



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Laura Vázquez Brito

Projeto de intervenção educativa sobre os fatores de  
risco modificáveis e de proteção para as Doenças  
Crônicas Não Transmissíveis em grupos comunitários

Florianópolis, Março de 2018



Laura Vázquez Brito

Projeto de intervenção educativa sobre os fatores de risco modificáveis e de proteção para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis em grupos comunitários

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Alexandra Crispim da Silva Boing  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018



Laura Vázquez Brito

Projeto de intervenção educativa sobre os fatores de risco modificáveis e de proteção para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis em grupos comunitários

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Fátima Büchele**  
Coordenadora do Curso

---

**Alexandra Crispim da Silva Boing**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018



# Resumo

**Introdução:** Com o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis aparecem como principais causas de morbidade e mortalidade, 16 milhões de mortes prematuras segundo um novo relatório da Organização Mundial da Saúde; o qual assinala que a maioria das mortes são evitáveis. No Brasil são também a principal causa de mortalidade e acordo com a OMS, um pequeno conjunto de fatores de risco modificáveis responde pela grande maioria das mortes. **Objetivo:** Realizar atividades de educação em saúde para a prevenção e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. **Metodologia:** Primeiramente será feito o levantamento de dados estadísticos dos registros da UBS, dos grupos e no diagnóstico de saúde para identificar a situação das DCNT na área de abrangência, então os membros da equipe serão treinados sobre o assunto e será produzido o material educativo. Mais tarde serão convocados os pacientes para as reuniões nos grupos comunitários e a realização das atividades educativas com um tema definido mensalmente. **Resultados Esperados:** Considerando a alta incidência e prevalência das DCNT em nossa comunidade destina-se a realizar este projeto de intervenção a fim de conscientizar, aproximar e prevenir essas doenças crônicas e suas complicações ou agravamentos em pacientes dos grupos comunitários e da comunidade em geral, diminuindo assim o número de consultas de demanda derivadas de suas complicações e pacientes jovens afetados por estas doenças, além de melhorar o preparo da equipe para o enfrentamento às DCNT.

**Palavras-chave:** Doença Crônica, Estratégia Saúde da Família, Fatores de Risco





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	9
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	15
2.1	Objetivo geral . . . . .	15
2.2	Objetivos específicos . . . . .	15
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	17
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	29
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	33
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	35



# 1 Introdução

## INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morte no mundo, 16 milhões de mortes prematuras (antes dos 70 anos) segundo um novo relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS); o qual assinala que a maioria das mortes prematuras por doenças crônicas não transmissíveis são evitáveis. Dos 38 milhões de vidas perdidas em 2012 por DCNT, 16 milhões, ou seja, 42% eram prematuras e evitáveis em pessoas com idade inferior a 60 anos (um aumento de 14,6 milhões mortes em relação ao 2000). Quase três quartos de todas as mortes por doenças crônicas não transmissíveis (28 milhões) e 82% dos 16 milhões de mortes prematuras ocorrem em países de renda média e baixa. (ASENCIO., 2015)

Do total de óbitos ocorridos no mundo em 2008, 63% foram relacionados às doenças crônicas não transmissíveis. Quatro grupos de doenças – cardiovasculares, câncer, doença respiratória crônica e diabetes – responderam pela grande maioria desses óbitos. Sua preponderância nas causas de mortalidade globalmente e o compartilhamento de seus fatores de risco com os de outras doenças crônicas nortearam a formulação de estratégias preventivas pela OMS em 2005 para o enfrentamento das DCNT. (DUNCAN et al., 2012)

A OMS mostrou também que cerca de 80% dos óbitos por DCNT ocorreram em países de baixa ou média renda, com 29% dos óbitos em adultos com menos de 60 anos, enquanto naqueles de alta renda esse percentual era de apenas 13%. O impacto socioeconômico das DCNT está ameaçando o progresso das Metas de Desenvolvimento do Milênio, incluindo a redução da pobreza, a equidade, a estabilidade econômica e a segurança humana, podendo atuar como um freio no próprio desenvolvimento econômico das nações. (DUNCAN et al., 2012)

A Assembleia-Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em 13 de maio de 2010, na Resolução nº 265, decidiu convocar, para setembro de 2011, em Nova York, uma Reunião de Alto Nível sobre DCNT, com a participação dos chefes de Estado. Essa é a terceira vez que a ONU chama uma reunião de alto nível para discutir temas de saúde, o que representa uma janela de oportunidade, significando um ponto crucial para o engajamento dos líderes de Estado e Governo na luta contra as DCNT, bem como para a inserção do tema das DCNT como fundamental para o alcance das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial aquelas relativas à redução da pobreza e desigualdade. (ASENCIO., 2015)

O debate internacional sobre esse assunto tem sido intenso. A declaração desse encontro, ao afirmar que a carga das DCNT e seu impacto constituem um dos grandes desafios para o desenvolvimento no século XXI, reconheceu o papel e a responsabilidade primordial dos governos na resposta ao desafio. Contudo, é necessário um engajamento

de todos os setores da sociedade para gerar respostas acertadas na prevenção e controle das DCNT.([DUNCAN et al., 2012](#))

As DCNT seguem padrão semelhante no Brasil e foram a principal causa de óbito em 2007, principalmente as doenças cardiovasculares (DCV) (31,9%). As DCV foram responsáveis por 32,1% do total de mortes na região Sul no mesmo período.([MUNIZ et al., 2012](#))

No Brasil, devido às mudanças nos perfis demográfico, epidemiológico e nutricional da população e ao controle conseguido em um número de enfermidades transmissíveis, vêm observando-se, nas últimas décadas, uma inversão do perfil epidemiológico com redução das doenças infecciosas e o aumento significativo da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis.([CASADO; VIANNA; TULHER, 2009](#))

Essa transição epidemiológica tem se refletido na área de saúde pública e o desenvolvimento de estratégias para o controle das DCNT se tornou uma emergência para o Sistema Único de Saúde (SUS).

No Brasil as DCNT são também a principal causa de mortalidade. Em 2009, após correções para causas mal definidas e sub-registro, responderam por 72,4% do total de óbitos, atingindo no 2014 um 74% dos óbitos. Estima-se que a probabilidade de morrer entre 30 e 70 anos devido às 4 DCNT principais é de 19%. As quatro doenças – doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes – responderam por 80,7% dos óbitos por doenças crônicas. As DCNT são também a principal carga de doença no País. Já em 1998, respondiam por 66% dos anos de vida com qualidade (Disability Adjusted Life Years – DALYs) perdidos devido à doença. Infelizmente, não há análises mais recentes sobre a carga de doença no País, mas dados de 2005 sobre Minas Gerais contabilizavam 75% dos DALYs – 66% dos DALYs de mortalidade e 87% dos DALYs de morbidade. Ao se considerar essa análise que inclui a morbidade, as doenças neuropsiquiátricas e musculoesqueléticas assumem maior importância do que nas análises de mortalidade, respondendo por 24% do total dos DALYs([DUNCAN et al., 2012](#))([ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2017](#)).

As doenças crônicas são definidas como afecções de saúde que acompanham os indivíduos por longo período de tempo, podendo apresentar momentos de piora (episódios agudos) ou melhora sensível. A vigilância epidemiológica das DCNT deve reunir um conjunto de ações que possibilite conhecer sua distribuição, magnitude e tendência de exposição aos seus fatores de risco na população, identificando seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, com o objetivo de subsidiar o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção e controle das mesmas, implementando assim políticas públicas voltadas para a promoção da saúde.([CASADO; VIANNA; TULHER, 2009](#))

Os fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT vêm sendo classificados como modificáveis (FRM) ou não modificáveis. Entre os fatores modificáveis, estão a hipertensão arterial, a ingestão de álcool em grandes quantidades, o diabetes mellitus, o tabagismo,

o sedentarismo, o estresse, a obesidade e o colesterol elevado. Já entre os fatores não modificáveis, destacase a idade, havendo clara relação entre o envelhecimento e o risco de desenvolver DCNT. Outros fatores não modificáveis são a hereditariedade, o sexo e a raça.(CASADO; VIANNA; TULHER, 2009)

Ao propor que o enfrentamento das DNCT enfocasse prioritariamente as quatro doenças, a OMS elegeu também como alvo seus quatro principais fatores de risco – fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial de álcool.(DUNCAN et al., 2012)

De acordo com a OMS, um pequeno conjunto de fatores de risco modificáveis responde pela grande maioria das mortes e por fração importante da carga de doenças devida às DCNT. Dentre esses fatores, encontram-se o tabagismo, a inatividade física e as dislipidemias (associadas principalmente ao consumo excessivo de gorduras de origem animal). Estudos brasileiros de base populacional e em populações específicas mostram elevadas prevalências desses fatores isoladamente. O Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis: Brasil, 15 Capitais e Distrito Federal, 2002-2003 mostrou alta prevalência de tabagismo (12,9% a 25,2%), inatividade física (28,2% a 54,5%), consumo de leite integral (61% a 87,2%) e consumo de gordura aparente da carne (48% a 49,3%) nas diferentes faixas etárias e regiões do País.(MUNIZ et al., 2012) De acordo com dados da OMS para o Brasil o uso atual do tabaco (2011) foi 17%, consumo total de álcool per capita, em litros de álcool puro (2010) 8,7%, pressão arterial elevada (2008) 30,8% e a obesidade (2008) 18,8%.(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2017)

O fumo é responsável por 71% dos casos de câncer de pulmão, 42% dos casos de doença respiratória crônica e quase 10% dos casos de doenças cardiovasculares. Inatividade física aumenta em 20% a 30% o risco de mortalidade. Os padrões de alimentação adotados nas últimas décadas podem ser prejudiciais de várias maneiras. Por exemplo, o consumo excessivo de sal aumenta o risco de hipertensão e eventos cardiovasculares, e o alto consumo de carne vermelha, de carne altamente processada e de ácidos graxos trans está relacionado às doenças cardiovasculares e ao diabetes. Por outro lado, o consumo regular de frutas e legumes diminui o risco de doenças cardiovasculares e de câncer gástrico e colorretal. Estima-se que, entre os óbitos causados por álcool, mais de 50% sejam devido às DCNT, incluindo diversos tipos de câncer e cirrose hepática.(DUNCAN et al., 2012)

Esses quatro fatores de risco são comuns no Brasil. Segundo resultados da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), cujos resultados são representativos para adultos de 18 anos ou mais, residentes nas capitais brasileiras, em 2010: • 15% eram fumantes; • apenas 30% referiam consumir frutas e hortaliças regularmente (cinco ou mais porções/semana), enquanto 34% referiam consumir carne com excesso de gordura; • apenas 30% relatavam praticar atividade física no lazer e/ou no deslocamento ao trabalho, atendendo às recomendações de hábitos

saudáveis; o percentual se reduziu para 15% ao se considerar apenas o lazer; em contraposição, 28% assistiam três ou mais horas de televisão por dia; • 8% relatavam ingestão alcoólica que permitia sua classificação em bebedores excessivos esporádicos de álcool. O uso prejudicial de álcool pode ser avaliado também pelos problemas associados a esse hábito. Dados de inquéritos nacionais estimam que 25% dos adultos relatam pelo menos um problema de natureza social, ocupacional, familiar, legal ou física relacionado a seu uso,<sup>16</sup> e que entre 9% e 12% de toda a população adulta do País apresenta dependência de álcool.(DUNCAN et al., 2012)

No Brasil a população está exposta a fatores de risco, como nível insuficiente de atividade física (48,7%), dislipidemias, tabagismo. A prevalência de excesso de peso e a obesidade atingem 52,5% e 17,9% dos adultos respectivamente.(JÚNIOR et al., 2016)

O envelhecimento da população e a heterogeneidade demográfica, social e econômica observada no Brasil se refletem em diferentes padrões de mortalidade e de morbidade por DCNT, exigindo respostas que envolvam as especificidades locais e que sejam adequadas às suas realidades.(CASADO; VIANNA; TULHER, 2009)

O Brasil vem organizando a partir do 2005, ações no sentido de estruturar e operacionalizar um sistema de vigilância específico para as doenças e agravos não transmissíveis, de modo a conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e seus fatores de risco e apoiar as políticas públicas de promoção da saúde.(ASENCIO., 2015)

Em 2003, realizou-se o primeiro inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de agravos não transmissíveis, que constituiu a linha de base do país no monitoramento dos principais fatores de risco.(ASENCIO., 2015)

Em 2006, foi implantado o Vigitel, inquérito por telefone que, com 54 mil entrevistas anuais, investiga a frequência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas e morbidade referida em adultos (18 anos) residentes em domicílios com linha fixa de telefone nas capitais do Brasil; com uma frequência anual.(ASENCIO., 2015)

Em 2008, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) incluiu, como parte da iniciativa do Global Adult Tobacco Survey(GATS), informações sobre morbidade e alguns fatores de risco e, ainda, a Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab).(ASENCIO., 2015)

Em 2009, foi realizada a I Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), inquérito com cerca de 63 mil alunos do 9º ano das escolas públicas e privadas das capitais do Brasil e do Distrito Federal, feito em parceria entre o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e os Ministério da Saúde e da Educação, que acontecerá a cada 3 anos. Já no 2013 a pesquisa cresceu até 80 mil estudantes.(ASENCIO., 2015)

O monitoramento da morbimortalidade em DCNT, componente essencial para a vigilância, é realizado por meio dos sistemas de informações do SUS e outros. Outras atividades neste processo são as capacitações das equipes de saúde de estados e municípios, com o estabelecimento de atividades e estratégias de prevenção, promoção e assistência

---

e com a definição de indicadores para monitoramento e de metodologias apropriadas às realidades regionais e locais.(ASENCIO., 2015)

No 2006 foi aprovada a Política nacional de Promoção da Saúde, a mesma prioriza ações de alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso do tabaco e álcool, inclusive com transferência de recursos a estados e municípios para a implantação dessas ações de uma forma intersetorial e integrada.(ASENCIO., 2015)

O Ministério da Saúde (MS) lançou, em 7 de abril de 2011, o programa Academia da Saúde, com o objetivo de promoção da saúde por meio de atividade física, com meta de expansão a 4 mil municípios até 2015. Desde 2006, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS apoia e financia programas de atividade física que somaram mais de mil projetos em todo o país.(ASENCIO., 2015)

O sucesso da política antitabaco é um ponto de grande relevância que reflete no declínio da prevalência das DCNT. Destacam-se as ações regulatórias, como a proibição da propaganda de cigarros, as advertências sobre o risco de problemas nos maços do produto, a adesão à Convenção-Quadro do Controle do Tabaco em 2006, entre outras. Em 2011, foram realizadas consultas públicas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para ampliar as advertências nos maços, o maior controle da propaganda nos pontos de venda e a proibição de aditivos de sabor nos cigarros.(ASENCIO., 2015)

O incentivo ao aleitamento materno tem sido uma importante iniciativa do MS, ao lado de mensagens claras, como o Guia de Alimentação Saudável, e parcerias, como a do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) no programa Bolsa Família. O Brasil também se destaca na regulamentação da rotulagem dos alimentos. Além disso, foram realizados acordos com a indústria para a redução do teor das gorduras transe, recentemente, novos acordos voluntários de metas de redução de sal em 10% ao ano em pães, macarrão e, até o final de 2011, nos demais grupos de alimentos.(ASENCIO., 2015)

A Atenção Primária em Saúde (APS) cobre cerca de 60% da população brasileira. As equipes atuam em território definido, com população adstrita, realizando ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção, assistência, além de acompanhamento longitudinal dos usuários, o que é fundamental na melhoria da resposta ao tratamento dos usuários com DCNT. Foram publicados os Cadernos da Atenção Básica e guias para o controle de hipertensão arterial, diabetes, obesidade, doenças do aparelho circulatório, entre outros.(ASENCIO., 2015)

A Expansão da atenção farmacêutica e da distribuição gratuita de mais de 15 medicamentos para hipertensão e diabetes (anti-hipertensivos, insulinas, hipoglicemiantes, ácido acetil salicílico, estatina, entre outros). Em março de 2011, o programa Farmácia Popular passou a ofertar medicamentos gratuitos para hipertensão e diabetes em mais de 17.500 farmácias privadas credenciadas. Essa medida ampliou o acesso e foram distribuídos, até abril de 2011, mais de 3,7 milhões de tratamentos, aumentando em 70% a distribuição de

medicamentos para hipertensos e diabéticos.(ASENCIO., 2015)

Com o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população, as doenças crônico-degenerativas aparecem como principais causas de morbidade e mortalidade.(JÚNIOR et al., 2016)

Frente aos números crescentes de casos de DCNT na população brasileira, apesar dos avanços científicos, percebe-se uma mudança na percepção do significado de doença crônica, pois ainda que englobe doenças ou estados de mal-estar com características bastante distintas na forma como se apresentam - etiologia, fisiopatologia, evolução, órgãos afetados e tratamento -, as doenças crônicas possuem fatores de riscos comuns.(JÚNIOR et al., 2016)

A abordagem de DCNT estende-se por todo o ciclo da vida. As ações de promoção da saúde e prevenção de DCNT iniciam-se durante a gravidez, promovendo os cuidados pré-natais e a nutrição adequada, passam pelo estímulo ao aleitamento materno, pela proteção à infância e à adolescência quanto à exposição aos fatores de risco (álcool, tabaco) e quanto ao estímulo aos fatores protetores (alimentação equilibrada, prática de atividade física) e persistem na fase adulta e durante todo o curso da vida.(JÚNIOR et al., 2016)

Neste contexto, o Ministério da Saúde propõe um Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis para o período de 2011 a 2022, abordando as doenças do aparelho circulatório, o câncer, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes. Enfatiza neste plano a necessidade de enfrentamento dos fatores de risco, incluindo o tabagismo, o consumo nocivo de álcool, a inatividade física, a alimentação inadequada e a obesidade.(JÚNIOR et al., 2016)

O elevado número de atendimentos por DCNT e o baixo conhecimento dos fatores de riscos modificáveis pelos pacientes interfere negativamente no autocuidado dos usuários com essas doenças e sobrecarrega o atendimento diário na equipe da UBS

Temos em nossa área uma prevalência de 33,22 pacientes hipertensos e 11,51 diabéticos por 100 pessoas, alguns deles com doenças sobrepostas, outras doenças como neoplasias e DPOC estão entre os principais cinco causas de mortes e internação. As estatísticas da UBS também amostram que entre o 53 – 56% dos pacientes que consultam na UBS tem como motivo de consulta uma DCNT e a maioria deles só vem consultar com o propósito de renovar receita (1 de cada 3 pacientes consultados no primeiro trimestre do 2016) questão que acaba sobrecarregando a agenda da equipe e traz insatisfação entre os usuários da Unidade.

Como temos um elevado número de pacientes dentro de nossa população com estas DCNT e com uma baixa percepção do risco e considerando que estas causam danos irreversíveis e apresentam um longo período assintomático e fatores de risco comuns e preveníveis, torna-se importante estabelecer um Projeto de Intervenção (PI) que seja facilmente aplicável através do trabalho educativo com os grupos comunitários de nossa área para abranger a maior parte possível da população com essas doenças crônicas. Con-



siderando que os FRM são aspectos modificáveis, passíveis de intervenções individuais e populacionais, nosso objetivo em este PI não é demonstrar a importância dos FRM; isto está amplamente demonstrado e já foi estabelecido no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento as DCNT no Brasil no período 2011-2022, porém, realizar atividades de educação em saúde, ações efetivas, que sejam possíveis de desenvolver para a prevenção e o controle das DCNT e seus FRM; estimular-lhes positivamente para-se aderir ao tratamento não farmacológico e aos grupos comunitários, e aumentar o preparo da equipe para o enfrentamento às DCNT.



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo geral

- Realizar atividades de educação em saúde para a prevenção e controle das DCNT.

### 2.2 Objetivos específicos

- Diminuir o número de pacientes e atendimentos na UBS por DCNT.
- Estimular a adesão ao tratamento não farmacológico e aos grupos comunitários.
- Interferir de maneira positiva na linha de autocuidados dos pacientes com DCNT.
- Melhorar o preparo da equipe para o enfrentamento às DCNT.



### 3 Revisão da Literatura

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morbimortalidade no mundo. Em países da América Latina e Caribe, os óbitos causados por essas doenças nas últimas décadas corresponderam a 72% do total das causas de mortes. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) alertam que, para o ano de 2020, as mortes por DCNT representarão 73% dos óbitos no mundo. (SILVA; COTTA; ROSA, 2013)

O problema da DCNT teve tal aumento no mundo inteiro, que a Assembléia Geral das Nações Unidas de 19 e 20 de setembro de 2011 em Nova York, dedicou-se à sua análise em busca de um compromisso que coloque a atenção internacional sobre a situação de doença crônica e atribuir a esta questão uma alta prioridade na agenda de desenvolvimento internacional. (SÁNCHEZ-HERRERA et al., 2013)

Abegunde et al. estudou o fardo da DCNT, especialmente cardiovascular, câncer, pulmão e diabetes, em relação à perda de crescimento econômico associado a ela. Eles analisaram a informação em 23 países de baixa e média renda, incluindo Brasil, Argentina, México e Colômbia, que juntos representaram cerca de 80% da carga total de mortalidade por doenças crônicas nos países em desenvolvimento. Nesses países, para 2005, essas doenças eram responsáveis por 50% da carga de mortalidade. Em 15 desses 23 países, as taxas de mortalidade padronizadas foram 54% maiores para homens e 86% para mulheres do que em países desenvolvidos. Os autores apontam que se nada for feito para reduzir o risco de DCNT, uma produção econômica estimada em US \$ 84 bilhões foi perdida devido a doenças cardiovasculares e diabetes, apenas nos 23 países entre 2006 e 2015. (SÁNCHEZ-HERRERA et al., 2013)

Macinko et al. Eles ratificam o que precede, indicando que, na América Latina e no Caribe, a transição demográfica e epidemiológica acelerada da região é caracterizada por uma maior prevalência de doenças não transmissíveis; Em particular, as doenças cardiovasculares, ataques cardíacos e câncer são hoje a principal causa de morbidade e mortalidade na América Latina e no Caribe, pois representam 68% dos óbitos e 60% dos anos de vida ajustados para deficiência na região. Enquanto em 2008 o BID relatou 72% das mortes por DCNT como uma proporção de mortes totais, até 2030 no grupo de todas as idades deverá ter um aumento de 81% das mortes associadas a estas. (SÁNCHEZ-HERRERA et al., 2013)

Em seu “Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem”, o Ministério da Saúde do Brasil lista os principais projetos e estratégias de promoção da saúde e prevenção primária no combate às DCNT em todo o mundo. O primeiro desses projetos surgiu na Finlândia: o North Karelia Project, em 1972. Posteriormente, implementaram-se o Stanford Three-Community Study,

entre 1972 e 1974, o Stanford Five-City Project, entre 1978 e 1996, o Minnesota Heart Health Program, entre 1980 e 1993, e o Paw tucket Heart Health Program, entre 1980 e 1991, todos nos Estados Unidos. Além desses, foram realizados o Countrywide Integrated Noncommunicable Dis eases Intervention (CINDI), na Europa e Canadá, em 1983, e o Conjunto de Ações para a Redução Multifatorial de Doenças Não Transmissíveis (CARMEN), na América Latina, em 1995. Houve, ainda, dois projetos de âmbito nacional implementados nos países em desenvolvimento: Mirame, no Chile, e Tianjin, na China. (SILVA; COTTA; ROSA, 2013)

A transição epidemiológica dos países é um fator precursor da epidemia das DCNT, em função da queda das taxas de natalidade e da diminuição da mortalidade infantil, com conseqüente aumento da população e expectativa de vida. A evolução da sociedade levou a uma nova rotina cotidiana dos indivíduos, fruto da industrialização, urbanização, desenvolvimento econômico e globalização do mercado de alimentos, guiando a transição nutricional para uma dieta rica em gordura saturada e açúcares. Sendo esse um problema que afeta a população em geral, destaca-se que intervenções realizadas apenas em indivíduos de alto risco, selecionados nos serviços de saúde, teriam impacto muito discreto no país como um todo. Por outro lado, se as intervenções fossem direcionadas para toda a população, pequenas mudanças em fatores de risco e hábitos de vida saudáveis teriam, potencialmente, grande impacto na saúde pública, o que pode ser observado em projetos de intervenção. Tal estratégia tem algumas vantagens em função de ser radical, ou seja, de tentar remover a causa básica da doença; de ter um grande potencial para a população, com reduções significativas na mortalidade; e, ainda, de ser apropriada do ponto de vista comportamental, procurando tornar o fator de risco socialmente inadequado. Esse seria um ponto importante para manter os indivíduos livres de fatores de risco após a intervenção. Por outro lado, a estratégia populacional de intervenção tem algumas desvantagens. Ela oferece muitos benefícios à população como um todo, tais como diminuição de mortalidade e morbidade, porém pouco benefício aos indivíduos participantes, visto que a maioria viveria muitos anos sem qualquer problema de saúde. Sendo assim, medidas que proporcionem recompensas sociais aos participantes de programas de mudança de estilo de vida, com reforço à autoestima e aprovação social, podem ser utilizadas como motivadores para a educação em saúde e sua manutenção. (SILVA; COTTA; ROSA, 2013)

Dos programas apresentados, o North Karelia foi o que obteve maior impacto na diminuição da mortalidade por DCNT, produzindo mudanças substanciais nos fatores de risco. Um ponto forte desse projeto foi a participação ativa de vários setores da comunidade, incluindo diversas organizações não governamentais, serviços de saúde e escolas, além da cooperação internacional da OMS. (SILVA; COTTA; ROSA, 2013)

Destaca-se que a educação em saúde e as campanhas de mídia desempenharam um papel importante em vários programas de base comunitária. Além disso, o envolvimento da APS pode, a longo prazo, ser um dos instrumentos de intervenção mais eficazes. Tanto

as experiências do North Karelia, na Finlândia, quanto do Tianjin, na China, enfatizaram o importante papel dos profissionais da APS. (SILVA; COTTA; ROSA, 2013)

Insuficiente atividade física: estima-se que 3,2 milhões de pessoas morram por ano devido à inatividade física. As pessoas insuficientemente ativas têm entre 20% e 30% o risco aumentado de todas as causas de mortalidade. A atividade física regular reduz o risco de doenças circulatórias, incluindo hipertensão, diabetes, câncer de mama e cólon e depressão (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011)

Uso nocivo do álcool: 2,3 milhões de pessoas morrem a cada ano devido ao consumo prejudicial de álcool, representando 3,8% de todas as mortes no mundo. Mais de metade dessas mortes são causadas por doenças não transmissíveis, incluindo câncer, doenças do sistema circulatório e cirrose hepática. O consumo per capita é maior em países de alta renda (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011).

Alimentação inadequada: o consumo adequado de frutas, vegetais e vegetais reduz os riscos de doenças do sistema circulatório, câncer de estômago e câncer colorretal. A maioria das populações consome mais sal do que o recomendado pela Organização Mundial de Saúde para prevenção de doenças. O alto consumo de sal é um determinante importante da hipertensão e do risco cardiovascular. A alta ingestão de gorduras saturadas e ácidos graxos trans está ligada a doença cardíaca. As dietas pouco saudáveis, incluindo a ingestão de gordura, estão aumentando rapidamente na população de baixa renda (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011).

Pressão arterial elevada: estima-se que a pressão arterial elevada cause 7,5 milhões de mortes, o que representa 12,8% de todas as mortes. Este é um fator de risco para doenças do sistema circulatório. A prevalência de hipertensão arterial é semelhante em todos os grupos de renda, embora seja geralmente menor na população de alta renda (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011).

Excesso de peso e obesidade: 2,8 milhões de pessoas morrem a cada ano como resultado de excesso de peso ou obesidade. Os riscos de doenças cardíacas, acidentes vasculares cerebrais e diabetes aumentam consistentemente com o aumento de peso. O alto índice de massa corporal também aumenta os riscos de certos tipos de câncer. O excesso de peso cresceu no mundo entre crianças e adolescentes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011)

Aumento do colesterol: estima-se que o colesterol alto cause 2,6 milhões de mortes por ano, pois aumenta o risco de doença cardíaca e AVE. O colesterol alto prevalece mais em países de alta renda. (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011)

Em 2007, cerca de 72% das mortes no Brasil foram atribuídas às DCNT (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras, inclusive doenças renais), 10% às doenças infecciosas e parasitárias e 5% aos distúrbios de saúde materno-infantis. Essa distribuição contrasta com a de 1930, quando as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes nas capitais brasileiras. Paralelamente a essa mudança na

carga de doença, houve uma rápida transição demográfica no Brasil, que produziu uma pirâmide etária com maior peso relativo para adultos e idosos. Crescimento da renda, industrialização e mecanização da produção, urbanização, maior acesso a alimentos em geral, incluindo os processados, e globalização de hábitos não saudáveis produziram rápida transição nutricional, expondo a população cada vez mais ao risco de doenças crônicas. (SCHMIDT et al., 2011)

No Paraná em 2011 elas corresponderam a 57%. Segundo dados do censo de 2010, a população do Estado do Paraná é de 10.444.526 habitantes, sendo que 85,33% dos habitantes encontram-se em área urbana. Em 2000 a população paranaense de maiores de 80 anos era a metade da população de menores de um ano, em 2010, elas praticamente se igualam com 1,39% e 1,38% respectivamente. (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2012)

Do ponto de vista demográfico, o Brasil vive uma transição demográfica acelerada. A população brasileira, apesar de baixas taxas de fecundidade, vai continuar crescendo nas próximas décadas, como resultado dos padrões de fecundidade anteriores. O percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos, que era de 2,7% em 1960, passou para 5,4% em 2000 e alcançará 19% em 2050, superando o número de jovens. Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas por que essas condições de saúde afetam mais os segmentos de maior idade. Os dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar do IBGE de 2008 mostram que 79,1% dos brasileiros de mais de 65 anos de idade relataram ser portadores de, pelo menos, uma das doze doenças crônicas selecionadas. (MENDES, 2010)

Um importante estudo sobre a carga de doença no Brasil, que utilizou estatísticas de saúde de 1998 e empregou disability adjusted life years (DALYs – anos de vida perdidos ajustados por incapacidade), mostrou que as doenças crônicas foram responsáveis por 66% de DALYs; doenças infecciosas, maternas e perinatais e deficiências nutricionais foram responsáveis por 24%; e causas externas, por 10%. Dentre as doenças crônicas, destacam-se os transtornos neuropsiquiátricos (19%), as doenças cardiovasculares (13%), as doenças respiratórias crônicas (8%), os cânceres (6%), as doenças musculoesqueléticas (6%) e diabetes (5%). Ademais, estimativas conservadoras da OMS para o Brasil sugerem que mudanças em inputs econômicos importantes, como perdas na força de trabalho e diminuição das poupanças familiares resultantes de apenas três DCNT (diabetes, doença do coração e acidente vascular cerebral), levou a uma perda na economia brasileira de US\$4,18 bilhões entre 2006 e 2015. (SCHMIDT et al., 2011)

Uma pesquisa recente com crianças da 8ª série (isto é, crianças de 14 anos de idade) que residem nas capitais, cujo objetivo era avaliar a presença de fatores de risco, mostrou que, em 2009, 6,3% delas relataram ter fumado durante os trinta dias anteriores, o que é mais que a média das Américas (4,9%) e menos que a média da Europa (19%). Apesar das importantes conquistas referentes ao controle do tabagismo nas duas últimas décadas,



estimase que 13,6% das mortes de adultos que residem em dezesseis capitais brasileiras, em 2003, foram atribuídas ao tabagismo, o que talvez esteja relacionado ao efeito de altas prevalências de tabagismo no passado. (SCHMIDT et al., 2011)

Embora 45% dos adultos brasileiros se abstenham do consumo de álcool, a proporção de consumo excessivo e dependência é alta. Estima-se que 25% dos adultos relatem pelo menos um problema de natureza social, ocupacional, familiar, legal ou física relacionado ao uso de álcool. As estimativas de dependência de álcool variam de 9% a 12% de toda a população adulta, sendo três a cinco vezes maiores em homens em comparação às mulheres. A dependência de álcool também é mais alta em adultos jovens e naqueles com níveis intermediários de educação e renda. (SCHMIDT et al., 2011)

O problema com o álcool parece estar se agravando, a prevalência de relato de pelo menos um episódio de consumo excessivo de álcool nos últimos trinta dias anteriores aumentou significativamente entre 2006 e 2009. Esse aumento foi mais acentuado nas mulheres (crescimento de 27%) que nos homens (crescimento de 13%). Ademais, a mortalidade ajustada por idade causada por transtornos mentais e comportamentais por uso de álcool (CID 10 código F10) subiu 21% em onze anos, de 4,26 por 100.000 pessoas em 1996 para 5,17 por 100.000 pessoas em 2007. (SCHMIDT et al., 2011)

Os padrões de atividade física começaram a ser estudados recentemente no Brasil; portanto, tendências seculares de gasto de energia são desconhecidas. Em 1996-97, uma pesquisa nacional mostrou que apenas 3,3% dos adultos brasileiros relataram realizar o nível mínimo recomendado de trinta minutos de atividade física durante o período de lazer, pelo menos cinco dias por semana. Autorrelatos registrados em pesquisas Vigitel sugerem que os níveis de atividade física melhoraram, mas é provável que isso ainda não seja suficiente para compensar o declínio no gasto de energia ocupacional. Entre 1970 e 2004, a fração de pessoas economicamente ativas empregadas na agricultura diminuiu de 44% para 21%, ao passo que a fração empregada no setor de serviços aumentou de 38% para 58%. (SCHMIDT et al., 2011)

Dados obtidos em quatro grandes pesquisas representativas sobre compras de alimentos pelas famílias, realizadas em áreas metropolitanas do Brasil entre meados da década de 1970 e meados da década de 2000, sugerem uma redução na compra de alimentos tradicionais básicos, como arroz, feijão e hortaliças, e aumentos notáveis (de até 400%) na compra de alimentos processados, como bolachas e biscoitos, refrigerantes, carnes processadas e pratos prontos. No mesmo período, a proporção de energia proveniente de gorduras no total dos alimentos adquiridos aumentou de 25,8% para 30,5%, e a energia proveniente de gorduras saturadas aumentou de 7,5% para 9,6%. Estimativas nacionais sobre ingestão de sódio mostram um consumo diário de cerca de 4 g por pessoa, duas vezes a ingestão máxima recomendada. Açúcar adicionado corresponde a 16% da energia total disponível, de acordo com uma pesquisa nacional sobre gastos das famílias com alimentos, realizada em 2003, ou a 18%, segundo dados de folhas de balanço de alimentos no mesmo ano,

excedendo a ingestão máxima recomendada em 60–80%. (SCHMIDT et al., 2011)

Pesquisas antropométricas domiciliares com representatividade nacional, realizadas periodicamente desde meados da década de 1970, revelam um aumento substancial da frequência de excesso de peso. A mais recente pesquisa nacional sobre antropometria, realizada em 2008–09, confirma a tendência do aumento na prevalência de obesidade, apontando 14,8% para indivíduos com 20 anos de idade ou mais. (SCHMIDT et al., 2011)

A complexidade envolvida na causalidade da obesidade, por exemplo, o papel da globalização na determinação dos padrões alimentares, dificulta o planejamento de ações para conter a epidemia crescente de obesidade, o que se constitui hoje num dos principais desafios para o enfrentamento das DCNT. Do período de 1974–75 para 2008–9, o percentual de brasileiros obesos cresceu 370% (de 2,9% a 16,6%), e de brasileiras obesas, 450% (de 1,8% a 11,8%). Apenas de 2006 a 2010, as taxas de obesidade nas capitais brasileiras aumentaram 21% em homens e 26% em mulheres. Em decorrência dessa epidemia, a estimativa nacional mais recente indica que metade dos adultos, mais especificamente, 48% das mulheres e 50% dos homens, estão atualmente com excesso de peso. Extrapolação de tendências recentes sugere que, se nada for feito, o Brasil alcançará os altos níveis de obesidade atuais de homens norte-americanos em 16 anos. (DUNCAN et al., 2012)

Foi encontrada associação entre excesso de peso e hipertensão arterial, verificando-se um risco de 1,8 e 6,33 vezes maior em homens e 2,49 e 3,33 vezes maior em mulheres na pré-obesidade e obesidade, respectivamente. Em Fortaleza, outro estudo descreveu um risco igual a 2,04 e 4,08 vezes maiores, em ambos os sexos. Ambos, hipertensão arterial e excesso de peso/obesidade, são fatores de risco para doenças cardiovasculares e, por conseguinte, para DCNT. (SCHMIDT et al., 2011)

Na população de 10 a 19 anos, o excesso de peso foi diagnosticado em cerca de um quinto dos adolescentes e a prevalência de obesidade foi de 5,9% em crianças e 4% em meninas. As maiores frequências de excesso de peso e obesidade em todas as faixas etárias estudadas em 2008–2009 foram encontradas nas regiões Sul e Sudeste, para ambos os sexos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011)

Os agravos decorrentes da obesidade são motivo de inquietude entre autoridades de saúde em nível mundial e, atualmente, o Brasil vivencia as consequências do aumento do peso entre sua população, evidenciado por indicadores de saúde e a morbimortalidade relacionadas a doenças advindas da mesma. A criação de protocolos e condutas relacionadas à prevenção e controle da obesidade é um grande desafio aos profissionais e serviços de saúde no Brasil. (SCHMIDT et al., 2011)

Em 2003, realizou-se a primeira pesquisa domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referente a lesões não-transmissíveis, que constitui a linha de base do país no seguimento dos principais fatores de risco. (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011)

Em 2006, o Projeto VIGITEL foi implementado, pesquisa por telefone que, com 54

mil entrevistas por ano, verifica a frequência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas e morbidade referida em adultos ( 18 anos) residentes em domicílios com linha telefônica fixa nas capitais dos estados do Brasil. ([MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011](#))

Em 2008, o Inquérito Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, por suas siglas em português) incluiu como parte da iniciativa Global Adult Tobacco Survey (GATS), informações sobre mortalidade e alguns fatores de risco e, além disso, a Investigação Especial de fumar (PETab, por sua sigla em português). ([MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011](#))

Em 2009, realizou-se o I National School Health Study (PeNSE), pesquisando com cerca de 63 mil alunos do 9º ano das escolas públicas e privadas das capitais estaduais do Brasil e do Distrito Federal, elaboradas conjuntamente pelo Instituto Geografia e Estatística Brasileira (IBGE) e Ministério da Saúde e Educação, a serem realizadas a cada 3 anos. ([MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011](#))

O monitoramento da mortalidade de DCNT, um componente essencial para a vigilância, é realizado através dos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde e outros. ([MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011](#))

Outras atividades neste processo são o treinamento de equipes de Saúde de Estados e Municípios, com o estabelecimento de atividades e estratégias de prevenção, promoção e assistência e com a definição de indicadores de monitoramento e metodologias apropriadas às realidades regionais e locais. ([MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011](#))

- Política Nacional de Promoção da Saúde: Aprovado em 2006, dá prioridade às ações de alimentação saudável; para a promoção da atividade física; e, prevenção do uso de tabaco e álcool, inclusive através da transferência de recursos para os Estados e Municípios para a implementação das referidas ações de forma intersetorial e integrada. ([MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011](#))

- Atividade Física: O Ministério da Saúde lançou, em 7 de abril de 2011, o Health Gym Program, com o objetivo de promover a saúde através da atividade física, com o objetivo de expansão para 4 mil academias até 2014. Desde 2006, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde apóia e financia programas de atividade física. Somente em 2011, havia mais de mil projetos em desenvolvimento em todo o país. ([MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011](#))

- Tabaco: o sucesso da política antitabagismo é um ponto de grande importância que se reflete no declínio da prevalência de DNTs. Destaca as ações regulatórias, como a proibição da publicidade de cigarros, advertências sobre o risco de consumo nos pacotes desse produto, a adesão à Convenção-Quadro sobre Controle do Tabaco em 2006, entre outros. Em 2011, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) realizou consultas públicas para expandir os textos de advertência sobre pacotes de cigarros; maior controle de propaganda nos pontos de venda; e, a proibição de aditivos de sabor em cigarros.

([MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011](#))

- Alimentos: o incentivo à amamentação e alimentação complementar e saudável tem sido uma iniciativa importante do Ministério da Saúde, juntamente com mensagens claras, como o Guia Alimentar da População Brasileira e alianças, como a do Ministério do Desenvolvimento Social e Combat Hunger (MDS) no Programa Bolsa Família. O Brasil também se destaca na regulamentação da rotulagem de alimentos. Além disso, foram feitos acordos com a indústria para reduzir o conteúdo de gorduras trans e, recentemente, foram negociados novos acordos voluntários para metas de redução de sal de 10% ao ano em alimentos industrializados. ([MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011](#))

- Expansão da atenção primária: cuidados de saúde primários abrange cerca de 60% da população brasileira. As equipes atuam em um território definido, com uma população designada, realizando ações de promoção, vigilância da saúde, prevenção e assistência, bem como acompanhamento longitudinal dos usuários, o que é fundamental na melhoria da resposta ao tratamento de usuários com DCNT. Os cadernos de cuidados primários e de orientação foram publicados para o controle da hipertensão arterial, diabetes, obesidade, doenças do sistema circulatório, entre outros. ([MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011](#))

-Distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão e diabetes: expansão do atendimento farmacêutico e distribuição gratuita de 11 medicamentos para hipertensão e diabetes. Em março de 2011, o programa de Farmácia Popular passou a oferecer medicamentos gratuitos para hipertensão e diabetes em mais de 17.500 farmácias privadas credenciadas. Esta medida ampliou o acesso e tratou, até julho de 2011, 2,1 milhões de hipertensos e 788 mil diabéticos, representando um aumento de 194% em relação a janeiro do mesmo ano. ([MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011](#))

- Extensão dos exames preventivos de câncer de mama e uterina: houve aumento na cobertura do rastreamento do câncer de mama (mamografia) nos últimos dois anos, de 46,1% para 54,2% em mulheres com idades entre 50 e 69 anos e aumento na cobertura do exame preventivo de câncer uterino nos últimos três anos de 73,1% para 78,4% entre mulheres entre 25 e 64 anos, de acordo com a PNAD 2008. ([MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011](#))

Ainda há desigualdades em relação à escolaridade e à região que precisam ser superadas. O desempenho das mamografias nos últimos dois anos variou de 68,3% (mulheres com 0 a 8 anos de estudo) para 87,9% (mulheres com 12 e mais anos de estudo), de acordo com a VIGITEL 2010 . ([MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011](#))

O Plano de Ações Estratégicas para a Confrontação de Doenças Não Transmissíveis (DNTs) no Brasil, durante o período 2011-2022, aborda as quatro principais doenças (doenças do sistema circulatório, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes) e fatores de risco (tabagismo, consumo prejudicial de álcool, inatividade física, nutrição inadequada e obesidade). ([MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011](#))

---

Com o objetivo de promover o desenvolvimento e implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis e seus fatores de risco e para fortalecer os serviços de saúde destinados a cuidar de portadores de doenças crônicas. ([MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011](#))

Como objetivos nacionais têm as propostas de: reduzir a taxa de mortalidade prematura ((BRASIL. MINISTERIO DE LA SALUD. SECRETARÍA DE VIGILANCIA EN SALUD. DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD, 2011)

Os custos diretos das DCNT para os sistemas de saúde em todo o mundo representam impacto crescente. Segundo o World Economic Forum, a carga global das perdas econômicas por DCNT entre 2011 e 2030 é estimada em até 47 trilhões de dólares, o que equivaleria a 5% do produto global bruto no período considerado. ([SILVA; COTTA; ROSA, 2013](#))

Além disso, estima-se, para a economia brasileira, que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes de apenas três DCNT — diabetes, doença cardiovascular e acidente vascular encefálico — teve um custo de US\$ 4,18 bilhões até 2015. Apesar da gravidade das DCNT e do aumento de sua incidência, grande parte dessas doenças poderia ser evitada. Como as DCNT mais frequentes (doença cardiovascular, diabetes e câncer) compartilham vários fatores de risco, a OMS propõe uma abordagem de prevenção e controle integrados, focada em todas as idades e baseada na redução dos seguintes problemas: hipertensão arterial, tabagismo, uso de álcool, inatividade física, dieta inadequada, obesidade e hipercolesterolemia. Contudo, apesar da possibilidade de prevenção, as DCNT permanecem como um dos maiores desafios enfrentados pelos sistemas de saúde nos dias atuais. Caso não sejam adequadamente gerenciadas, as condições crônicas não só serão a primeira causa de incapacidade em todo o mundo até o ano 2020 como também se tornarão o problema mais dispendioso para os nossos sistemas de saúde. ([SILVA; COTTA; ROSA, 2013](#))

As DCNT estão rapidamente se tornando prioridade em saúde pública no Brasil e políticas para sua prevenção e controle têm sido implementadas. Embora nem sempre haja uma avaliação formal, o SUS tem feito grandes avanços, entre eles a implantação de intervenções altamente custo-efetivas, como o controle do tabaco e a ampla distribuição de medicamentos àqueles que têm alto risco de desenvolver doenças cardiovasculares. No entanto, muito mais pode ser feito. A prioridade e o apoio político para prevenir as DCNT precisam ser reforçados mediante ênfase: em seu controle pelas medidas sociais, ao invés de individuais; em seu papel no retardo do crescimento econômico e perpetuação da pobreza; e na existência de intervenções custo-efetivas que permitam o controle. Metas nacionais precisam ser desenvolvidas para reduzir as doenças crônicas e seus fatores de risco, com ênfase especial na obesidade, e para o incremento de políticas e ações para atingi-las. Uma mudança concomitante à alocação de recursos, em termos relativos, de tratamentos

hospitalares e de alta tecnologia para promoção de saúde e prevenção é necessária para aumentar o apoio orçamentário e a coordenação central para a prevenção e assistência às doenças crônicas. (SCHMIDT et al., 2011)

A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Ainda, estima-se que, para o ano de 2025, o Brasil tenha em torno de 30 milhões de pessoas com mais de 60 anos (aproximadamente 15 % da população). Esse envelhecimento constante vai requerer maior comprometimento da equipe de saúde exigindo por sua vez mais ações e procedimentos dos profissionais que trabalham no Sistema Único de Saúde, uma vez que essas doenças perduram por anos e ocasionam sobrecarga nos serviços de saúde. (ROCHA-BRISCHILIARI et al., 2014)

Tendências recentes indicam que a mortalidade de algumas DCNT (as doenças cardiovasculares e as respiratórias crônicas) estão diminuindo, o que sugere que o enfrentamento está ocorrendo na direção certa. Por consequência, o número de portadores de DCNT que requerem atendimento tende a aumentar. As longas filas no SUS para consultas, exames especializados e cirurgias mostram o ônus que essas doenças causam ao sistema público de saúde e ilustram a necessidade de organizar, qualificar e ampliar o atendimento. O aumento da obesidade, se não controlado, ameaça os avanços recentes no controle das DCNT. (DUNCAN et al., 2012)

Entretanto, oferecer respostas adequadas e eficazes para essas enfermidades é considerado o maior desafio do setor saúde no século 21. Isso pode ser justificado, dentre outros fatores, pela forma fragmentada de organização dos sistemas de saúde, que tornam-se insatisfatórios na forma e nas funções, pois voltam-se meramente para indivíduos genéricos com ênfase curativa e reabilitadora centralizar o tratamento no paciente e na família, uma vez que o gerenciamento das condições crônicas requer mudanças no estilo de vida e no comportamento diário, sendo que o papel central e a responsabilidade do paciente devem ser enfatizados no sistema de saúde; apoiar os pacientes em suas comunidades, pois o tratamento precisa se estender para além dos limites da clínica e permear o ambiente doméstico e de trabalho dos pacientes; e, por fim, enfatizar a prevenção, pois a maioria das condições crônicas é evitável e muitas de suas complicações podem ser prevenidas. (SILVA; COTTA; ROSA, 2013)

Considerando-se que as DCNT têm um forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados, causando morte prematura e gerando grandes e subestimados efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral, é necessário conferir ações efetivas, integradas, sustentáveis, longitudinais e baseadas em evidências para a prevenção e controle dessas enfermidades. Dentre os elementos essenciais para aprimorar os sistemas de saúde, destaca-se a reorientação dos modelos antes voltados para problemas agudos no atendimento das condições crônicas, com ações que integrem a promoção da saúde e a prevenção primária dos fatores de risco. (SILVA; COTTA; ROSA, 2013)



O tratamento para diabetes, câncer, doenças do sistema circulatório e doenças respiratórias crônicas pode ser prolongado e caro para indivíduos, famílias e sistemas de saúde. As despesas familiares geradas pelas DCNT reduzem a disponibilidade de recursos para necessidades, tais como alimentos, habitação, educação, entre outros. A Organização Mundial da Saúde estima que, todos os anos, 100 milhões de pessoas são levadas à pobreza em países onde devem pagar diretamente pelos serviços de saúde. ([MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011](#))

No Brasil, mesmo com a existência do Sistema Único de Saúde (SUS), livre e universal, o custo individual de uma doença crônica ainda é bastante elevado, dependendo dos custos adicionais, o que contribui para o empobrecimento das famílias. ([MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011](#))

Além disso, os custos diretos das DCNT para o Sistema de Saúde representam um impacto crescente. No Brasil, as doenças não transmissíveis estão entre as principais causas das internações hospitalares. ([MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011](#))

Uma análise recente do Banco Mundial estima que países como o Brasil, a China, a Índia e a Rússia perdem, anualmente, mais de 20 milhões de anos de vida produtiva devido a estas doenças. 3([MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011](#))

O aumento das DCNT gera maior demanda nas internações hospitalares, tratamentos medicamentosos e na reabilitação dos pacientes, este último induz a expansão dos gastos na atenção secundária e terciária do SUS - média e alta complexidade, respectivamente. ([MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011](#))

O SUS, em 2010, gastou com internações hospitalares por DCNT o equivalente a 2,4 bilhões de reais (68% do total de gastos) e 1,2 bilhões (32%) referentes ao tratamento ambulatorial. O custo dos agravos proporcionados aos pacientes com estas doenças são mais altos do que aqueles destinados a prevenção das mesmas. ([MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011](#))

Esse fato no Brasil relaciona-se a escolha maciça pela medicina curativa em detrimento da preventiva, focando no atendimento e tratamento dessas doenças em serviços de urgência, emergência e hospitalização. ([MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011](#))

Um dos aspectos importantes para a melhoria da qualidade de vida de uma população é o aumento da sua capacidade de compreender os fenômenos relacionados à sua saúde. O conhecimento sobre um determinado desfecho em saúde pode ser útil para ajudar a evitar o surgimento de um agravamento, podendo também influenciar na busca pelo tratamento, quando a doença já está estabelecida. Para tanto, espaços de uso e fluxo populacional, como escolas, universidades, veículos de comunicação e serviços de saúde, são potenciais difusores dessa informação, ainda que a forma de impactar perante a população geral possa ser distinta. Se houver um declínio no número de casos de DCNT em qualquer região, conseqüentemente ocorrerá redução da demanda por exames, tratamentos, internações hospitalares e assistência médica de alta complexidade. Isso proporcionará queda dos

custos hospitalares e aumento da qualidade e da expectativa de vida dos indivíduos.



## 4 Metodologia

### METODOLOGIA

Na realização do projeto de intervenção, poderão participar todos os pacientes interessados que concordem em participar dos grupos comunitários e nosso projeto, pertencentes à nossa área de abrangência, (Equipe B, UBS São José Tupy, município de Araucária).

- No grupo de pacientes com doenças crônicas será dada ênfase à estimulação da adesão ao tratamento não farmacológico e aos grupos comunitários, assim como influenciar a maneira positiva na linha de autocuidados dos pacientes com DCNT.
- Enquanto em grupos de pacientes que não possuem doenças crônicas (mas podem ou não apresentar fatores de risco para estas), as atividades serão realizadas com o objetivo de preveni-las.
- Todas essas ações vão propiciar uma melhoria na preparação da equipe de saúde para o confronto de doenças crônicas em nossa área.

Temos na área um local dedicado à realização de atividades de promoção e prevenção da saúde na comunidade e as reuniões dos grupos, que neste momento está na fase de condicionamento com o objetivo de realizar suas funções e a realização deste projeto porque foi encerrado um ano.

Assim, após o levantamento do problema, o projeto de intervenção é indicado para realização de atividades de educação em saúde com a participação dos funcionários da equipe a traves da utilização de obras de teatro, palestras, assistir vídeos informativos e filmes. Cada reunião vai ser tratada em não mais de 60 minutos, aproveitando o espaço dos grupos comunitários, desenvolvendo um tema definido mensalmente.

Etapas do projeto:

1 a etapa: Levantamento de dados estadísticos dos registros da UBS, dos grupos e no diagnóstico de saúde para identificar a situação das DCNT na Área de abrangência.

2 a etapa: Capacitação da equipe sobre os fatores de risco modificáveis e de proteção para as DCNT e seus agravos e produção do material educativo.

Essas reuniões com a equipe cumpriram o objetivo de capacitação e construção do plano de ações e produção do material educativo para que cada Estratégia de Saúde da Família possa estar atuando na unidade de saúde e comunidade.

3 a etapa: Os pacientes serão convocados pelos ACS para as reuniões nos grupos comunitários.

4 a etapa: Realização das atividades educativas nos grupos que serão desenvolvidas com um tema definido mensalmente.

Etapa	TDR	Data	Executam
1 Levantamento de dados estadísticos	1 mês	02/04/18 - 30/04/18	Dra Laura V Dra Ana Maria (odonto) Enf. Rebecca
2 Capacitação da equipe e Produção do material educativo.	1 mês	01/05/18 - 31/05/18	Todo o equipe Responsáveis Dra e Enf
3 Os pacientes serão convocados	3 semanas	01/06/18 - 21/06/18	ACS
4 Realização das atividades educativas Tema 1 Tema 2 Tema 3 Tema 4 Tema 5 Tema 6	5 meses	21/06/18 - 15/11/18 21/06/18 19/07/18 16/08/18 20/09/18 18/10/18 15/11/18	Dra Laura V Nutricionista e ACS Edilaine Rosa Enf. Rebecca Dra Laura V Dra Ana Maria Psc. Vera Dra Laura V Nutricionista Dra Laura V Enf. Rebecca Farm. Jorgeth
5 Análise dos resultados alcançados.	1 mês	19/11/18 - 21/12/18	Dra Laura V Dra Ana Maria (odonto) Enf. Rebecca ACS
Total	9 meses		

-Tema 1: DCNT dados globais e nacionais , seus fatores de risco modificáveis e de proteção, (Será a modo de introdução)

-Tema 2: Alimentação saudável para evitar as DCNT e seus complicações.

-Tema 3: Prática de exercício físico e atividades de lazer no controle das DCNT.

-Tema 4: Efeitos nocivos do tabaco e do álcool para a saúde.

-Tema 5: Como a sobrepeso, lipídeos elevados e pressão alta afetam a saúde.

-Tema 6: Fatores de Proteção para as DCNT.

5 a etapa: Análise dos resultados alcançados pelo Projeto de intervenção

Cronograma de execução

Quadro 1: Etapas, datas e responsáveis pelo projeto de intervenção.

TDR: Tempo destinado para sua realização.

---

Recursos	Quantidade
Calculadora	2
Notebook	1
Projektor multimídia	1
Folhas do tipo carta	1 pacote de 2500
Impressora a laser	1
Canetas	15
Cadernos	3

Parcerias Estabelecidas: O trabalho vai ser feito em parceria com a associação de moradores e Igrejas da comunidade e grupo de teatro da Comunidade para a efetivação do plano de intervenção, assim como membros do NASF

Recursos Necessários

- a) Recursos humanos: Pessoal da equipe e grupo de teatro da comunidade.
- b)Quadro 2: Recursos materiais necessários e quantidade



## 5 Resultados Esperados

### **Resultados Esperados**

Considerando a alta incidência e prevalência das DCNT em nossa comunidade destina-se a realizar este projeto de intervenção a fim de conscientizar, aproximar e prevenir essas doenças crônicas e suas complicações ou agravamentos em pacientes dos grupos comunitários e da comunidade em geral, diminuindo assim o número de consultas de demanda derivadas de suas complicações e pacientes jovens afetados por estas doenças, além de melhorar o preparo da equipe para o enfrentamento às DCNT.



# Referências

- ASENCIO., M. D. S. Intervenção educativa sobre os fatores de risco modificáveis e de proteção para as dent em grupos comunitários. Santa Cruz, Aracruz, n. 19, 2015. Curso de 2014-2015, Departamento de Especialização em Saúde da Família, UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. Citado 3 vezes nas páginas 9, 12 e 13.
- CASADO, L.; VIANNA, L. M.; TULHER, L. C. S. Fatores de risco para doenças crônico não transmissíveis. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 4, n. 55, p. 379–388, 2009. Citado 3 vezes nas páginas 10, 11 e 12.
- DUNCAN, B. B. et al. Dóra chorii estela m l aquinoiii isabela m bensoriv josé geraldo millv maria inês schmidt paulo andrade lotufoiv Álvaro vigo sandhi maria barretovi i programa de pós-graduação em epidemiologia. faculdade de medicina. universidade federal do rio gran. *Revista Saúde Pública*, n. 46, p. 126–134, 2012. Citado 6 vezes nas páginas 9, 10, 11, 12, 22 e 26.
- JÚNIOR, C. R. et al. *Especialização Multiprofissional na Especialização Multiprofissional na Atenção Básica: Eixo iii - eixo iii a assistência na atenção básica assistência na atenção básica atenção integral à saúde do adulto medicina*. Florianópolis, Brasil: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Citado 3 vezes nas páginas 12, 13 e 14.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 5, n. 15, p. 2297–2305, 2010. Citado na página 20.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (dent) no brasil 2011-2022. Ministerio de la Salud, Brasilia, n. 1, 2011. Citado 6 vezes nas páginas 19, 22, 23, 24, 26 e 27.
- MUNIZ, L. C. et al. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do brasil. *Revista Saúde Pública*, v. 3, n. 46, p. 534–542, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 11.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Doenças não transmissíveis: Perfis de países. Organização Mundial de Saúde, Brasil, n. 1, 2017. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 11.
- ROCHA-BRISCHILIARI, S. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e associação com fatores de risco. *Revista Brasileira de Cardiologia*, v. 1, n. 27, p. 35–42, 2014. Citado na página 25.
- SÁNCHEZ-HERRERA, B. et al. Carga do cuidado da doença crônica não transmissível. *AQUICHAN*, v. 13, n. 2, p. 247–260, 2013. Citado na página 17.
- SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no brasil: carga e desafios atuais. *Séries Saúde no Brasil*, n. 4, p. 61–70, 2011. Citado 5 vezes nas páginas 19, 20, 21, 22 e 25.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (dcnt) no paranÁ – 2012-2015. GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ, Curitiba, Paraná, n. 1, 2012. Citado na página 20.

SILVA, L. S. da; COTTA, R. M. M.; ROSA, C. de O. B. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 5, n. 34, p. 343–350, 2013. Citado 5 vezes nas páginas 17, 18, 24, 25 e 26.