



Universidade Federal
de Campina Grande

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TULIO CESAR EVANGELISTA TAVARES

**DOENÇAS CRONICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: prevenção e controle dos fatores de
riscos**

CAJAZEIRAS - PB
2012

TULIO CESAR EVANGELISTA TAVARES

DOENÇAS CRONICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: prevenção e controle dos fatores de riscos

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida - UACV como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a MS Aissa Romina Silva do Nascimento

**CAJAZEIRAS - PB
2012**

TULIO CESAR EVANGELISTA TAVARES

DOENÇAS CRONICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: prevenção e controle dos fatores de riscos

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida - UACV da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em _19_/_Abril_/2012

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento
(Orientadora - UACV/CFP/UFCG)

Prof^ª. Ms. Roberta Romero de Miranda Henriques
(Examinadora - UACV/CFP/UFCG)

Enfermeira Esp. Eliane de Sousa Leite
(Examinadora - UACV/CFP/UFCG)

CAJAZEIRAS-PB
2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu **Deus**, pela oportunidade da vida, pelas bênçãos recebidas, pelas dificuldades encontradas que serviram, sobretudo, para meu aprendizado, e pela força transmitida que me permitiu vencer todos os obstáculos e concluir mais essa meta em minha vida;

Aos meus pais, **Zezinho e Veralucia**, por tudo que tenho e por tudo que sou, pela educação que me propiciaram, pelo apoio sempre prestado ao longo da minha vida, sempre incentivando e me guiando pelos bons caminhos, dedico a vocês mais esta vitória;

Aos meus irmãos **Rogério, Danillo e Fernanda**, pelo companheirismo, apoio, e principalmente por acreditarem no meu potencial. Por vocês serem as peças fundamentais, desse quebra-cabeça chamado vida;

À minha querida **Avó Maria Evangelista de Brito**, pessoa na qual sempre me incentivou, me aconselhou e sempre vibrou junto comigo a cada degrau alcançado por mim nesta batalha diária da vida;

À minha **orientadora Aissa Romina**, por compreender minhas dificuldades nessa trajetória, por acreditar em mim, por compartilhar comigo seus ensinamentos, pela orientação, pela paciência e tempo despendidos a realização do presente trabalho, que não seria possível sem a sua luz ao longo do caminho;

À todos os colegas de curso, pessoas nas quais passei a conviver junto durante 4 anos e meio, compartilhando de momentos de alegrias (carnaval, xamegão, viva- noite, BBB CG e etc) e tristezas, pessoas nas quais aprendi a gostar e admirar como verdadeiros irmãos;

À meus amigos e colegas de profissão da PMPB, **Cabo Pielton Antônio Lopes da silva e Soldado Ronivon Ferreira Dias**, pela amizade, pelo apoio e pelos momentos de espera pelas galerias da UFCG enquanto assistia as aulas;

Finalmente, agradeço a todas as pessoas que estiveram ao meu lado em algum momento da minha vida. Às críticas, as quais foram essenciais para o meu crescimento pessoal e profissional.

“Os sonhos não determinam o lugar onde vocês vão chegar, mas produzem a força necessária para tirá-los do lugar em que vocês estão. Bons alunos aprendem a matemática numérica, alunos fascinantes vão além, aprendem a matemática da emoção, que não tem conta exata e que rompe a regra da lógica. Nessa matemática você só aprende a multiplicar quando aprende a dividir, só consegue ganhar quando aprende a perder, só consegue receber, quando aprende a se doar.”

Augusto Cury

TAVARES, Túlio Cesar Evangelista. **Doenças Crônicas não Transmissíveis:** prevenção e controle dos fatores de riscos. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores - Universidade Federal de Campina Grande – CFP/UFCG, Cajazeiras-PB – 2012, p. 42.

RESUMO

O estudo teve como objetivo principal analisar os principais fatores de risco e a prevenção das DCNT conforme a literatura consultada e como objetivos específicos listar as medidas de prevenção e verificar os hábitos de saúde relacionados aos fatores de risco. Este tema de estudo merece reflexão científica atenta e continuada, tanto por se tratar de questão no âmbito da saúde pública quanto pela pouca produção de estudos científicos nacionais a esse respeito. Este estudo de caráter bibliográfico foi desenvolvido pelo procedimento de consulta e investigação da literatura especializada. Para tanto a definição dos termos chaves: DCNT, Fatores de risco, Saúde Suplementar, Monitoramento, Vigilância, foram empregadas na procura de artigos científicos e referencial teórico. Para tanto utilizou-se o sistema de consulta bibliográfica informatizada, através de páginas pertencentes à órgãos indexadores e sistemas de bases de dados bibliográficos on-line, fundamentado em artigos científicos localizados no banco de dados *The Scientific Electronic Library Online* (SciELO) que abrange as principais publicações da literatura nacional na área de ciências da saúde, além de outros como: Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde Pública da Bireme/OPAS/OMS. Pela revisão bibliográfica realizada os autores estudados foram unânimes em afirmar a importância da prevenção e proteção dos fatores de riscos para as doenças crônicas, para melhorar a qualidade de vida da população em geral. O presente estudo mostrou que o sistema de monitoramento de fatores de risco para DCNT a partir de entrevistas telefônicas (VIGITEL) pode alcançar bom desempenho em áreas urbanas brasileiras, seja quanto a aspectos relacionados à representatividade da amostra de indivíduos estudados, seja quanto ao custo e agilidade do sistema, sendo o sistema VIGITEL o mais utilizado para monitorar e a partir desses dados executar o plano de ações para o enfrentamento dessas patologias.

Palavras-Chave: Doenças crônicas não transmissíveis. Prevenção e controle. Fatores de risco.

ABSTRACT

The study aimed to analyze the main risk factors and prevention of NCDs as literature and as specific goals list the measures to prevent and check the health habits related to risk factors. This subject of scientific study deserves careful reflection and continuous, both because it is matter within the public health and by low production of national scientific studies in this regard. This bibliographical study was developed by the procedure of consultation and research literature. For both the definition of key terms: NCD, Risk Factors, Health Supplements, Monitoring, Surveillance, were employed in the search for scientific articles and theoretical. For this we used the computerized bibliographic system through pages belonging to the organs and systems of indexing bibliographic databases online, based on papers found in the database The Scientific Electronic Library Online - SciELO that covers major publications of national literature in the area of health sciences, as well as others: Google Scholar, Virtual Health Library's Public Bireme / PAHO / WHO. For the literature review the authors studied were unanimous in affirming the importance of prevention and protection of the risk factors for chronic diseases, to improve the quality of life of the general population. The present study showed that the system for monitoring risk factors for NCDs from telephone interviews (VIGITEL) can achieve good performance in Brazilian urban areas, whether as aspects related to the representativeness of the sample of subjects studied, either in terms of cost and agility of the system, the system being the most VIGITEL used to monitor and run the data from these action plan to face these pathologies.

Key-words: Doenças crônicas não transmissíveis. Prevenção e controle. Fatores de risco.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Taxa de Internação Hospitalar por Doenças Crônicas selecionadas, Brasil, 2000 a 2009	24
Figura 2: Benefícios na atuação sobre fatores ambientais e comportamento saudável ao longo do ciclo da vida	28
Figura 3: Cadeia de Relacionamento entre Fatores de Risco e Doenças Crônicas	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar

AVE- Acidente Vascular Encefálico

DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DCV- Doenças Cardiovasculares

DIP – Doenças Infecciosas e Parasitárias

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DRC – Doenças Respiratórias Crônicas

DM – Diabetes Mellitus

FR- Fatores de Risco

FVL- Frutas, Verduras e Legumes

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM- Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC- Índice de Massa Corporal

INCA- Instituto Nacional do Câncer

MS- Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes

SBH – Sociedade Brasileira de Hipertensão

SUS- Sistema Único de Saúde

UV- Ultravioleta

VIGITEL- Vigilância dos Fatores de Risco e de Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1 A IMPORTÂNCIA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT).....	12
2.2 PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	13
2.2.1 Doenças Cardiovasculares	13
2.2.2 Neoplasias	14
2.2.3 Diabetes Mellitus	14
2.2.4 Doenças Respiratórias Crônicas (DRC)	15
2.3 FATORES DE RISCO ASSOCIADOS ÀS DCNT	16
2.3.1 Inatividade Física	16
2.3.2 Tabagismo	17
2.3.3 Hipertensão arterial sistêmica (HAS)	17
2.3.4 Dislipidemia	18
2.3.5 Obesidade	19
2.3.6 Consumo inadequado de frutas, legumes e verduras	19
2.3.7 Consumo excessivo de álcool	20
2.4 PREVENÇÃO	21
3 METODOLOGIA DA PESQUISA.....	23
3.1 HÁBITOS DE SAÚDE RELACIONADOS AOS FATORES DE RISCO PARA DCNT ...	23
3.2 PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DCNT	27
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos o perfil de morbimortalidade da população vem sofrendo constantes alterações, estas mudanças são exploradas e estudadas sobre o enfoque de diversos processos, dentre os quais os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, a urbanização e o crescimento econômico e social que contribuem para o maior risco da população de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (SCHMIDT, 2011).

O termo “Doenças Crônicas Não Transmissíveis” (DCNT) pode ser caracterizado por um conjunto de doenças com história natural prolongada, fatores de risco complexos e múltiplos, interação de fatores etiológicos desconhecidos, de causa necessária desconhecidos ou especificidade de causa desconhecida. Também é caracterizado pela ausência de participação ou participação polêmica de microorganismos entre os determinantes, longo período de latência, longo curso assintomático (WHO, 2009).

As DCNT são as principais causas de mortes no mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011).

Apesar do rápido crescimento das DCNT, seu impacto pode ser revertido por meio de intervenções amplas e custo-efetivas de promoção de saúde para redução de seus fatores de risco, além de melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno. Como nos outros países, no Brasil, as DCNT também se constituem como o problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas. (SCHMIDT, 2011).

As quatro doenças crônicas de maior impacto mundial são as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas, as quais têm quatro fatores de risco em comum, que são eles: tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e álcool, responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto (MALTA et al, 2006). Em termos de mortes atribuíveis, os grandes fatores de risco globalmente conhecidos são: pressão arterial

elevada (responsável por 13% das mortes no mundo), tabagismo (9%), altos níveis de glicose sanguínea (6%), inatividade física (6%) e sobrepeso e obesidade (5%) (WHO, 2009).

O fortalecimento da vigilância é uma prioridade nacional e global. Há necessidade premente de se investir na melhoria de cobertura e da qualidade dos dados de mortalidade e na condução de pesquisas regulares dos fatores de risco em escala nacional e global. No Brasil, a vigilância em DCNT reúne o conjunto de ações que possibilitam conhecer a distribuição, magnitude e tendência dessas doenças e de seus fatores de risco na população, identificando seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, com o objetivo de subsidiar o planejamento, a execução e a avaliação da prevenção e do controle. A prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco são fundamentais para evitar um crescimento epidêmico dessas doenças e suas conseqüências nefastas para a qualidade de vida e o sistema de saúde no país (MALTA et al, 2006).

As intervenções para prevenção e controle de DCNT incluem diversas ações, que têm sido monitoradas e avaliadas por meio de vários estudos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou, recentemente, as intervenções consideradas mais custo-efetivas, sendo algumas delas ainda consideradas as “melhores apostas” (ações que devem ser executadas imediatamente para que produzam resultados acelerados em termos de vidas salvas, doenças prevenidas e custos altos evitados) (WHO, 2011).

No Brasil, o monitoramento dos FR e proteção para DCNT da população em geral, foi iniciado pelo Ministério da Saúde, em 2003, por meio de inquérito domiciliar e complementado em 2006, em todas as capitais de estado e no Distrito Federal, por meio do programa Vigilância de Fatores de Risco e de Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL (MALTA et al., 2008).

O trabalho teve como objetivo geral analisar os principais fatores de risco e a prevenção das DCNT conforme a literatura consultada e objetivos específicos listar as medidas de prevenção e verificar os hábitos de saúde relacionados aos fatores de risco.

O tema deste estudo merece reflexão científica atenta e continuada, tanto por se tratar de questão no âmbito da saúde pública quanto pela escassez de estudos científicos nacionais a esse respeito. Diante do exposto faz-se necessário a sensibilização da população para o controle das DCNT e prevenção das complicações, justificando-se a iniciativa da proposta.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)

O Brasil assim como outros países em desenvolvimento, está vivendo um momento de mudanças em suas sociedades. Em conjunto essas mudanças, encontramos importantes modificações no perfil de morbidade e mortalidade, onde as doenças crônicas não transmissíveis representam importantes problemas de saúde pública nestes países. Mudanças essas que fazem parte da chamada transição epidemiológica, na qual existe uma inversão das causas de morte de doenças infecciosas para doenças crônicas degenerativas. Outro fator importante é a mudança no que refere-se à Transição Demográfica com significativa diminuição das taxas de fecundidade, natalidade e aumento progressivo na expectativa de vida. Como resultado verifica-se o progressivo aumento da proporção de idosos, em relação aos demais grupos etários, tendência essa que devera se ampliar nos próximos 20 anos (SCHMIDT, 2011).

As DCNT representam um dos principais desafios a saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas. Ameaçam a qualidade de vida de milhões de pessoas e apresentam grande impacto econômico para países de baixa e média renda. Segundo a OMS as DCNT são responsáveis pelas principais causas de morte no mundo, correspondendo a 63 % dos óbitos em 2008, sendo elas responsáveis por altos custos econômicos para as famílias, para o sistema de saúde e para a sociedade. No Brasil constituem o problema de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de morte, atingindo fortemente as camadas mais pobres da população e alguns grupos vulneráveis (WHO, 2011).

As DCNT's podem ser caracterizadas por história natural prolongada, multiplicidade de fatores de risco complexos, interação de fatores etiológicos desconhecidos, causa necessária desconhecida, especificidade de causa desconhecida, ausência de participação ou participação polêmica/duvidosa de microrganismos entre os seus determinantes, longo período de latência, longo curso assintomático, manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação, lesões celulares irreversíveis, evolução para graus variados de incapacidade ou para a morte e curso clínico em geral lento, prolongado e permanente (SAMPAIO; SABRY, 2007).

As nosologias que a OMS classificam como DCNT são as doenças cardiovasculares (DCV), as neoplasia malignas, a Diabetes Mellitus (DM) e as doenças respiratórias crônicas, que podem ser agravadas a partir da presença dos chamados fatores de risco que, segundo os

Relatórios sobre a Saúde do Mundo, são eles: tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e álcool, responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto e podem ser caracterizados como de caráter hereditário, comportamental e ambiental e sócio-econômico, podendo estar presentes de forma isolada ou conjugada (MALTA, 2006; WHO, 2009).

As causas das DCNT são complicadas de serem determinadas, pois envolvem não só os indivíduos e suas famílias, mas também aspectos econômicos, sociais e culturais, que estão de alguma forma interligados com estas enfermidades. A dieta é um dos fatores que vem sendo estudado pela ciência a fim de demonstrar sua relação com a saúde, principalmente no que diz respeito à prevenção e no controle das DCNT (MONTEIRO, 2004).

Lessa (2004) descreve que as DCNT são um agravo de saúde pública e causam um grande impacto nas populações, possuem elevado custo social e na saúde. No entanto, existem meios eficazes para evitá-la, por meio de ações de promoção da saúde, prevenção primária, com o controle dos fatores de risco, ou ações que minimizem suas complicações, por meio do diagnóstico precoce, tratamento e controle adequados. Ainda segundo Lessa (2004) a expressão clínica das DCNT só se faz após longo tempo de exposição aos fatores de risco e a convivência do indivíduo com a doença não-diagnosticada se dá de forma assintomática, podendo o diagnóstico ser feito em fase tardia, podendo o desfecho ser fatal, como ocorre com as doenças coronárias agudas e o acidente vascular encefálico.

2.2 PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

2.2.1 Doenças Cardiovasculares (DCV)

As Doenças Cardiovasculares constituem a principal causa de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo, essas doenças afetam tanto o coração quanto o sistema vascular, destacando-se os acidentes vasculares encefálicos, as doenças coronarianas e a hipertensão arterial sistêmica. Entre estas, em especial, a doença cardiovascular aterosclerótica, tem sido considerada um problema de Saúde Pública, pela importância que ocupa dentro das causas de óbitos e pelas alterações patológicas que acarreta muitas vezes danos irreversíveis, levando em algumas situações a uma condição de incapacidade residual (MALTA, 2006).

Acredita-se que a genética e a idade tenham grande importância nesta evolução, porém, a alimentação inadequada e principalmente o sedentarismo contribui de uma forma acentuada os riscos de se adquirir doenças cardiovasculares. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2009), cerca de 16,6 milhões (31,3%) de pessoas morrem anualmente por DCV no mundo. Essas doenças geram o maior custo referente a internações hospitalares no sistema de saúde nacional, afinal não conhecem fronteiras geográficas, socioeconômicas ou de gênero (SOUSA et al., 2009).

2.2.2 Neoplasias

Neoplasia é um termo genérico utilizado para denominar um grupo de mais de 100 doenças que podem afetar qualquer parte do corpo. Também denominada como tumor e câncer, tem como característica o desenvolvimento rápido e desordenado de células que crescem além de seus limites, acometendo outros órgãos, um processo denominado metástase, que costuma ser a causa principal de morte por neoplasia (WHO, 2007).

O câncer é um conjunto de síndromes de caráter crônico-degenerativo responsável por aproximadamente 12% das causas de morte no mundo, e representa a segunda maior causa de mortalidade, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares (JEMAL, 2010). Dados epidemiológicos e clínicos no Brasil indicam que as neoplasias de próstata, pulmão, cólon/reto, estômago e esôfago têm maior prevalência em homens, enquanto nas mulheres as neoplasias de mama, colo uterino, pulmão e cólon/reto são consideradas as de maior incidência (INCA, 2009).

Inúmeros fatores estão associados à elevada taxa de morbidade/mortalidade pelo câncer. Dentre eles, incluem-se mudanças de estilo de vida decorrentes do processo crescente de industrialização e aumento da expectativa de vida que levam a maior prevalência de enfermidades crônico-degenerativas. Além disso, o diagnóstico tardio e, conseqüentemente, a maior dificuldade no tratamento do câncer avançado contribui para o aumento nas taxas de mortalidade relacionadas a essas doenças (JEMAL, 2010).

2.2.3 Diabetes Mellitus

O diabetes é uma doença crônica na qual o corpo não consegue produzir ou não

consegue utilizar adequadamente a insulina. Este é um hormônio necessário para que ocorra a conversão do açúcar, amido e outros alimentos em glicose, possibilitando assim sua entrada nas células bem como a manutenção da vida, levando a hiperglicemia, a qual induz múltiplas anormalidades sistêmicas (PRESTES, 2007).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, os tipos mais comuns de diabetes são o diabetes tipo I, o diabetes tipo II e o diabetes gestacional. O diabetes tipo I é uma doença auto-imune caracterizada pela destruição das células beta produtoras de insulina que acaba fazendo com que o organismo deixe de produzir insulina. No tipo II há a produção de insulina pelo pâncreas, porém, o problema está na incapacidade de absorção das células musculares e adiposas, fazendo com que as células não consigam metabolizar a glicose sanguínea. Já o diabetes gestacional, é aquele que ocorre quando a mulher já apresentava diabetes e engravida ou quando as alterações de açúcar no sangue começam a aparecer ou são detectadas pela primeira vez na gravidez (SBD, 2009).

2.2.4 Doenças Respiratórias Crônicas (DRC)

Doenças respiratórias crônicas (DRC) são doenças crônicas tanto das vias aéreas superiores como das inferiores. A asma, a rinite alérgica e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) são as DRC mais comuns. Representam um dos maiores problemas de saúde mundialmente. Centenas de milhões de pessoas de todas as idades sofrem dessas doenças e de alergias respiratórias em todos os países do mundo. A rinite pode ser considerada a doença de maior prevalência entre as doenças respiratórias crônicas e problema global de saúde pública, acometendo cerca de 20 a 25% da população em geral (MS, 2010).

A DPOC denota um grupo de distúrbios respiratórios caracterizados pela obstrução crônica e recorrente do fluxo de ar nas vias aéreas pulmonares. Compreende dois tipos de doença obstrutiva das vias aéreas: o enfisema, com dilatação dos espaços aéreos e destruição do tecido pulmonar e a bronquite obstrutiva crônica, com obstrução das pequenas vias aéreas. A DPOC é caracterizada clinicamente pela presença crônica de sintomas, como tosse e produção de catarro, e em casos mais avançados, dispnéias aos esforços ou em repouso, decorrentes das alterações da mecânica pulmonar e da troca gasosa e da diminuição aeróbica muscular periférica (PORTH, 2004).

Muitos são os fatores de risco para DRC como, por exemplo: poluição ambiental, alérgenos, agentes ocupacionais e algumas doenças como esquistossomose e doença

falciforme podem ser citados como fatores de risco preveníveis para DRC. Além disso, pneumonia, bronquiolite e tuberculose, por causarem cicatrizes nas vias aéreas, também podem ser consideradas fatores de risco com impacto significativo sobre essas doenças. O aumento na expectativa de vida representa fator de risco independente para esse grupo de doenças (MS, 2010).

2.3 FATORES DE RISCO ASSOCIADOS ÀS DCNT

A expressão “fator de risco” refere-se a um conceito que vem ganhando importância crescente no campo das doenças crônicas. Estudos epidemiológicos têm ressaltado que a presença do fator de risco afeta a qualidade de vida do indivíduo. Entre os principais FR destacam-se a inatividade física, o tabagismo, a hipertensão, o alto teor de colesterol, a obesidade, o baixo consumo de frutas e verduras e o consumo de álcool (LESSA, 2004).

2.3.1 Inatividade Física

A inatividade física é conceituada como um importante fator de risco para a mortalidade prematura, tanto quanto o tabagismo, dislipidemia e hipertensão arterial. Estudos relacionam a inatividade física e a presença de outros fatores de risco à diversas doenças, entre elas as doenças Cardiovasculares e outras doenças crônicas (CIOLAC; GUIMARAES, 2004).

De acordo com a OMS, a prática de exercício físico regular reduz o risco de cardiopatia, acidente vascular cerebral e câncer de mama e cólon e diabetes tipo II. Isso ocorre porque o exercício físico melhora o metabolismo da glicose, reduz o nível de gordura e diminui a Pressão Arterial. Com relação a hipertensão arterial, o exercício físico regular pode reduzir a PA, além de contribuir para que indivíduos normotensos tenham redução do risco de desenvolverem hipertensão. Para esta finalidade são indicados exercícios físicos como caminhada, ciclismo, natação e corrida realizados entre 30% e 70% do consumo Máximo de oxigênio, com duração de 30 a 45 minutos, três a cinco vezes por semana (OMS, 2003).

A atividade física também pode exercer seu papel benéfico sobre o câncer. Acredita-se que a atividade física pode atuar como efeito protetor sobre o câncer, através da diminuição da exposição a fatores de risco, como por exemplo, diminuição da gordura corporal. Quando

regular os exercícios físicos podem auxiliar no controle das dislipidemias e no tratamento da doença arterial coronariana, reduzindo os níveis plasmáticos de triglicerídeos e aumentando os níveis de HDL (SAMPAIO, 2007)

2.3.2 Tabagismo

O tabagismo deixou de ser considerado como um estilo de vida e passou a ser considerado um vício, uma dependência química que expõe o usuário a inúmeras substâncias tóxicas. Tornando-se umas das principais causas de mortes prematuras e incapacidades, representando um problema de saúde pública no mundo todo. O uso excessivo de tabaco é fator causal de quase 50 diferentes doenças incapacitantes e fatais, sendo responsável segundo o Instituto nacional do câncer (2007) responsável por 45% das mortes por Infarto Agudo do Miocárdio, 85% das mortes por DPOC, 25% das mortes por derrame e 30% das mortes por Câncer (INCA, 2007).

Assim como a inatividade física, o uso de tabaco pertence ao grupo dos fatores de risco comportamentais para o surgimento de DCNT, sendo inseridos dentro deste grupo os indivíduos que praticam o hábito de fumar regularmente ou os ex-fumantes que abandonaram o hábito em um período inferior a cinco anos. O hábito de fumar aumenta o risco de morte súbita e as limitações físicas por doença coronariana, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer. Entre os tipos de câncer relacionados ao uso do tabaco incluem-se os de pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, estômago, fígado, pâncreas, bexiga, rim e colo de útero (MS, 2006).

2.3.3 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A HAS é uma doença crônica degenerativa de etiologia multifatorial, também conhecida como pressão alta, que compromete os vasos do organismo, determinando alteração no tônus vasomotor e favorecendo a vasoconstrição, caracterizada pela presença de níveis pressóricos elevados associados a alterações metabólicas e hormonais, que constituem na hipertrofia cardíaca e vascular (GOMES; ALVES, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde, a HAS é a mais freqüente das doenças coronarianas, é um

dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de complicações como o acidente vascular cerebral, o infarto agudo do miocárdio e a insuficiência renal crônica. Dessa maneira, a HAS configura um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. O critério atual de diagnóstico é a pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg (BRASIL, 2006).

A Hipertensão Arterial é uma doença que não tem cura, porém possui tratamento, que quando executado de forma correta pode propiciar uma vida normal ao portador. Sendo o principal objetivo do tratamento desta patologia a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular, para tanto podem ser adotadas medidas farmacológicas e medidas não farmacológicas. Apesar de o tratamento ser eficiente, tem se verificado que o controle da PA se apresenta insatisfatório, fato relacionado a insuficiente adesão dos portadores ao tratamento proposto (OPAS, 2008)

2.3.4 Dislipidemia

Segundo o Instituto Nacional de Cardiologia (2008) a dislipidemia é caracterizada pela alteração do nível das principais gorduras (lipídeos) no sangue: o colesterol e os triglicerídeos. Essas alterações estão intimamente ligadas à doença arterial coronariana, a doença com maior índice de mortalidade no Brasil. Por isso, é importante que estas gorduras se mantenham com valores adequados no sangue (INC, 2008).

As dislipidemias podem ser classificadas etiologicamente como primárias ou secundárias. As primárias são originadas por alterações genéticas que interferem com os mecanismos de síntese ou remoção das lipoproteínas circulantes, enquanto as secundárias são decorrentes de doenças como hipotireoidismo, diabetes mellitus, síndrome nefrótica, insuficiência renal crônica, icterícia obstrutiva, obesidade, deficiência no hormônio do crescimento ou ainda pelo uso indiscriminado de certos fármacos, como diuréticos (altas doses), anticoncepcionais, corticosteróides e anabolizantes (IZAR, 2010)

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2008), os valores adequados para o colesterol total são menores que 200mg por 100 ml/sangue. Já o colesterol de baixa densidade (LDL- Colesterol) deve ser menor que 130mg por 100 ml/sangue. O colesterol de alta densidade (HDL-Colesterol) deve ser maior que 40 mg por 100ml/sangue e os triglicerídeos para apresentarem valores adequados deve ser menores que 150 mg por 100ml/sangue. Além disso, o desequilíbrio entre o gasto calórico e a ingestão alimentar, o sedentarismo e o

consumo de álcool e cigarro em excesso, são fatores que contribuem para o desenvolvimento das dislipidemias (SBC, 2008).

2.3.5 Obesidade

A obesidade é uma DCNT, que consiste no aumento de massa gorda corporal, gerado a partir da resposta biológica ao balanço energético positivo crônico e sustentado, que pode comprometer a saúde dos indivíduos. Sua causa é multifatorial e depende da interação de fatores genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e culturais. Uma das formas mais utilizadas para detectar a prevalência da obesidade e do excesso de peso é o Índice de Massa Corporal (IMC), que é definido como o peso em kilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros (Kg/m^2). IMC acima de 25 Kg/m^2 indicam excesso de peso e IMC superior a 30 Kg/m^2 , obesidade (OMS, 2004).

A obesidade já alcançou proporções endêmicas em todo o mundo, tornando-se um problema de saúde pública, uma vez que as conseqüências para a saúde são muitas e variam do risco aumentado de morte prematura a graves doenças não letais, mas debilitantes, entre elas o diabetes mellitus, doenças cardíacas, aterosclerose, hipertensão arterial, hiperlipidemias e vários tipos de câncer (MONTEIRO et al, 2004).

A associação do sedentarismo com uma maior ingestão de alimentos com alto teor calórico, ricos em açúcares e gorduras saturadas, são uma das principais causas da obesidade e do excesso de peso. Uma das explicações para tal fato deve-se a modernização das sociedades, que ocasionou uma maior oferta de alimentos e diminuição no gasto de energia no trabalho e no lazer, levando a uma mudança nos padrões comportamentais das comunidades nas últimas décadas (MARINHO et al, 2003; OPAS, 2003).

2.3.6 Consumo inadequado de frutas, legumes e verduras

Dentre os fatores de risco para as DCNT, a prática de uma alimentação saudável representa um dos principais fatores comportamentais protetores contras as doenças crônicas, tendo como componente fundamental o adequado consumo de frutas, legumes e verduras (FLV). Segundo a OMS a baixa ingestão de FLV está entre os 10 fatores de risco modificáveis que mais contribuem para a carga global de doenças (OMS, 2002)

Evidências sugerem que esses alimentos podem atuar na prevenção das principais doenças da atualidade como, por exemplo, as patologias cardiovasculares e certos tipos de neoplasias do sistema digestivo. Nessa perspectiva, o aumento do consumo de FLV tem sido incentivado no sentido de diminuir a incidência de doenças cardiovasculares (WHO, 2003).

As informações sobre o consumo de frutas, legumes e verduras, foram utilizadas como indicadores de alimentos protetores. Foi considerado para FLV, como consumo de proteção, a ingestão superior ou igual a 3 vezes/dia, e como consumo de risco, a ingestão inferior a 3 vezes/dia em pelo menos 5 dias da semana (BRASIL, 2006).

Frutas, legumes e verduras incluem raízes, folhas, frutos, caules e sementes de mais de quarenta famílias diferentes da botânica, conferindo a esses alimentos a característica de prover grande variedade e complexidade à dieta humana. FLV podem auxiliar na prevenção de doenças, por meio de substâncias protetoras como potássio, folato, magnésio, vitaminas, fibras e outros componentes fenólicos. Esses nutrientes agem por uma variedade de mecanismos, tais como ação antioxidante, estimulação do sistema imunológico, melhoria do perfil lipídico, redução da pressão arterial, aumento da sensibilidade à insulina e melhoria da homeostase corporal. Portanto destaca-se, desta forma, que tais nutrientes atuam em conjunto e que a prevenção de doenças pode não estar relacionada à presença de nutrientes específicos, mas sim à interação entre os componentes nutricionais encontrado nos alimentos (STEFFEN, 2006).

2.3.7 Consumo excessivo de Álcool

O álcool é uma das únicas drogas psicotrópicas que tem consumo admitido pela sociedade. O alcoolismo pode ser considerado um problema de saúde pública de ordem mundial, sendo definido como uma síndrome multifatorial, com comprometimento físico, mental e social.(OMS, 2004).

Não se sabe ao certo qual a quantidade de ingestão de álcool que pode causar benefícios ou prejuízos à saúde. Ao mesmo tempo em que seu consumo tem sido associado à diminuição de doenças cardiovasculares, o mesmo apresenta efeitos desfavoráveis em pessoas que apresentam hipertriliceridemia, hipertensão, propensão ao ganho de peso, entre outros (FARRET, 2005).

O consumo abusivo de álcool acaba se tornando um fator de risco para doenças e morte. Existe uma forte associação entre o consumo abusivo de álcool e uma serie de

patologias, entre elas: baixo peso ao nascer, câncer bucal e orofaríngeo, câncer esofágico, câncer hepático, alguns distúrbios psiquiátricos, epilepsia, hipertensão arterial, isquemia miocárdica, diabetes, cirrose hepática, quedas, intoxicação e outros (MELONI; LARANJEIRA, 2004).

2.4 PREVENÇÃO

Para a prevenção e controle das DCNT são necessárias ações de promoção da saúde com vistas a favorecer comportamentos e hábitos de vida saudáveis, bem como o monitoramento contínuo da prevalência dos fatores de risco, visando apoiar intervenções em saúde pública (MALTA et al., 2006).

As intervenções para prevenção e controle de DCNT incluem diversas ações, que têm sido monitoradas e avaliadas por meio de vários estudos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou, recentemente, as intervenções consideradas mais custo-efetivas, sendo algumas delas ainda consideradas as “melhores apostas” (ações que devem ser executadas imediatamente para que produzam resultados acelerados em termos de vidas salvas, doenças prevenidas e custos altos evitados) (WHO, 2011).

No Brasil o monitoramento dos FR e proteção para DCNT da população em geral foi iniciado pelo Ministério da saúde em 2003, por meio de inquérito domiciliar e complementado em 2006, em todas as capitais de estado e no DF, por meio do programa Vigilância de Fatores de Risco e de Proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico – VIGITEL (MALTA et al., 2008)

O VIGITEL consiste em um sistema de vigilância que possibilita o monitoramento dos FR para DCNT da população brasileira. Anualmente são realizadas cerca de 54 000 entrevistas em adultos, nas capitais brasileiras, por meio de uma amostra aleatória das linhas de telefone fixo. Este monitoramento possibilita verificar de forma ágil e com menor custo as frequências dos principais FR para DCNT na população adulta. O questionário aplicado nos entrevistados aborda as características demográficas e sócioeconômicas, características do padrão de alimentação e de atividade física, peso e altura recordados, hábito tabagista e de consumo de bebida alcoólica, autoavaliação do estado de saúde, prevenção de câncer e morbidade referida, dentre outras (MOURA et al., 2008).

Conhecendo a distribuição dos FR e Proteção para DCNT na população será possível identificar a população alvo e direcionar políticas públicas e ações de promoção da saúde e

prevenção de agravos e doenças. De acordo com Barcellos e Quitério (2006) vigilância em saúde é uma ação que engloba várias etapas, que se inicia com o levantamento dos dados, passa por sua análise e termina com a interpretação destes, sempre referentes a ocorrências que afetam a população; ainda segundo estes autores, vigilância da saúde é a ação ocorre de forma abrangente, incluindo: a operacionalização do conceito de risco; articulação de ações de prevenção, promoção e assistência; ação intersetorial; ações sobre o território e a atuação na forma de operações focais; intervenção sobre os problemas de saúde, priorizando as ocorrências que necessitem de atenção e acompanhamento ininterruptos (BARCELLOS; QUITERIO, 2006)

Mesmo com tantas informações sobre bons hábitos para se manter a saúde, cada vez mais, pessoas se expõem ao chamado risco epidemiológico, que significa a probabilidade de que pessoas saudáveis, expostas a certas condições, adquiram uma doença. São chamados de fatores e condições de risco para uma determinada doença as situações ou “causas” que levam à doença. Estes fatores que estão associados a um risco aumentado de adoecer são chamados de fatores de risco (VRANJAC, 2002).

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

Este estudo de caráter bibliográfico foi desenvolvido pelo procedimento de consulta e investigação da literatura especializada. Para tanto a definição dos termos chaves: DCNT, Fatores de risco, Saúde Suplementar, Monitoramento, Vigilância, foram empregadas na procura de artigos científicos e referencial teórico múltiplo relativo aos últimos 12 anos. Para tanto utilizou-se o sistema de consulta bibliográfica informatizada, através de páginas pertencentes à órgãos indexadores e sistemas de bases de dados bibliográficos on-line, fundamentado em artigos científicos localizados no banco de dados *The Scientific Electronic Library Online* (SciELO) que abrange as principais publicações da literatura nacional na área de ciências da saúde, além de outros como: Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde Pública da Bireme/OPAS/OMS.

A revisão foi ampliada por meio da busca a referências bibliográficas dos estudos relevantes, solicitação de estudos publicados a especialistas e busca em outras fontes. Os critérios de inclusão foram estudos publicados em português, no período compreendido entre 2000 a 2012 e de exclusão, artigos no formato, carta ao editor e que não abordasse doenças não transmissíveis.

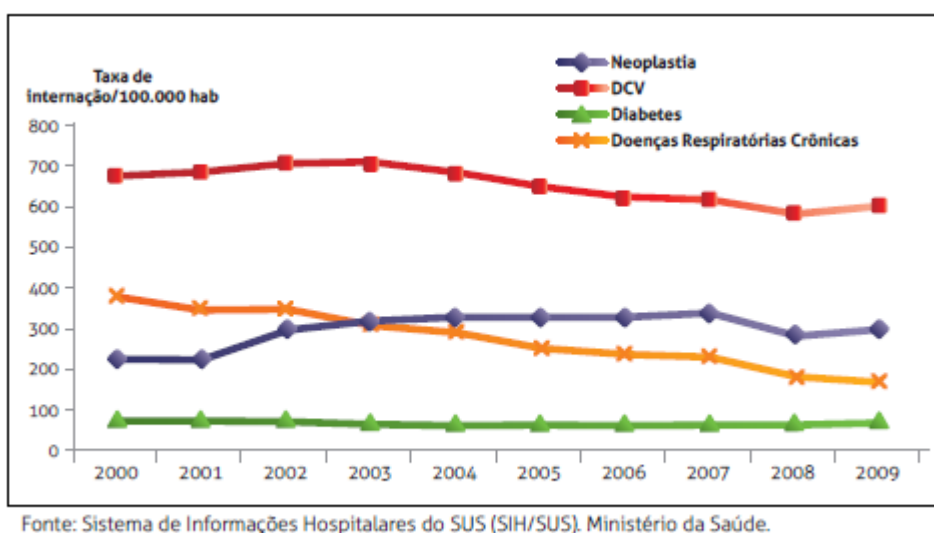
3.1 HÁBITOS DE SAÚDE RELACIONADOS AOS FATORES DE RISCO PARA DCNT

De acordo com Alwan et al, (2010) 63% das mortes no mundo em 2008, ou seja, 36 milhões de pessoas foram em razão das DCNT, com destaque para as DCV, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas e seus fatores de risco compartilhados. Ainda segundo ele cerca de 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa ou média renda, onde 29% são de pessoas com menos de 60 anos. Nos países de renda alta, apenas 13% são mortes precoces. Como nos outros países, no Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis também se constituem como o problema de saúde de maior magnitude. Sendo responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda.

Segundo estudos de Schmidt et al. (2011) as doenças do cardiovasculares (DCV) são as principais causas de internações e geram o maior custo nesse componente do sistema de

saúde nacional. Em 2007, 12,7% das hospitalizações foram causadas DCV. Conforme se pode observar na Figura 1, a taxa de internação hospitalar devido às neoplasias tem aumentado no Brasil, passando de 229/100 mil em 2000 para 301/100 mil em 2009. A taxa de internação hospitalar por diabetes tem se mantido estável nos últimos anos, na ordem de 65 a 75 internações/100 mil habitantes/ano. Acompanhando a queda na mortalidade, as hospitalizações por doenças respiratórias crônicas foram as que apresentaram maior redução nos últimos anos, passando de 383 internações/100 mil em 2000 para 177/100 mil em 2009. Ainda segundo Schmidt et al. (2011) entre 2000 e 2007, as hospitalizações de adultos de 20 anos ou mais diminuíram 32% para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e 38% para asma .

Figura 1: Taxa de Internação Hospitalar por Doenças Crônicas selecionadas, Brasil, 2000 a 2009



Malta et al. (2007), em estudo objetivando conhecer a prevalência dos fatores de risco destacou quatro em comum para as DCNT de maior impacto mundial, sendo identificados como tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e consumo excessivo de álcool . Em outra pesquisa, Schmidt et al. (2011) evidenciaram em termos de mortes atribuídas, as seguintes condições de risco globalmente conhecidas: Hipertensão arterial (responsável por 13% das mortes no mundo todo), tabagismo (9%), altos níveis de glicose sanguínea (6%), inatividade física (5%) e sobrepeso e obesidade (5%).

Este fato é confirmado por Jemal (2010), que aborda a existência de uma tendência mundial no aumento da prevalência dos fatores de risco para DCNT, devido à fatores ambientais, familiares e socioeconômicos. Existe consenso de que diversas patologias

crônicas podem ser prevenidas e controladas com a monitorização de determinadas condições de risco, já que estas facilitam a identificação de sinais antecedentes que, ao serem modificados, podem atenuar ou até mesmo reverter o processo evolutivo das disfunções.

Sousa et al. (2009), indicam as doenças do aparelho circulatório como a principal causa de morbidade e mortalidade no mundo, estando em elevação nos países em desenvolvimento e segundo estes autores, os índices são influenciados por um conjunto de fatores de risco, alguns destes modificáveis (alterações no estilo de vida, dieta adequada e regularidade na prática de atividade física). Segundo a OMS (2011) estima-se que 7,5 milhões de óbitos, seja provocada pela pressão arterial alta, sendo o principal fator de risco para as DCV. Foi constatado que a prevalência de pressão alta é semelhante em todos os grupos de renda, contudo, é geralmente menor na população de alta renda. A hipertensão arterial é responsável ainda segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão – SBH (2010) por 40% dos infartos, 80% dos derrames e 25% dos casos de insuficiência renal terminal.

De acordo com o estudo realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) 6 milhões de pessoas vão a óbito a cada ano pelo uso de tabaco, seja por utilização direta ou fumo passivo. Segundo a OMS (2010) estima-se que o hábito de fumar seja responsável, aproximadamente, por 70% dos casos de Câncer de Pulmão, 42% das Doenças respiratórias crônicas e cerca de 10% das doenças do aparelho circulatório. O Brasil tem-se destacado como o país que vem reduzindo progressivamente a prevalência de tabagismo nas Américas, os dados mais recentes com representatividade nacional, mostram que a prevalência de fumantes no Brasil é de 17,2% dos quais 21,6% em homens e 13,1% em mulheres. Vários estudos (VENDRAMENTO et al, 2007; VIGITEL, 2008; MS, 2004; MS, 2007) tem comprovado que o hábito de fumar é maior no sexo masculino do que no feminino, além de estar acometendo cada vez mais as populações mais jovens do país.

O consumo abusivo de álcool ocasiona consequências negativas para a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos. No Brasil, o consumo de álcool também é associado às mortes por causas violentas e aos acidentes de trânsito. Em seus estudos Schmidt et al, (2011) destacam que a mortalidade ajustada por idade causada por transtornos mentais e comportamentais por uso de álcool (CID 10 código F10) passou de 4,26 por 100 mil pessoas em 1996 para 5,17 por 100 mil pessoas em 2007, ou seja, um aumento de 21% em um período de onze anos. Ressaltando ainda mais este evento, estudos (VIGITEL, 2010; COSTA et al, 2004) comprovam que a prática de etilismo é maior entre os homens do que entre as mulheres além disso, de acordo com estes estudos a frequência no consumo de bebidas alcoólicas é maior nas faixas etárias mais jovens.

No Brasil, os padrões de atividade física da população passaram a ser analisados recentemente, segundo VIGITEL (2010) a prática de, no mínimo, trinta minutos de atividade física pelo menos cinco dias por semana, entre os adultos residentes das capitais do Brasil, passou de 14,8% em 2006 para 14,9% em 2010, tendo como fatores de pesquisa o tempo livre ou atividades de lazer, o deslocamento para o trabalho ou para a escola, as atividades de trabalho e as atividades domésticas. Ainda em análise destes dados verificou-se que os homens, pessoas jovens e de maior escolaridade são os mais ativos e que em 2010, 14,2% dos adultos foram considerados inativos e 28,2% relataram assistir três ou mais horas de televisão por dia.

O consumo inadequado de frutas, legumes e verduras também se torna crucial neste estudo, pois de acordo com Steffen (2006) a qualidade da dieta está intimamente ligada à ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis. Estudos indicam que há uma associação entre o consumo de gorduras saturadas e a ocorrência de doença coronariana e entre o consumo de gordura animal e manifestações de câncer de cólon, próstata e mama. Atualmente, o Brasil não possui inquéritos nacionais periódicos sobre padrões dietéticos. 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 na compra de alimentos processados como bolachas e biscoitos, refrigerantes, carnes processadas e pratos prontos, acarretando aumento no consumo de gorduras saturadas e sódio. Segundo dados do Vigitel (2010) foram relatados que 29,9% da população consumiam frutas e hortaliças em pelo menos 5 dias da semana e 66,7% afirmaram consumir feijão nessa mesma frequência. Por outro lado, é alto o percentual de pessoas que consomem gordura na carne (34,2%) e no leite (56,4%).

Conforme dados da pesquisa Vigitel (2011) cerca de 48,5% da população brasileira apresenta sobrepeso ($IMC > 25$), o número aumentou em relação aos resultados anteriores: em 2006, a proporção era de 42,7%. No mesmo período, o percentual de obesos ($IMC > 30$) subiu de 11,4% para 15,8%. Em 2006, 47,2% dos homens e 38,5% das mulheres estavam acima do peso, enquanto que, em 2011, as proporções passaram para 52,6% e 44,7%, respectivamente. O excesso de peso e a obesidade entre jovens e crianças também têm sido preocupantes. A avaliação do estado nutricional de crianças de 5 a 9 anos de idade, mostrou que o excesso de peso atingem 33,5% enquanto a taxa de crianças obesas chega a 14,3%.

No Brasil, 14,1% dos homens e 19,3% das mulheres com 18 anos ou mais relataram ter tido

diagnóstico médico de dislipidemia em 2009 segundo dados do Vigitel. Diante dos resultados desse estudo, observa-se que o percentual de dislipidemia em adolescentes é alto, o que, segundo Pereira et al. (2010), faz alertar para a necessidade de dosagem do perfil lipídico já nessa faixa etária, visando o diagnóstico precoce de dislipidemias, deve-se reforçar a necessidade incentivo a medidas de estilo de vida saudáveis nessa faixa etária, no que diz respeito à prática de atividade física e hábitos alimentares saudáveis, uma vez que a obesidade e a dieta desbalanceada têm sido apontadas como fatores de risco para a hipercolesterolemia.

Segundo estudos de Schmidt et al. (2011) as doenças do cardiovasculares (DCV) são as principais causas de internações e geram o maior custo nesse componente do sistema de saúde nacional. Em 2007, 12,7% das hospitalizações foram causadas DCV. Conforme se pode observar na Figura 1, a taxa de internação hospitalar devido às neoplasias tem aumentado no Brasil, passando de 229/100 mil em 2000 para 301/100 mil em 2009. A taxa de internação hospitalar por diabetes tem se mantido estável nos últimos anos, na ordem de 65 a 75 internações/100 mil habitantes/ano. Acompanhando a queda na mortalidade, as hospitalizações por doenças respiratórias crônicas foram as que apresentaram maior redução nos últimos anos, passando de 383 internações/100 mil em 2000 para 177/100 mil em 2009. Ainda segundo Schmidt et al. (2011) entre 2000 e 2007, as hospitalizações de adultos de 20 anos ou mais diminuíram 32% para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e 38% para asma .

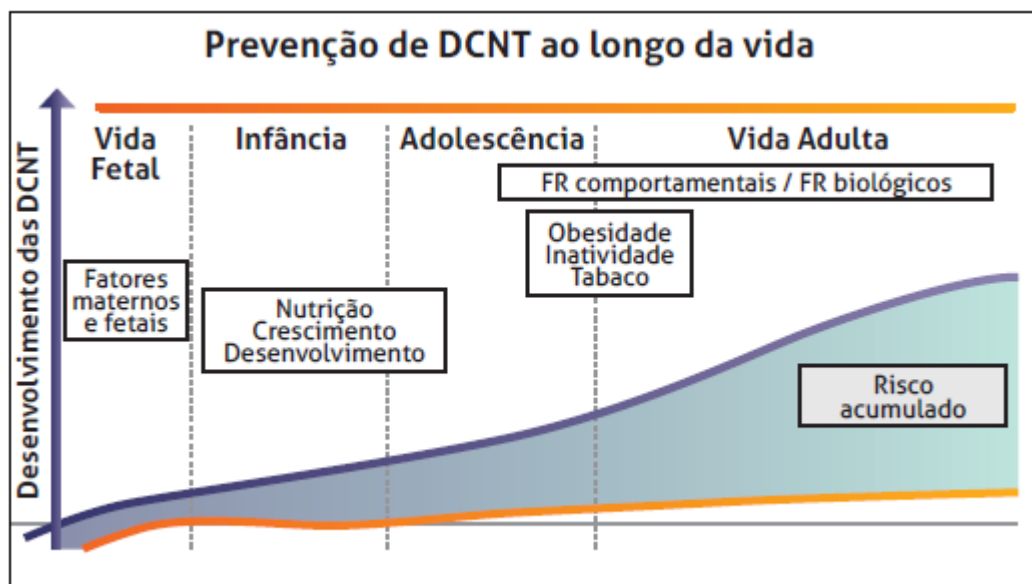
3.2 PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DCNT

Segundo a OMS (2011) as intervenções para prevenção e controle de DCNT incluem diversas ações, que têm sido monitoradas e avaliadas por meio de vários estudos. Foram divulgadas, recentemente, as intervenções consideradas mais custo-efetivas, sendo algumas delas ainda consideradas as “melhores apostas” (ações que devem ser executadas imediatamente para que produzam resultados acelerados em termos de vidas salvas, doenças prevenidas e custos altos evitados).

Os fatores de risco para DCNT estão disseminados na sociedade, frequentemente, iniciam-se de modo precoce e 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 saudável, atividade física) e persistem na fase adulta e durante todo o curso da vida (Figura 2).

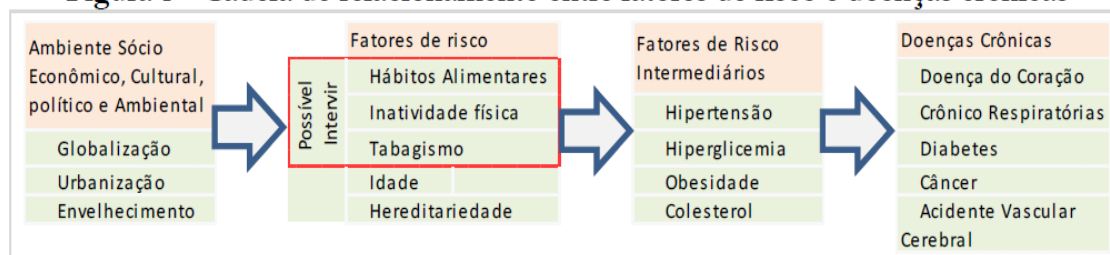
Figura 2: Benefícios na atuação sobre fatores ambientais e comportamento saudável ao longo do ciclo da vida



Fonte: WHO, 2003.

Um conjunto de fatores de risco contribui para o aparecimento de doenças crônicas. Estes fatores, em destaque na figura 3, são: o hábito alimentar, a inatividade física, o tabagismo, a idade e a hereditariedade. Os fatores de risco podem ser divididos entre os passíveis ou não de modificação pelo indivíduo. Os hábitos alimentares, a prática de atividade física e o tabagismo são escolhas de cada um, enquanto o envelhecimento e as condições de saúde herdadas são imutáveis. Os fatores de risco estão diretamente relacionados às alterações desfavoráveis do funcionamento do corpo que, por sua vez, contribuem para o desenvolvimento de diversas doenças. A alimentação inadequada e a falta de atividade física podem provocar a obesidade e a hipertensão, por exemplo, e ainda podem desencadear a hiperglicemia (taxa de açúcar elevada) e aumento dos níveis de colesterol (gordura) no sangue. Esses fatores, por sua vez, contribuem para o desenvolvimento de mais doenças crônicas, como a doença isquêmica do coração, diabetes e outras cardiovasculares. Além disso, uma doença crônica pode estar associada ao desenvolvimento de outras doenças crônicas. Doenças como a hipertensão, hiperglicemia, obesidade e o colesterol - concomitantes ou não - são fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que está entre as principais causas de morte dos brasileiros

Figura 3 – Cadeia de relacionamento entre fatores de risco e doenças crônicas



Fonte: Adaptação de estudo da OMS.

De acordo com o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT (2011) as intervenções populacionais consideradas as melhores apostas pela OMS são: aumentar impostos e preços sobre os produtos do tabaco; proteger as pessoas da fumaça do cigarro e proibir que se fume em lugares públicos; advertir sobre os perigos do consumo de tabaco; fazer cumprir a proibição da propaganda, do patrocínio e da promoção de tabaco; restringir a venda de álcool no varejo; reduzir a ingestão de sal e do conteúdo de sal nos alimentos; substituir gorduras *trans* em alimentos por gorduras poli-insaturadas; promover o esclarecimento do público sobre alimentação e atividade física, inclusive pela mídia de massa. Além das “melhores apostas”, existem muitas outras intervenções de base populacional custo-efetivas e de baixo custo que podem reduzir o risco para DCNT. Estas incluem: tratamento da dependência da nicotina; promoção da amamentação adequada e alimentação complementar; aplicação das leis do álcool e direção; restrições sobre o *marketing* de alimentos e bebidas com muito sal, gorduras e açúcar, especialmente para crianças; impostos sobre alimentos e subsídios para alimentação saudável;

Inserido neste contexto o MS (2011) lança metas nacionais propostas para o período de 2011 a 2022, entre elas destacam-se: Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano; Reduzir a prevalência de obesidade em crianças; Reduzir a prevalência de obesidade em adolescentes; Deter o crescimento da obesidade em adultos; Reduzir a prevalência de consumo nocivo de álcool; Aumentar a prevalência de atividade física no lazer; Aumentar o consumo de frutas e hortaliças; Reduzir o consumo médio de sal; Reduzir a prevalência de tabagismo em adultos. Implantar programas de gestão da qualidade da mamografia em 100% dos serviços que realizam esse exame para o SUS; Implantar programas de gestão da qualidade do exame citopatológico do colo do útero em 100% dos Laboratórios; Ampliar e/ou manter a cobertura de exame citopatológico do câncer do colo do útero para 80% ou mais em mulheres de 25 a 64 anos, em todas as regiões do país; Garantir tratamento em 100% de mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer do colo do útero.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do conhecimento da alteração do quadro epidemiológico do Brasil e do mundo, com prevalência dos óbitos causados pelas DCNT, seus fatores de risco e as complicações causadas por estas doenças que não implicam apenas custos econômicos, como também incomensuráveis para os indivíduos, no que diz respeito a dor e sofrimento, bem como seu impacto na qualidade de vida. A prevenção e controle dessas Doenças crônicas são fundamentais para evitar um crescimento epidêmico dessas doenças e suas consequências maléficas para a qualidade de vida das pessoas e sua repercussão no sistema de saúde brasileiro, pois o tratamento de doenças que se originam de hábitos inadequados onera todos os participantes deste sistema de saúde.

Esta revisão visou detectar a prevalência dos sinais representativos de risco para as DCNT, a fim de se traçar estratégias para combatê-las, assessorado pelo Setor de Saúde Coletiva, que vem fazendo um trabalho de levantamento de dados para que se possa traçar medidas eficazes para o combate destes agravos. Ressalta-se a importância de realizar um diagnóstico precoce, já que essas doenças atuam silenciosamente, sendo a maioria dos indivíduos acometidos por vários fatores de risco aglomerados em efeito cascata. Portanto é imprescindível a contribuição do conhecimento de tais doenças crônicas, para incentivar uma abordagem de atenção à saúde, através da vigilância constante sobre os dados referentes à população e determinar o conceito de risco, para estabelecer ações de prevenção, promoção e assistência, associados a ações intersetoriais que objetivem conscientizar as pessoas sobre a importância da educação em saúde para se modificar fatores de riscos comportamentais que levam ao surgimento das DCNT.

Os enfermeiros formam um grupo populacional que cumpre um dos mais importantes papéis sociais e humanitários, e numericamente, também ocupam posição expressiva, sendo de fundamental importância para prevenir e monitorar adequadamente as DCNT, promovendo e aperfeiçoando ações de promoção de saúde como, por exemplo, a conscientização de que a presença de alguns fatores de risco para as doenças crônicas prejudicam na qualidade de vida. O profissional de Enfermagem é peça importante nesse contexto, pois atua oferecendo informações e orientações aos que procuram o serviço de saúde, mesmo assim ainda precisa-se ampliar a magnitude do investimento em educação em saúde, para isso deverá despertar nesta clientela o entendimento que cada pessoa é responsável por sua saúde e que somente a pessoa poderá modificar seu estilo de vida. O enfermeiro ele deve promover ações que favoreçam o aumento do consumo de frutas, diminuição do uso de tabaco, diminuição do

consumo abusivo de álcool e que oportunizem a prática de atividade física para que possam contribuir na prevenção e controle de DCNT.

Pela revisão bibliográfica realizada os autores estudados foram unânimes em afirmar a importância da prevenção e proteção dos fatores de riscos para as Doenças crônicas , para melhorar a qualidade de vida da população em geral. O presente estudo mostrou que o sistema de monitoramento de fatores de risco para DCNT a partir de entrevistas telefônicas (VIGITEL) pode alcançar bom desempenho em áreas urbanas brasileiras, seja quanto a aspectos relacionados à representatividade da amostra de indivíduos estudados, seja quanto ao custo e agilidade do sistema, sendo o sistema Vigitel o mais utilizado para monitorar e a partir desses dados executar o plano de ações para o enfrentamento dessas patologias.

Por fim, considera-se que esta pesquisa possa vir a subsidiar futuros estudos, se os enfermeiros tiverem consciência da importância do seu trabalho, bem como do conhecimento científico para o enfrentamento dos agravos de saúde e das situações de risco para o surgimento das DCNT.

REFERENCIAS

ALEXANDRE V., Prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e de seus FATORES DE RISCO” GUIA BÁSICO para AGENTES DE SAÚDE 2ª EDIÇÃO ATUALIZADA 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. A Vigilância, O Controle e a Prevenção das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no contexto do sistema único de saúde brasileiro – situação e desafios atuais – 2005.

BRASIL, Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 3. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro : ANS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **A Vigilância, o Controle e a Prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro.** Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção de saúde, vigilância, prevenção e assistência, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003.** Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Site institucional. Relatório da Organização Mundial de Saúde sobre a epidemia global de tabagismo. Brasília; 2008: **Pacote MPOWE**. Extraído de [http://http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/OMS_Relatorio.pdf], acesso em [20 de março de 2009].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

CARVALHAES M. A., MOURA E. C., MONTEIRO C. A. Prevalência de Fatores de Risco para Doenças Crônicas: Inquérito Populacional mediante entrevistas telefônicas em Botucatu, **Revista Brasileira Epidemiol**, 2008;11(1):14-23.

- IZAR, M. C. de. O. Como diagnosticar e tratar dislipidemias. **Rev Bras Med** ,v.68, n.3, p.42-60, 2010.
- JEMAL, A., et al. Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.** 2010;19:1893-907
- LESSA, I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.4, pg.931-943, out./dez. de 2004.
- MALTA, Deborah Carvalho et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília. V. 15, n. 1, p. 47-65, 2006.
- MALTA, D. C.; SARDINHA, L. M. V.; MENDES, I. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2010, n. 15 (Supl. 2), p. 3.009-19.
- MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface** (Botucatu). v. 14, p. 593-605, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop0510.pdf>>.
- MALTA, D. C.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JÚNIR, J. B. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2006, n. 15, p. 47-64.
- MONTEIRO, Carlos Augusto et al. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. **Rev. Saúde Pública**, Jan 2005, vol.39, no.1, p.47-57. I
- PONTES M. L., et al. Prevalência de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não-Transmissíveis: Impacto de 16 semanas de treinamento futebolístico em índices do estado nutricional e da aptidão física de praticantes de futebol society. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, vol.12, nº4, Niterói, Jul/Ago. 2006.
- PORTH C. M. Alteracoes da Respiracao: Alteracoes da Ventilacao e das Trocas Gasosas. .Capitulo29 Pag. 613- 648 in Fisiopatologia. Ed Guanabara Koogan, 6oed 2004.
- SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho; SABRY, Maria Olganê Dantas. Nutrição em doenças crônicas: prevenção e controle. São Paulo: Atheneu, 2007. 277 p.
- SCHMIDT, M.I, Duncan BB, Stevens A, et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: Ministério da Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde, ed. Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde. Brasília: 2011.
- WHO 2011. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011.