\text{kg}/\text{m}^2$  e variou de 17,1 a 42,6, sendo que 1,9% foi considerado com baixo peso, 47,7% eram eutróficos (peso normal: IMC entre 18,5 e 24,9), 35,5% tinham sobrepeso e 14,4% eram obesos. Dessa forma, 49,9% dos docentes apresentaram IMC  $\geq 25\text{kg}/\text{m}^2$ , compatível com excesso de peso.

Em relação à autoavaliação do estado de saúde, apenas 1,3% relatou como ruim, e nenhum entrevistado considerou muito ruim. A frequência das DCNT e o acompanhamento médico dos professores estudados são apresentados na tabela 2. As DCNT mais frequentes na amostra estudada foram a hipertensão arterial sistêmica (19,2%) e a dislipidemia (15,4%). O acompanhamento médico, segundo relato de 64,1% dos entrevistados, era realizado pelo menos uma vez ao ano.

As medidas de controle e o tratamento adotados pelos professores portadores de DCNT foram questionadas nesse estudo de acordo com cada doença, em geral relacionadas à realização de dieta adequada, atividade física, dieta de açúcar, dieta de lipídios e uso de medicamentos.

**Tabela 1.** Características epidemiológicas dos professores do curso de Medicina estudados

| Características          | n (%)      | IC95%      |
|--------------------------|------------|------------|
| Sexo                     |            |            |
| Masculino                | 95 (60,9)  | 52,8-68,6  |
| Feminino                 | 61 (39,1)  | 31,4-47,2  |
| Faixa etária, anos       |            |            |
| 20-39                    | 57 (36,7)  | 29,0-44,6  |
| 40-59                    | 79 (50,6)  | 42,5-58,7  |
| ≥60                      | 20 (12,8)  | 8,0-19,1   |
| Profissão                |            |            |
| Médico                   | 125 (82,2) | 75,2-88,0  |
| Enfermeiro               | 8 (5,3)    | 2,30-10,1  |
| Dentista                 | 2 (1,3)    | 0,20-4,7   |
| Biólogo                  | 6 (3,9)    | 1,5-8,4    |
| Farmacêutico/bioquímicos | 8 (5,2)    | 1,50-8,40  |
| Nutricionista            | 2 (1,3)    | 0,20-4,7   |
| Fisioterapeuta           | 1 (0,7)    | 0,00-3,60  |
| Fonoaudiólogo            | 1 (0,7)    | 0,00-3,60  |
| Psicólogo                | 1 (0,7)    | 0,00-3,60  |
| Pedagogo                 | 1 (0,7)    | 0,00-3,60  |
| Veterinário              | 1 (0,7)    | 0,00-3,60  |
| Área profissional        |            |            |
| Clínica                  | 108 (70,1) | 62,2-77,2  |
| Cirúrgica                | 18 (11,7)  | 7,10-17,8  |
| Pesquisa e ensino        | 28 (18,2)  | 12,4-25,2  |
| Outros                   | 2 (2,6)    | 0,20-4,60  |
| Município de residência  |            |            |
| Tubarão                  | 118 (79,7) | 72,3-85,9  |
| Florianópolis            | 26 (17,6)  | 11,8-24,7  |
| Gravatal                 | 3 (2,0)    | 0,40-5,80  |
| Outros                   | 9 (5,8)    | 2,70-10,70 |

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Dentre os indivíduos com hipertensão arterial sistêmica (n=30), 93,3% relataram o uso de medicamentos. Independente do diagnóstico, 97,4% relataram a verificação da pressão arterial há menos de 1 ano. Em relação aos portadores de DM (n=6), a mesma proporção (83,3%) relatou uso de medicamentos e controle por dieta adequada, porém 16,7% referiram apenas restringir o açúcar; outros 33,3% referiram praticar atividade física. Nenhum diabético estudado relatou uso de insulina. A média de idade de diagnóstico da doença para cinco pacientes que a referiram foi de 51,6 ( $\pm 8,32$ ), variando de 39 a 62 anos. Quanto ao exame de glicemia, 82,7% da amostra total tinha feito há menos de 1 ano.

Quanto aos portadores de doenças cardíacas, 87,5% referiram utilizar medicamentos e 25% referiram uma dieta adequada, porém 12,5% destes afirmaram apenas restringir a ingestão de gorduras e outros 62,5% referiram a prática de atividade física. Entre os diabéticos e cardiopatas, 16,7% e 25%, respectivamente, faziam uso exclusivamente de medicamentos como medida de controle da doença.

Dos portadores de asma ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), 57,9% relataram uso de medicamentos e nenhum referiu internação por crises ou descompensação da doença nos últimos 12 meses. Em relação aos indivíduos com dislipidemia, 41,7% referiram o uso de medicamentos. Apenas um entrevistado, de 62 anos, relatou diagnóstico de osteoporose, e ele não fazia uso de medicamentos (Tabela 3).

A comparação da ocorrência das DCNT pelas RP, segundo as características individuais da amostra total (n=156), mostrou frequência quase seis vezes maior de hipertensão nos professores com excesso de peso

**Tabela 2.** Frequência das doenças crônicas não transmissíveis e de acompanhamento médico nos professores do Curso de Medicina

| Variáveis                              | Total (n) | Sim (%) | IC95%      | Idade ao diagnóstico Média $\pm$ DP |
|--|-----------|---------|------------|-------------------------------------|
| Doença relatada                        |           |         |            |                                     |
| HAS                                    | 30        | 19,2    | 13,4- 26,3 |                                     |
| DM                                     | 6         | 3,8     | 1,40-8,20  | 43,3 $\pm$ 21,5                     |
| Cardiopatas                            | 8         | 5,1     | 2,2-9,9    | 47,4 $\pm$ 14,9                     |
| Asma/DPOC                              | 19        | 12,2    | 7,5-18,4   | 15,4 $\pm$ 14,5                     |
| Dislipidemia                           | 24        | 15,4    | 10,1-22,0  | 41,0 $\pm$ 9,0                      |
| Osteoporose                            | 1         | 0,6     | 0,0-3,5    | 62 anos                             |
| Periodicidade do acompanhamento médico |           |         |            |                                     |
| A cada 6 meses                         | 28        | 17,9    | 12,3-24,9  |                                     |
| 6 meses a 1 ano                        | 72        | 46,2    | 38,2-54,3  |                                     |
| A cada 2 anos                          | 30        | 19,2    | 13,4-26,3  |                                     |
| Mais 2 anos                            | 8         | 5,1     | 2,2-9,9    |                                     |
| Apenas quando necessário               | 12        | 7,7     | 4,0-13,1   |                                     |
| Quase nunca                            | 6         | 3,8     | 1,4-8,2    |                                     |

IC95%: intervalo de confiança de 95%; DP: desvio padrão; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DM: diabetes mellitus; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica.

**Tabela 3.** Razões de prevalência brutas e ajustadas (RPa) para morbidade autorreferidas, segundo as características individuais da amostra

| Variáveis            | Prevalência (%) | RP (IC95%)        | Valor p             | RPa (IC95%)       | Valor p | RPb (IC95%)       | Valor p* |
|----------------------|-----------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------|-------------------|----------|
| Hipertensão arterial | 19,2            |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Sexo                 |                 |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Masculino            | 24,2            | 2,1 (0,9-4,6)     | 0,048 <sup>†</sup>  | 1,59 (0,74-3,45)  | 0,235   | 1,15 (0,57-2,33)  | 0,694    |
| Feminino             | 11,5            |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Idade                |                 |                   |                     |                   |         |                   |          |
| ≥45                  | 33,3            | 5,4 (2,17-13,8)   | <0,001 <sup>a</sup> | -                 |         | 3,97 (1,58-9,98)  | 0,003    |
| <45                  | 6,2             |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Excesso peso         |                 |                   |                     |                   |         |                   |          |
| IMC ≥25              | 33,3            | 6,5 (2,38-17,75)  | <0,001 <sup>†</sup> | 4,95 (1,78-13,82) | 0,002   | 4,82 (1,75-13,29) | 0,002    |
| IMC <25              | 5,1             |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Cirurgião            |                 |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Sim                  | 22,2            | 1,2 (0,46-2,99)   | 0,469               | 1,25 (0,48-3,27)  | 0,647   | 0,94 (0,37-2,35)  | 0,890    |
| Não                  | 18,8            |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Diabetes mellitus    | 3,8             |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Sexo                 |                 |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Masculino            | 4,2             | 1,3 (0,24-6,79)   | 0,532 <sup>‡</sup>  | 0,83 (0,16-4,23)  | 0,823   | 0,81 (0,14-4,79)  | 0,818    |
| Feminino             | 3,3             |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Idade                |                 |                   |                     |                   |         |                   |          |
| ≥45                  | 8,0             | -                 | 0,011 <sup>†</sup>  | -                 |         | -                 | <0,001   |
| <45                  | 0,0             |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Excesso peso         |                 |                   |                     |                   |         |                   |          |
| IMC ≥25              | 3,8             | 1,0 (0,20-4,80)   | 0,659 <sup>‡</sup>  | 0,63 (0,14-2,93)  | 0,556   | 0,62 (0,12-3,36)  | 0,582    |
| IMC <25              | 3,8             |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Cirurgião            |                 |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Sim                  | 5,6             | 1,5 (0,19-12,39)  | 0,527 <sup>‡</sup>  | 1,67 (0,22-12,68) | 0,618   | 1,96 (0,23-16,5)  | 0,537    |
| Não                  | 3,6             |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Doenças Cardíacas    | 5,1             |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Sexo                 |                 |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Masculino            | 5,3             | 1,07 (0,26-4,31)  | 0,616 <sup>‡</sup>  | 0,69 (0,17-2,66)  | 0,592   | 0,79 (0,19-3,31)  | 0,744    |
| Feminino             | 4,9             |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Idade                |                 |                   |                     |                   |         |                   |          |
| ≥45                  | 10,7            | -                 | 0,002 <sup>‡</sup>  | -                 |         | -                 | <0,001   |
| <45                  | 0,0             |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Excesso peso         |                 |                   |                     |                   |         |                   |          |
| IMC ≥25              | 6,4             | 1,66 (0,41-6,73)  | 0,359 <sup>‡</sup>  | 1,05 (0,27-4,09)  | 0,943   | 1,18 (0,28-5,02)  | 0,822    |
| IMC <25              | 3,8             |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Cirurgião            |                 |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Sim                  | 0               | --                | 0,366 <sup>‡</sup>  | --                | <0,001  | --                | <0,001   |
| Não                  | 5,8             |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Asma/DPOC            | 12,2            |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Sexo                 |                 |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Masculino            | 12,6            | 1,10 (0,46-2,64)  | 0,829 <sup>†</sup>  | 1,31 (0,53-3,25)  | 0,556   | 2,20 (0,94-5,15)  | 0,068    |
| Feminino             | 11,5            |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Idade                |                 |                   |                     |                   |         |                   |          |
| ≥45                  | 6,7             | 0,38 (0,15-1,02)  | 0,042 <sup>†</sup>  | -                 |         | 0,42 (0,15-1,14)  | 0,089    |
| <45                  | 17,3            |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Excesso peso         |                 |                   |                     |                   |         |                   |          |
| IMC ≥25              | 5,1             | 0,26 (0,09-0,76)  | 0,007 <sup>†</sup>  | 0,31 (0,11-0,89)  | 0,030   | 0,30 (0,11-0,83)  | 0,020    |
| IMC <25              | 19,2            |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Cirurgião            |                 |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Sim                  | 0               | --                | 0,083 <sup>‡</sup>  | --                | <0,001  | --                | <0,001   |
| Não                  | 13,8            |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Dislipidemia         | 15,4            |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Sexo                 |                 |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Masculino            | 22,1            | 4,49 (1,40-14,42) | 0,003 <sup>†</sup>  | 4,46 (1,43-13,93) | 0,010   | 5,23 (1,70-16,03) | 0,004    |
| Feminino             | 4,9             |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Idade                |                 |                   |                     |                   |         |                   |          |
| ≥45                  | 17,3            | 1,27 (0,61-2,67)  | 0,516 <sup>†</sup>  | -                 |         | 1,01 (0,50-2,02)  | 0,978    |
| <45                  | 13,6            |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Excesso peso         |                 |                   |                     |                   |         |                   |          |
| IMC ≥25              | 16,7            | 1,18 (0,56-2,47)  | 0,657 <sup>†</sup>  | 1,13 (0,54-2,37)  | 0,753   | 0,87 (0,44-1,72)  | 0,681    |
| IMC <25              | 14,1            |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Cirurgião            |                 |                   |                     |                   |         |                   |          |
| Sim                  | 11,1            | 0,70 (0,17-2,72)  | 0,451 <sup>‡</sup>  | 0,70 (0,18-2,76)  | 0,614   | 0,46 (0,12-1,81)  | 0,269    |
| Não                  | 15,9            |                   |                     |                   |         |                   |          |

\* Teste do qui quadrado de Wald; † teste qui-quadrado de Pearson; ‡ teste exato de Fisher. RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%; RPa: razão de prevalência ajustada por idade; RPb: razão de prevalência ajustada por todas as demais variáveis do modelo; IMC: índice de massa corporal; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica.

(33,3%) do que entre os eutróficos (5,1%) e cinco vezes maior entre os professores com 45 anos ou mais (33,3%) do que entre os mais jovens (6,2%) – diferenças estatisticamente significativas. Com significância limítrofe, a hipertensão foi mais frequente nos homens (24%) do que nas mulheres (11,5%). A maior idade ( $\geq 45$  anos) e o excesso de peso foram fatores independentes associados à maior prevalência de hipertensão arterial nos diferentes modelos testados.

Todos os entrevistados que relataram o diagnóstico de DM e doenças cardíacas tinham 45 anos de idade ou mais, sendo a idade fator independente para a ocorrência dessas doenças. Não foram verificadas diferenças significativas para sexo e excesso de peso, enquanto para o diagnóstico de doenças cardíacas, a prevalência foi maior entre os professores de área não cirúrgica ( $p < 0,001$ ). Em contrapartida, para as doenças respiratórias crônicas, a frequência foi maior entre os professores mais jovens e naqueles com menos de 45 anos (17,3%) do que entre os mais velhos (6,7%), bem como entre os professores eutróficos e de baixo peso (19,2%) em relação àqueles com excesso de peso (5,1%) – variações estatisticamente significativas. Não foram verificadas diferenças significativas para sexo e área cirúrgica ou não cirúrgica. Em análise ajustada, porém, apenas os identificados como de baixo peso ou eutróficos e não cirurgiões apresentaram prevalência superior de asma/DPOC, sendo que a idade perdeu significância estatística em todos os modelos que consideraram o excesso de peso no ajuste das estimativas.

O relato de dislipidemias mostrou frequência quatro vezes maior no sexo masculino (22,1%) do que no feminino (4,9%), com  $p = 0,003$ , sem diferenças significativas por idade, excesso de peso e área cirúrgica, mesmo após análises ajustadas.

Considerando SM, hipertensão, dislipidemias e doenças cardíacas, 54 (34,6%; IC95% 27,0-42,1) entrevistados relataram diagnóstico de pelo menos uma dessas doenças, sendo este mais frequente entre os homens, entre aqueles com 45 anos ou mais e as pessoas com excesso de peso. Em análise ajustada, a idade foi um fator independente associado à ocorrência de pelo menos uma DCNT.

## DISCUSSÃO

Neste estudo, foi avaliada a prevalência de diagnóstico das DCNT por meio de morbidades autorreferidas (hipertensão arterial sistêmica, DM, dislipidemias, doenças cardíacas e doenças respiratórias crônicas) entre os professores do curso de medicina de Tubarão.

Hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia foram as morbidades autorreferidas mais frequentes, com pre-

valências similares, embora mais baixas que os dados nacionais, nos quais a frequência de diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial sistêmica foi de 24,3%.<sup>(11)</sup> Em estudo anterior de base populacional realizado em Tubarão, município sede do *campus* da universidade, a prevalência de hipertensão arterial, aferida em duas medidas em visita domiciliar, foi de 29,9% (IC95% 29,6-30,3), ou seja, superior aos dados referidos.<sup>(12)</sup> Embora a população estudada seja diferenciada intelectualmente em virtude da alta escolaridade e de ser, em sua maioria, profissionais médicos, uma maior oportunidade de acesso ao diagnóstico de doenças não refletiu em maiores prevalências de morbidade referida do que a média nacional. Possivelmente, esse fator foi anulado pelo maior cuidado em saúde dessa população e por ser uma amostra de adultos jovens, com menos doença instalada.

Hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia estão diretamente relacionadas com excesso de peso/obesidade, alimentação inadequada e sedentarismo. Neste estudo, confirma-se essa relação, com metade da amostra apresentando excesso de peso, tendo esse fator associação com a maior frequência de hipertensão arterial sistêmica. Segundo estudo com a população brasileira,<sup>(13)</sup> a RP de hipertensos entre obesos foi aproximadamente três vezes maior (RP=3,18; IC95% 3,05-3,33) do que em eutróficos, independente do sexo. Em relação à dislipidemia, por outro lado, encontrou-se associação apenas para o sexo, sendo mais frequentes nos homens do que nas mulheres, independente de outros fatores como o excesso de peso e a idade. Esse fato pode estar relacionado a hábitos alimentares, como maior consumo de alimentos gordurosos e menor consumo de frutas e hortaliças, entre os homens.<sup>(11,14)</sup>

A prevalência do diagnóstico de DM tipo 2 entre os professores do curso de medicina (3,8%) corresponde à metade da prevalência nacional em 2017, de 7,6%.<sup>(11)</sup> Neste estudo, a baixa prevalência da doença pode estar relacionada às características da população estudada, predominantemente com menos de 50 anos, altamente escolarizada e que possui maiores cuidados com a saúde em função de sua profissão. Ainda, muitos estudos demonstraram que mudanças no estilo de vida são efetivas em retardar ou prevenir o DM em indivíduos pré-diabéticos,<sup>(3,5,15,16)</sup> o que pode indicar que os cuidados em saúde dessa população reflitam em uma instalação mais tardia da doença.

O excesso de peso observado nesta população está relacionado com o aumento do risco cardiovascular devido a diversas comorbidades, incluindo hipertensão arterial, dislipidemias e DM 2, podendo contribuir para a prevalência de doenças cardíacas encontrada. No presente estudo, 5,1% da amostra apresentou doença

cardíaca, todos a partir dos 45 anos de idade, resultados similares aos nacionais, porém superior, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 (4,2%).<sup>(14)</sup> A divergência do resultado em relação aos estudos nacionais pode estar relacionada a um autorrelato mais fidedigno do diagnóstico de doenças do coração, devido à população estudada ser, em sua maioria, médicos com atuação na área clínica.

A autorreferência de asma/DPOC encontrada no presente trabalho (12,2%) foi semelhante a de estudo realizado na população adulta brasileira (14,4%)<sup>(17)</sup> que somou asma e DPOC. Considerando as doenças isoladamente, porém, a prevalência mundial de DPOC nos países industrializados é de 5% a 15%,<sup>(17)</sup> e a prevalência de asma nos Estados Unidos é de 8,2%.<sup>(18)</sup> Estudos indicam que o desenvolvimento das doenças respiratórias crônicas independe das características epidemiológicas dos indivíduos, exceto a idade,<sup>(17,19)</sup> sendo resultado de interações ambientais/exposição ou de outros fatores, como genéticos, hereditários e infecções pulmonares.<sup>(17,19,20)</sup> Em nosso estudo, o IMC, avaliado como presença ou não de excesso de peso, foi o fator independente relacionado à ocorrência da doença, sendo mais frequente entre os de baixo peso ou eutróficos.

A maior prevalência de doenças respiratórias crônicas nos professores com menos de 45 anos de idade e eutróficos aponta para uma preponderância no diagnóstico de asma sobre os de DPOC, embora, neste estudo, não se tenha estudado a ocorrência das duas morbidades de forma isolada. Esse achado pode ser atribuído à faixa etária pesquisada ser uma amostra adulta jovem (mediana de 43 anos). Sabe-se que 50% dos casos de asma iniciam-se antes dos 10 anos, com declínio nos adultos jovens (5% a 6%), podendo ocorrer regressão espontânea e, em um terço, persistência da doença na vida adulta, com destaque para o sexo feminino.<sup>(20,21)</sup> A DPOC, por outro lado, afeta os indivíduos a partir dos 40 anos de idade, com maior incidência nos idosos do sexo masculino.<sup>(17,21)</sup>

De modo geral, o presente estudo estimou a frequência de DCNT como maior entre os homens e a partir dos 45 anos de idade. Supõe-se que esse achado se deva às características da amostra, sendo, em geral, os homens mais velhos e obesos do que as mulheres – situações controladas em análise ajustada, permanecendo essa variável estatisticamente associada apenas à frequência de dislipidemias. Quanto à categoria idade, o diagnóstico da maioria das morbidades estudadas predominou a partir dos 45 anos de idade, confirmando a idade como fator independente associado à ocorrência de doenças crônicas, achados também em outras populações.<sup>(10,11,20)</sup>

A autoavaliação do estado de saúde tem sido utilizada em inquéritos de saúde por produzir uma classificação global do indivíduo, que considera sinais e sintomas de doenças, além do impacto dessas condições sobre seu bem-estar físico, mental e social.<sup>(22)</sup> Por isso, esse tem sido considerado um indicador válido e relevante do estado de saúde de indivíduos e de populações, estando relacionado a medidas objetivas de morbidade e de uso dos serviços de saúde.<sup>(11,23)</sup> No presente trabalho, apenas 1,3% dos entrevistados consideraram seu estado de saúde ruim, que corresponde a uma proporção inferior ao verificado entre a população adulta das capitais brasileiras (4,1%).<sup>(11)</sup> Estudo realizado em 2006 indicou que a capital de Florianópolis apresentou o menor percentual entre todas as capitais brasileiras para mulheres (4,6%) e o segundo menor para homens (1,9%).<sup>(24)</sup>

Estudos anteriores encontraram forte associação da autoavaliação da saúde ruim com menor escolaridade, estrato e classe social.<sup>(23,24)</sup> As categorias regular, ruim e muito ruim, neste estudo somadas, revelaram percentuais inferiores às demais pesquisas, o que pode estar relacionado ao fato de que a população estudada é diferente do padrão brasileiro: apresenta alta escolaridade, maior acesso aos serviços de saúde por se tratar de profissionais da área e por residir na Região Sul, uma das mais desenvolvidas do país. Além disso, a boa avaliação do estado de saúde pode ser associada a outro indicador avaliado nesse trabalho: acompanhamento médico assíduo, em que 64,1% realizam consultas pelo menos uma vez ao ano.

Não houve relatos de internação hospitalar, uso de insulina ou descompensação das doenças nos últimos 12 meses, refletindo em um controle satisfatório das morbidades estudadas. Estas atitudes já eram esperadas nesta população de professores, em virtude de terem oportunidade de receber um cuidado clínico integral e de possuírem alto conhecimento de saúde, sendo capazes de promover a prevenção das complicações dessas doenças, de forma a evitar a incapacidade funcional e a morte prematura.<sup>(25,26)</sup>

Ainda, ao analisarmos o tratamento adotado por todos os indivíduos portadores de doenças crônicas, verificou-se ampla adesão ao tratamento medicamentoso, além da adoção de medidas de controle, como acompanhamento médico regularmente, dieta adequada ou específica e atividade física, as quais são adjuvantes ao tratamento medicamentoso e essenciais para diminuir a morbimortalidade, visto que são medidas promotoras de saúde.<sup>(15,26)</sup>

As limitações desse estudo estão relacionadas ao uso da morbidade referida, o que pode ter levado à subestimativa da real prevalência das doenças estudadas, por serem dependentes do diagnóstico médico. No en-

tanto, por ser uma amostra selecionada de profissionais da área da saúde, espera-se um maior acesso a consultas e a exames médicos. Da mesma forma, os valores de IMC podem ter sido subestimados e as medidas de controle, supervalorizadas em virtude do papel exemplar que os professores devem exercer com seus alunos e também pacientes. Por outro lado, em geral, os professores entrevistados mostraram-se solícitos e interessados na pesquisa e na divulgação dos seus resultados, o que sugere que eles tenham sido fidedignos nas respostas fornecidas. A avaliação conjunta de asma e DPOC limitou uma análise mais detalhada dos fatores associados à ocorrência de cada morbidade, tendo em vista estas terem padrão diferenciado de ocorrência e distribuição na população.

A principal vantagem do estudo relaciona-se à coleta de dados primários, em entrevista de campo, contemplando grande parte da população-alvo do estudo, promovendo ao trabalho o melhor retrato possível da prevalência de morbidade referida com suas medidas de controle e tratamento adotados pelos professores para o controle das DCNT. Estes resultados serão importantes para subsidiar ações de promoção e prevenção para a comunidade acadêmica.

## CONCLUSÃO

O inquérito de morbidade autorreferida identificou hipertensão e dislipidemia como as morbidades mais prevalentes. A idade foi fator independente, associado à ocorrência da maioria das doenças estudadas. O controle e o tratamento mostraram-se adequados, sem relatos de complicações. O acompanhamento médico para as DCNT mostrou-se frequente. Quanto ao estado nutricional, metade dos docentes apresentou excesso de peso.

Esta pesquisa coloca em evidência a relevância da prevenção dos fatores de riscos modificáveis, para reduzir a incidência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, além do controle adequado para a população que já apresenta a doença instalada.

## REFERÊNCIAS

- World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases [Internet]. Geneve: WHO; 2018 [cited 2020 May 27]. Available in: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2017 [citado 2020 Mai 27]. Disponível em: [https://www.ans.gov.br/images/Manual\\_de\\_Diretrizes\\_para\\_o\\_Enfrentamento\\_da\\_Obesidade\\_na\\_Saude\\_Suplementar\\_Brasileira.pdf](https://www.ans.gov.br/images/Manual_de_Diretrizes_para_o_Enfrentamento_da_Obesidade_na_Saude_Suplementar_Brasileira.pdf).
- Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde [Internet]. Brasília, DF: OPAS; 2011 [citado 2020 Mai 27]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4857.pdf>.
- Claro RF, Santos MA, Oliveira TA, Pereira CA, Szwarcwald CL, Malta DC. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(2):257-65. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200008>.
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis nas Américas: Considerações sobre o fortalecimento da capacidade regulatória. Documento de Referência Técnica REGULA [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2016 [citado 2020 Mai 27]. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28583/9789275718667-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases. Progress monitor 2017 [Internet]. Geneve: WHO; 2017 [cited 2020 May 27]. Available in: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258940/9789241513029-eng.pdf?sequence=1>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [citado 2020 Mai 27]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf).
- Rombaldi AJ, Borges TT, Canabarro LK, Correa LQ, Neutzling MB. Conhecimento de professores de educação física sobre fatores de risco para doenças crônicas de uma cidade do sul do Brasil. *Rev Bras Cineantropom e Desempenho Hum*. 2012;14(1):61-72. <https://doi.org/10.5007/1980-0037.2012v14n1p61>.
- Cotta RM, Reis RS, Batista KC, Dias G, Alfenas RC, Castro FA. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. *Rev Nutr*. 2009;22(6):823-35. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732009000600004>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigilatel Brasil 2013: Vigilância de fatores de risco de proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2020 Mai 27]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilatel\\_brasil\\_2013.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilatel_brasil_2013.pdf).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigilatel Brasil 2017: Vigilância de fatores de risco de proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 2020 Mai 27]. Disponível em: <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigilatel-brasil-2018.pdf>.
- Pereira MR, Coutinho MS, Freitas P, D'Orsi E, Bernadi A, Hass R. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(10):2363-74. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000011>.
- Ferreira SR, Moura EC, Malta DC, Sarno F. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(Supl. 2):98-106. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000900013>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas [Internet]. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2014 [citado 2020 Mai 27]. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2014/pns2013.pdf>.
- Schaan BD, Harzheim E, Gus I. Perfil de risco cardíaco no Diabetes Melito e na glicemia de jejum alterada. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2004 [citado 2020 Mai 27]; 38(4):529-36. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2004.v38n4/529-536>.
- American Diabetes Association (ADA). Position Statement. Standards of medical Care in Diabetes 2013. *Diabetes Care* [Internet]. 2013 [cited 2020 May 27];36(Supplement 1):S11-S66. Available from: [https://care.diabetesjournals.org/content/36/Supplement\\_1/S11](https://care.diabetesjournals.org/content/36/Supplement_1/S11).



17. Anto JM, Vermeire P, Vestbo J, Sunyer J. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*. 2001;17(5):982-94. 10.1183/09031936.01.17509820.
18. Akinbami LJ, Moorman JE, Bailey C, Zahran HS, King M, Johnson CA, et al. Trends in Asthma Prevalence, Health Care Use, and Mortality in the United States, 2001-2010. *NCHS Data Brief* [Internet]. 2012 [cited 2020 Jun 17];94:1-8. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db94.pdf>.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010 [citado 2020 Mai 27]. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 25. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas\\_respiratorias\\_cronicas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_respiratorias_cronicas.pdf)
20. Telles Filho PA. Asma brônquica [Internet]. 2015 [citado 2020 Mai 27]. Disponível em: <http://www.asmabronquica.com.br/PDF/epidemiologia1.pdf>.
21. Global Initiative for Asthma (GINA). Asthma [Internet]. Bethesda: GINA, 2010 [cited 2020 May 27]. Available from: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/01/2010-GINA.pdf>.
22. Barros MB, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto Avaliação da Saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2009 [citado 2020 Mai 27];43(Supl. 2):27-37. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s2/ao792.pdf>.
23. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PR, Esteves MA, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(Supl. 1):S54-64. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000700007>.
24. Barros MB, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(Supl. 2):27-37. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000900005>.
25. Schramm JM, Oliveira AF, Valente JG, Gadelha AM, Portela MC. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2004 [citado 2020 Mai 27];9(4):897-908. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a11v9n4.pdf>.
26. Brasil. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Situação e desafios [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005 [citado 2020 Mai 27]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>.