



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2017

Leticia Sandi

Atividades de educação em saúde para o controle e  
prevenção das Doenças crônicas não transmissíveis na  
comunidade de Arroio Teixeira, Capão da Canoa, RS -  
Brasil

Florianópolis, Janeiro de 2023



Leticia Sandi

Atividades de educação em saúde para o controle e prevenção das  
Doenças crônicas não transmissíveis na comunidade de Arroio  
Teixeira, Capão da Canoa, RS - Brasil

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

Orientador: Ale Mujica Rodriguez  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis, Janeiro de 2023



Leticia Sandi

Atividades de educação em saúde para o controle e prevenção das  
Doenças crônicas não transmissíveis na comunidade de Arroio  
Teixeira, Capão da Canoa, RS - Brasil

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. Marta Inez Machado  
Verdi**

Coordenadora do Curso

---

**Ale Mujica Rodriguez**

Orientador do trabalho

Florianópolis, Janeiro de 2023



# Resumo

**Introdução:** As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), representam um dos maiores problemas de saúde pública e existem evidências que indicam aumento das DCNT em virtude dos seguintes fatores de risco: tabagismo, uso abusivo do álcool, dieta não saudável e sedentarismo. A epidemia de DCNT gera consequências devastadoras para os indivíduos, assim como familiares e para a sociedade, sobrecarrega o sistema de saúde e têm grande impacto na economia das famílias e da sociedade. Situações observáveis no cotidiano da comunidade, assim como nos sistemas de informação, este tema está presente na rotina da equipe, e acima de tudo é um problema passível de intervenção em equipe já que as principais DCNT compartilham um número de fatores de risco modificáveis. **Objetivo:** Realizar ações educativas em saúde a comunidade oferecendo informação sobre os fatores de risco, incentivando a mudança do estilo de vida e a promoção de hábitos mais saudáveis. **Metodologia:** Para a realização do projeto serão convidados todos os pacientes da área que quiserem participar com ênfases em aqueles com DCNT. Inicialmente, será realizada uma capacitação da equipe sobre os fatores de risco modificáveis das DCNT e seus agravos, além da produção do material educativo. Serão realizadas atividades de educação em saúde com a participação da equipe do ESF, reuniões com duração aproximada de 60 minutos desenvolvendo um tema definido mensalmente no espaço físico do ESF, escolas e na própria comunidade. **Resultados esperados:** Se espera que este estudo possa contribuir para o cuidado/ prevenção da população estudada e que as ações educativas ajudem a adquirir hábitos de vida saudáveis e conhecimento acerca dos fatores de risco. Além disso, diminuir o número de atendimentos por DCNT e obter a adesão ao tratamento não medicamentoso, através da mudança do estilo de vida e autocuidado.

**Palavras-chave:** Doença Crônica, Educação em Saúde, Estudos de Intervenção, Promoção da Saúde





# Sumário

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>15</b>
<b>3.1</b>	<b>Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)</b>	<b>15</b>
3.1.1	Hipertensão arterial	16
3.1.2	Diabetes Mellitus	16
3.1.3	Doenças respiratórias crônicas	17
3.1.4	Câncer	18
<b>3.2</b>	<b>Ações Educativas no Controle e Prevenção das Doenças Crônicas não Transmissíveis</b>	<b>18</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>21</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>23</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>25</b>



# 1 Introdução

Arroio Teixeira é uma praia brasileira, do estado do Rio grande do Sul. É um dos balneários que compõem a orla marítima de Capão da Canoa, município que faz divisa com Terra de Areia ao norte, e com Xangri-lá ao sul, e que tem como vias de acesso a BR-101 e a RS-389, esta última conhecida como Estrada do Ma.

Tomando em consideração as distâncias do município com as capitais mais próximas, desde o centro de Capão da Canoa, a distância é de 138 quilômetros de Porto Alegre e 339 quilômetros de Florianópolis. O balneário fica a 170 quilômetros de Caxias do Sul, vindo pela Rota do sol, sendo assim os turistas e veranistas em grande maioria são originários da região da serra gaúcha e da região metropolitana de Porto Alegre.

Conhecendo um pouco da história do município, a palavra “Capão” é de origem Tupi que significa “mato redondo”, até a chegada dos europeus no século XVI, o litoral norte gaúcho era tradicional de índios Carijós, Minuanos e Arachanes, com a escravidão e as doenças trazidas pelos europeus o número de índios reduziu muito na região. Em 1752, casais de açorianos chegaram ao estado colonizando a região de Porto Alegre e da serra gaúcha. Os maiores frequentadores eram os descendentes das colônias alemãs e italiana. A comunidade anteriormente pertencia ao município de Osório, então no ano de 1982 quando Capão da Canoa se emancipa, passa a fazer parte deste, tornando-se hoje uma das principais cidades do litoral norte gaúcho, com uma população de 47.792 habitantes (IBGE, 2018).

A Unidade Básica de saúde (UBS) ESF (Estratégia Saúde da Família) de Arroio Teixeira em sua estrutura, tem uma rampa de acesso na entrada principal, esta leva à recepção com sala de espera, capacidade para vinte e uma pessoas sentadas, conta com computador e impressora. Uma farmácia, sala de triagem e procedimentos, sala de reuniões e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), três salas de consultórios, sendo que uma delas tem ar condicionado, uma sala de enfermeiro, uma sala de vacina com ar condicionado, geladeira e computador, um expurgo, esterilização, depósito, cozinha, banheiro privativo para funcionários e dois banheiros adaptados para pacientes sendo, um masculino e outro feminino. Contamos com internet Wi-Fi, telefone fixo e móvel. O sistema integrado de prontuário eletrônico se encontra em fase de informatização, sendo assim, ainda encontramos dificuldades na organização de dados e obtenção de base estatística. A cobertura das cinco microáreas não é completa, estamos aguardando novo processo seletivo, para contratação de ACS.

No que diz respeito às estratégias de atuação, se planejam ações que vão produzir impacto sobre as condições de saúde da população, se podem citar alguns exemplos como é o trabalho feito com grupo da melhor idade, hiperdia, gestantes, tabagismo, ações no setembro amarelo, outubro rosa, novembro azul, campanhas para realização de testes rápidos,

e palestras a comunidade. Participação do processo de territorialização e do mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades. Realizamos atenção domiciliária às pessoas com problemas de saúde que não podem se deslocar até a unidade de saúde.

A equipe é conformada por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma ACS, recepcionista que conta com o apoio de duas estagiárias, uma pessoa está a cargo de serviços gerais. Um clínico geral, bolsista do programa Mais Médicos, clínico geral nas quartas-feiras durante oito horas, médico pediatra na segunda-feira por quatro horas, e uma ginecologista nas terças-feiras por oito horas. Não contamos com apoio do NASF. Este, ainda não está estruturado no município de Capão da Canoa, somente contamos com o apoio do melhor em casa, parceria que tem imensa importância, nos apoia com coleta de amostras para exames de laboratório, curativos, fisioterapia para aqueles que mais necessitam. Contamos também com o apoio do CAPS para com a demanda em saúde mental.

A área de abrangência da ESF de Arroio Teixeira, atualmente comporta também a comunidade vizinha denominada Curumim, que por não ter serviço de saúde, passa a pertencer à nossa área. Existem cadastradas por Agente Comunitária de Saúde (ACS) 920 pessoas, a população estimada é de 2.500 habitantes. A distribuição da população por faixa etária na área de abrangência da ESF é de 124 crianças, 139 adolescentes, 495 adultos, 162 idosos. Segundo dados da vigilância epidemiológica, foram 789 nascidos vivos no município de Capão da canoa.

A estrutura econômica da comunidade é basicamente voltada ao turismo e a construção civil, mercado imobiliário, aluguel de casas para veranistas, hotelaria, restaurantes, confeitarias, salões de beleza, manicures, cuidadores de idosos, recicladores, diaristas, comerciantes e atividades relacionadas à pesca. A organização política do município nomeia um subprefeito para cada distrito, Arroio Teixeira e curumim tem sua subprefeitura, compete a eles manter as ruas limpas, poda de árvores, manutenção da iluminação pública. A associação de moradores e clube de mãe que antes existiam infelizmente foram extintos.

A comunidade tem acesso a escolas, sendo uma de educação infantil municipal, uma municipal de ensino fundamental, e outra estadual de ensino fundamental. Para ter acesso ao ensino médio os jovens precisam se deslocar aos distritos vizinhos, a prefeitura disponibiliza o transporte escolar gratuito. A Comunidade é religiosa, em grande maioria católica, dentro da área de abrangência se encontram duas igrejas católicas. Outras religiões como a evangélica, espírita e umbanda também tem espaço dentro da comunidade. Dentro da área de abrangência da ESF de Arroio Teixeira existem famílias de moradores nascidos na área, e por outro lado, moradores provindos de outros municípios que em busca de melhor qualidade de vida migram ao balneário.

As principais vulnerabilidades no território no que diz respeito as atividades profissionais dos usuários do Sistema de saúde no município podemos citar os trabalhadores da

área de construção civil. O setor de edificações se caracteriza por vínculos trabalhistas frágeis e muitas vezes más condições de trabalho, elevado índice de acidentes, inclusive fatais, grande esforço físico. Outra atividade é a pesca, que oferece risco de acidentes com embarcações, afogamentos, esforço físico acima dos limites do corpo já que enfrenta também a crise socioambiental. As diaristas e manicures, por sua vez, realizam atividades de esforço repetitivo, associado muitas vezes às más posturas, levando a sérios problemas de saúde. Os profissionais em geral, enfrentam longas jornadas de trabalho, principalmente durante o verão, deixando muitas vezes de lado a própria saúde física e emocional.

A prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), no mês mais recente registrado é de 19%, sendo 172 pessoas da população cadastrada acometidas, dados retirados GEM saúde. Foram identificados no município 64 casos de HIV, sendo destes, 3 identificados na nossa área de abrangência. A Diabetes mellitus afeta ao 25% da população idosa da área e 8% da população adulta. A asma acomete a 43 pessoas, correspondente ao 5% desta população. Também chama a atenção que desta população, 12% são tabagistas.

As queixas mais comuns são: dores articulares e musculares, cefaleia, ansiedade, depressão, dificuldade respiratória, tosse, resfriado, mal-estar geral, tontura, alterações na pele, muitas consultas têm como finalidade solicitar exames de rotina, e renovação de receitas. As doenças e os agravos mais comuns que podemos evidenciar no dia a dia são aqueles relacionados à diabetes mellitus, HAS, obesidade, doenças cardiovasculares, dislipidemia, hepatopatia, cânceres, doenças respiratórias crônicas, doenças degenerativas, artrose, discopatia, LER (lesão por esforço repetitivo), hipotireoidismo e alta demanda em saúde mental com maior frequência os transtornos de humor como o transtorno depressivo e ansioso, transtorno bipolar, esquizofrenia.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre elas: hipertensão arterial, diabetes, obesidade, doença cardíaca, AVC, asma, artrite ou reumatismo, câncer, IRC, representam um dos maiores problemas de saúde pública. Dados retirados do GEM saúde, no último mês registrado, janeiro 2018, aponta que 19% da população cadastrada na comunidade de Arroio Teixeira é portadora de HAS, e que 25% da população idosa é portadora de DM, 5 % da população é asmática. A obtenção de dados epidemiológicos é limitada, porém não são necessários neste caso números para chamar a atenção de toda a equipe de saúde, a quantidade de pessoas portadoras de doenças fazendo uso de grandes quantidades de medicamentos.

As DCNT são responsáveis por 70% das causas de morte, estimando-se 38 milhões de mortes anuais, destes óbitos, 16 milhões são prematuros e quase 28 milhões em países de baixa e média renda, existem evidencia que indicam aumento das DCNT em virtude dos seguintes fatores de risco: tabagismo, uso abusivo do álcool, dieta não saudável e sedentarismo. A epidemia de DCNT gera consequências devastadoras para os indivíduos, assim como familiares e para a sociedade como um todo, sobrecarrega o sistema de saúde e têm grande impacto na economia das famílias e da sociedade (MALTA et al., 2017).

Algumas das causas para o elevado índice de DCNT, são atribuídas as pobres ações em saúde, fatores de risco, como estilo de vida sedentário, fator genético, maus hábitos alimentares, tabagismo, alcoolismo, uso excessivo ou pela atividade excessiva de alguma parte do sistema musculoesquelético, geralmente resultantes de atividades físicas relacionadas ao trabalho e fator socioeconômico (MALTA et al., 2017). Outras causas para o aumento da prevalência são o aumento da expectativa de vida, envelhecimento da população, avanços da medicina e tecnologia. As consequências das DCNT são: mortes prematuras, perda de qualidade de vida, alto grau de limitação e incapacidade para as atividades de vida diária e laborais, internações hospitalares, sobrecarga dos serviços de saúde, necessidade de realização de exames e uso de medicamentos contínuos, portanto se pode afirmar também, que geram importante impacto econômico para as famílias, comunidade e a sociedade em geral (MALTA et al., 2017).

O tema escolhido, portanto, está relacionado com as situações observáveis no cotidiano da comunidade, assim como nos sistemas de informação, está presente na rotina da equipe, e acima de tudo é um problema passível de intervenção em equipe já que as principais DCNT compartilham um número de fatores de risco modificáveis. Espera-se, com este estudo, contribuir à saúde da comunidade de Arroio Teixeira, realizando mais ações em saúde, educando a comunidade sobre os fatores de risco, incentivando a mudança do estilo de vida e a promoção de hábitos mais saudáveis.

As DCNT representam a maior carga de mortalidade no município de Capão da Canoa, no Brasil e no mundo. Escolho este tema pela importância que ele tem, é para minha pessoa como cidadã e profissional médica muito relevante, pois compreendo que estão ao nosso alcance muitas das ações necessárias para prevenir estas doenças, e diminuir suas complicações. O tema é importante aos indivíduos portadores de DCNT, suas famílias, serviço de saúde, sociedade e ao Governo. Pois pode melhorar a qualidade de vida das pessoas e evitar gastos. Dinheiro este, que pode ser investido em outras tantas áreas que carecem de recurso, como são a educação e a segurança por exemplo, momento este, tão delicado de nossa história em que vivemos, acredito, que por estes e outros motivos o presente estudo é oportuno e de suma importância para todos nós.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Realizar atividades de educação em saúde para o controle e prevenção das Doenças crônicas não Transmissíveis na comunidade de Arroio Teixeira, do município de Capão da Canoa, estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Educar a comunidade sobre os fatores de riscos modificáveis;
- Incentivar a mudança de estilo de vida;
- Estimular a produção e o consumo de hortaliças;
- Informar a população sobre os benefícios e a importância da atividade física regular;
- Diminuir o número de atendimentos por DCNT na ESF de Arroio Teixeira;
- Estimular a adesão ao tratamento não medicamentoso;
- Atrair os portadores de DCNT a participar dos grupos, assistir as palestras e regularmente aferir pressão arterial, HGT e peso.





## 3 Revisão da Literatura

### 3.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão relacionadas a causas múltiplas e são caracterizadas por início gradual, de prognóstico geralmente incerto, com longa ou indefinida duração (BRASIL, 2013). Entre as DCNT, as doenças do aparelho circulatório, obesidade, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus constituem importante problema de saúde pública no mundo (ALWAN et al., 2010). Além disso, requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (BRASIL, 2013).

As DCNT são as principais causas de morte no mundo, e de fato, em 2008, das 57 milhões de mortes, 36 milhões foram em razão das DCNT. Neste cenário, de acordo com a OMS (2003) (Organização Mundial da Saúde) as DCNT correspondem a 72% das causas de mortes. Hoje, são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. Estimativas da OMS alertam que, para o ano de 2020, as mortes por DCNT representarão 73% dos óbitos no mundo. É importante ressaltar que em países como o Brasil, onde as desigualdades sociais são relevantes e persistentes, quando se analisa a distribuição das DCNT, é possível identificar sua desigualdade na distribuição social. De fato, as incidências e prevalências, se apresentam desiguais entre Regiões e grupos populacionais brasileiros, sendo que o grupo social de baixa renda apresenta maiores índices de DCNT, como Hipertensão Arterial e doenças cardiovasculares (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

Nas últimas décadas o Brasil, seguindo uma tendência global, tem passado por processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional. Dessa forma, o aumento da vida média e o envelhecimento populacional aumentam a probabilidade de acometimento de DCNT, normalmente associadas com idades mais avançadas. Ainda, a transição epidemiológica é o resultado das variações comportamentais dos padrões de morbimortalidade e fecundidade, que determinam mudanças na estrutura populacional, ao se processarem as alterações na maneira de adoecer e morrer (LAURENTI, 1990). A transição nutricional, por sua vez, integra os processos de transição demográfica e epidemiológica e caracteriza-se pela redução nas prevalências dos déficits nutricionais e aumento expressivo de sobrepeso e obesidade (FILHO; RISSIN, 2003).

Os fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT são classificados como modificáveis ou não modificáveis (BOTREL et al., 2000). Neste contexto, os fatores modificáveis incluem hipertensão arterial, a ingestão de álcool em grandes quantidades, o diabetes mel-

litus, o tabagismo, o sedentarismo, o estresse, a obesidade e o colesterol elevado. Já entre os fatores não modificáveis, destaca-se a idade, já que o envelhecimento está relacionado com o aumento do risco de desenvolver DCNT. Doenças como hipertensão, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas têm fatores de risco em comum que são o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo excessivo de álcool, responsáveis, em grande parte, pelo aumento de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto (MALTA et al., 2006).

### 3.1.1 Hipertensão arterial

A hipertensão faz parte de uma síndrome clínica que resulta de etiologias multifacetadas e pode contribuir para o desenvolvimento de transtornos cardiovasculares complexos (ALI, 2018). Segundo dados da OMS (OMS, 2003), a hipertensão causa mais de 7,5 milhões de mortes por ano, cerca de 12,8% da mortalidade humana total.

A hipertensão pode ser de dois tipos: essencial ou secundária. Na hipertensão essencial, a etiologia é desconhecida, enquanto na hipertensão secundária, um distúrbio patológico conhecido é a causa. A hipertensão é observada principalmente quando há alterações de pressão no sistema vascular, secundárias a uma regulação anormal do fluido cardiovascular e/ou perda do tônus vascular/ arterial. Também pode ser devido a contratilidade anormal e /ou condutividade elétrica alterada do coração. Além disso, a hipertensão também pode ser causada por condições que não são baseadas em órgãos e que predisõem um indivíduo a ter essas mudanças de pressão (ALI, 2018).

### 3.1.2 Diabetes Mellitus

O diabetes mellitus é um conjunto de distúrbios resultantes de uma deficiência ou falha na manutenção da homeostase normal da glicose (WHITING et al., 2011) e desenvolve-se em resposta à resistência à insulina e à secreção inadequada de insulina pelas células pancreáticas (DEFRONZO, 2009).

O diabetes pode ser descrito em três principais tipos: i) diabetes mellitus tipo 1 (DMT1), que pode afetar pessoas de qualquer idade, mas geralmente se desenvolve em crianças ou adultos jovens e geralmente é causada por uma reação auto-imune que agride as células que produzem insulina. Os indivíduos com DMT1 produzem pouca ou nenhuma insulina, e por esse motivo, necessitam de injeções de insulina diariamente, a fim de controlar os níveis de glicose no sangue; ii) o diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), que é conhecido como não dependente de insulina ou de diabetes de início adulto e corresponde à aproximadamente 90% de todos os casos de diabetes. Esse tipo de diabetes é caracterizado por resistência à insulina ou deficiência de insulina. O diagnóstico de diabetes tipo 2 pode ocorrer em qualquer idade. Muitas vezes, está associado ao excesso de peso ou à obesidade, o que pode causar resistência à insulina e levar a níveis elevados de glicose no sangue.

As pessoas com DMT2 geralmente podem gerenciar sua condição inicialmente através do exercício e da dieta; iii) o diabetes gestacional, que ocorre quando há o aumento dos níveis de glicose no sangue durante a gravidez. Ele se desenvolve em uma a cada 25 gestações em todo o mundo e está associado a complicações tanto para mãe quanto para bebê. As mulheres com diabetes gestacional e seus filhos possuem maior risco de desenvolver DMT2 mais tarde na vida (FEDERATION, 2005).

O DMT2 é uma doença que vem crescendo em proporções pandêmicas e se tornou um importante problema de saúde pública, sendo associado com morbidez significativa, mortalidade e gastos com cuidados de saúde. Esta doença atinge cerca de 382 milhões de pessoas no mundo e estima-se que esse número aumenta em 55% a cada ano (ROY et al., 2015). Nos Estados Unidos, DMT2 afeta mais de 29 milhões de pessoas (9,3% da população), sendo a sétima principal causa de morte e com tendência de resultar em um terço de adultos com diabetes mellitus em 2050 (YANDRAPALLI; ARONOW, 2017). Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) estimou que, no Brasil, 6,2% da população com 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes, sendo 7,0% nas mulheres e 5,4% nos homens. O IBGE também apontou que em relação à escolaridade, observou-se maior taxa de diagnóstico de diabetes (9,6%) entre os indivíduos sem instrução ou com ensino fundamental incompleto e em relação à idade, as taxas variaram de 0,6% para a faixa etária de 18 a 29 anos a 19,9% para a de 65 a 74 anos.

A Federação Internacional de Diabetes estima que 415 milhões de pessoas no mundo tem diabetes, e em 2040, poderá aumentar para 642 milhões (12% de população), afetando um em cada 10 adultos. Dados apontam que uma pessoa morre de diabetes mellitus a cada 6 segundos ao redor do mundo e o custo para o tratamento é estimado em torno de US\$ 673 bilhões em todo o mundo (YANDRAPALLI; ARONOW, 2017).

### 3.1.3 Doenças respiratórias crônicas

Doenças respiratórias crônicas (DRC) são doenças crônicas tanto das vias aéreas superiores quanto das inferiores. Dentre as DRC, pode-se citar a asma, a rinite alérgica e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) como as mais comuns. As DRC estão aumentando em prevalência particularmente entre as crianças e os idosos e afetam a qualidade de vida, podendo provocar incapacidade nos indivíduos afetados, causando grande impacto econômico e social. Além disso, as limitações físicas, emocionais e intelectuais que surgem com a doença, com consequências na vida do paciente e de sua família, geram grande sofrimento humano (BRASIL, 2010).

A rinite pode ser considerada a doença de maior prevalência entre as doenças respiratórias crônicas e problema mundial de saúde pública, acometendo cerca de 20 a 25% da população. Já a asma acomete cerca de 300 milhões de pessoas em todo o mundo e frequentemente está associada à rinite. A DPOC, por sua vez, afeta 210 milhões de pessoas e é a quarta causa de mortalidade representando 4,8% dos óbitos em todo o mundo

(BRASIL, 2010). No Brasil, dados do Ministério da Saúde estimam a prevalência de 7,5 milhões de portadores de DPOC (GOLDBERG et al., 1997).

### 3.1.4 Câncer

O câncer caracteriza-se como um conjunto de mais de 100 doenças que possuem em comum o crescimento maligno de células que invadem os tecidos e órgãos e podem disseminar-se por metástase para várias regiões do corpo (WEINBERG, 2008). Com a divisão incontrolável estas células tornam-se agressivas e determinam a formação de tumores ou neoplasias malignas (INCA, 2016). As características que diferenciam os diversos tipos de câncer entre si são a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes (metástases).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. O maior efeito desse aumento vai incidir em países de baixa e média rendas.

#### 1.5 Transtornos mentais comuns

Os transtornos mentais comuns (TMC) incluem sintomas depressivos não psicóticos, ansiedade e queixas somáticas que afetam o desempenho das atividades diárias. Os sintomas dessa categoria incluem dificuldade de concentração e de esquecimento, insônia, fadiga, irritabilidade, e queixas somáticas, entre outros (GOLDBERG, 1992).

Os TMC, frequentemente encontrados na comunidade, representam um alto custo social e econômico, pois constituem causa importante de dias perdidos de trabalho e aumentam a demanda nos serviços de saúde. Na população geral, os TMC apresentam prevalência de 22,7% (17,9% entre os homens e 26,5% entre as mulheres) (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

## 3.2 Ações Educativas no Controle e Prevenção das Doenças Crônico não Transmissíveis

Programas de intervenção de base comunitária que integrem promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos têm sido introduzidos em diferentes países desde o início da década de 1970, com o intuito de diminuir a morbidade e a mortalidade por DCNT por meio da redução dos fatores de risco nas comunidades (PAHO, 2003). No Brasil, entretanto, a literatura na área de saúde pública ainda é escassa em textos sobre prevalência dos fatores de risco para as DCNT.

A OMS elegeu também como alvo seus quatro principais fatores de risco – fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial de álcool. Dessa forma, de acordo com (DUNCAN et al., 2012)., 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. Outro fator de risco relacionado é a inatividade física, responsável por aumentar em 20% a 30% o risco de mortalidade. O consumo excessivo de sal, por exemplo, aumenta o risco de hipertensão e doenças cardiovasculares, e o aumento do consumo de carne vermelha, processada e de gorduras trans está relacionado às doenças cardiovasculares e ao diabetes. Do contrário, o consumo regular de frutas e legumes diminui o risco de DCNT.

No Brasil, duas políticas públicas implementadas nas últimas décadas merecem destaque por sua provável contribuição para as tendências favoráveis na mortalidade por DCNT: o combate ao fumo e a ampliação do acesso aos cuidados qualificados de atenção primária à saúde (APS) (SCHMIDT *et al.*, 2011). Por isso, a implementação de ações educativas nas comunidades é de extrema importância tendo em vista que os fatores de risco são modificáveis e essas doenças compartilham destes.



## 4 Metodologia

### Público-alvo

Para a realização do projeto serão convidados todos os pacientes da área que quiserem participar com ênfases em aqueles com DCNT; que aceitem participar dos grupos comunitários e do projeto de intervenção, os quais deverão assinar o termo de cessão de uso de imagem para eventual exposição do trabalho, e que estejam cadastrados, pertencentes à área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF) Arroio Teixeira, do município de Capão da Canoa. A ESF apresenta uma população cadastrada de 920 e a população estimada é de 2.500 habitantes.

Dados retirados do GEM saúde, no último mês registrado, janeiro de 2018, aponta que 19% da população cadastrada na comunidade de Arroio Teixeira é portadora de HAS, e que 25% da população idosa é portadora de DM e 5 % da população é asmática.

### Desenho da operação

Após o levantamento do problema, o projeto de intervenção será indicado para realização de atividades de educação em saúde com a participação dos funcionários da equipe através de atividades como palestras, material informativo, vídeos informativos e filmes. Serão propostas reuniões com duração aproximada de 60 minutos desenvolvendo um tema definido mensalmente no espaço físico do ESF, escolas e na própria comunidade, dependendo do tipo de atividade a ser realizada.

Inicialmente, será realizada uma capacitação da equipe sobre os fatores de risco modificáveis das DCNT e seus agravos, além da produção do material educativo (carga horária sugerida: 15 horas). Essas reuniões com a equipe cumprirão o objetivo de educar a comunidade através da construção do plano de ações e produção do material educativo para que a ESF possa estar atuando na unidade de saúde e comunidade.

Em seguida, os pacientes serão convidados para participar das reuniões e atividades propostas. Após, serão realizadas as atividades educativas nos grupos conforme os temas a seguir:

- Tema 1: DCNT seus fatores de risco modificáveis.
- Tema 2: Alimentação saudável (produção e consumo de hortaliças) para evitar as DCNT.
- Tema 3: Os benefícios da prática de exercício físico regular e atividades de lazer no controle das DCNT.
- Tema 4: Efeitos nocivos do sedentarismo, tabaco e do álcool para a saúde.
- Tema 5: Efeitos da obesidade e sobrepeso sobre a saúde.
- Tema 6: Relação entre a saúde mental e as DCNT.

Por último serão analisados os resultados alcançados pelo presente projeto.

### Recursos Necessários

Tabela 1 – Recursos Materiais

Recursos	Quantidade
Calculadora	1
Notebook com Projetor multimídia	1
Folhas do tipo carta	2500
Impressora a laser	1
Canetas	5
Cadernos	3

Tabela 2 – Cronograma de Execução

	Nov/Dez	Jan/Mar	Abr/Jun	Jul/Set
Submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	X			
Revisão bibliográfica	X	X	X	X
Capacitação da ESF			X	
Atividades educativas			X	X
Análises dos resultados				X

- a) Recursos humanos: Pessoal da ESF;  
 b) Recursos materiais:



## 5 Resultados Esperados

Os resultados deste estudo irão contribuir para o cuidado/ prevenção da população estudada e também para estabelecer algumas estratégias de promoção de saúde para os indivíduos atendidos no ESF, se espera que as ações educativas em grupos ajudem a adquirir hábitos de vida saudáveis e contribuir para o conhecimento sobre os fatores de risco. Além disso, diminuir o número de atendimentos por DCNT e obter a adesão ao tratamento não medicamentoso, através da mudança do estilo de vida e autocuidado.



## Referências

- ALI, A. American heart association high blood pressure protocol 2017: A literature review. *Cureus*, p. 3230–3231, 2018. Citado na página 16.
- ALWAN, A. et al. Monitoring and surveillance of chronic noncommunicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *The Lancet*, p. 1861–1868, 2010. Citado na página 15.
- BOTREL, T. et al. Doenças cardiovasculares: causas e prevenção. *Revista Bras clin Ter*, p. 87–90, 2000. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da S. *Doenças Respiratórias crônicas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Citado na página 17.
- BRASIL, M. da S. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado na página 15.
- DEFRONZO, R. From the triumvirate to the ominous octet: A new paradigm for the treatment of type 2 diabetes mellitus. *Diabetes*, p. 773–795, 2009. Citado na página 16.
- DUNCAN, B. B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no brasil: prioridades para enfrentamento e investigação. *Revista saúde publica*, p. 126–134, 2012. Citado na página 18.
- FEDERATION, I. D. *The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome*. 2005. Disponível em: <[http://www.idf.org/webdata/docs/MetSybdrome\\_FINAL.pdf](http://www.idf.org/webdata/docs/MetSybdrome_FINAL.pdf)>. Acesso em: 02 Nov. 2018. Citado na página 17.
- FILHO, M. B.; RISSIN, A. A transição nutricional no brasil: tendências regionais e temporais. *Cad. Saúde Pública*, p. 181–191, 2003. Citado na página 15.
- GOLDBERG, D. Common mental disorders: a bio-social model. *Tavistok*, p. 32–34, 1992. Citado na página 18.
- GOLDBERG, D. et al. The validity of two versions of the ghq in the who study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, p. 191–197, 1997. Citado na página 17.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *Capão da Canoa*. 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/capao-da-canoa/panorama>>. Acesso em: 18 Out. 2018. Citado na página 9.
- INCA. *o que é o câncer*. 2016. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=322](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322)>. Acesso em: 18 Nov. 2018. Citado na página 18.
- LAURENTI, R. *Transição demografia e transição epidemiológica*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1990. Citado na página 15.
- MALTA, D. et al. construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. *Epidemiologia e Serv. Saúde*, p. 47–64, 2006. Citado na página 16.

- MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da pesquisa nacional de saúde no brasil. *Revista de Saúde Pública*, p. 1–10, 2017. Citado 2 vezes nas páginas 11 e 12.
- OMS, O. M. da saúde. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Brasília: OMS, 2003. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- PAHO, O. P.-A. da S.  
[https://tcc.unasus.ufsc.br/user/16537/legislative\\_refs/2611/edit.washington](https://tcc.unasus.ufsc.br/user/16537/legislative_refs/2611/edit.washington) :  
PAHO, 2003. Citado na página 18.
- PINHEIRO, A. R. de O.; FREITAS, S. F. T. de; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Revista da nutrição*, p. 523–533, 2004. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 18.
- ROY, S. et al. Cognitive function and control of type 2 diabetes mellitus in young adults. *N Am J Med Sci*, p. 220–226, 2015. Citado na página 17.
- SCHMIDT, M. et al. Chronic noncommunicable diseases in brazil: burden and current challenges. *Lancet*, p. 1949–1961, 2011. Citado na página 19.
- WEINBERG, R. A. *A biologia do câncer*. Não informado: Artmed, 2008. Citado na página 18.
- WHITING, D. et al. Idf diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract*, p. 311–321, 2011. Citado na página 16.
- YANDRAPALLI, S.; ARONOW, W. S. Cardiovascular benefits of the newer medications for treating type 2 diabetes mellitus. *J Thorac Dis*, p. 2124–2134, 2017. Citado na página 17.