



DOENÇAS CRÔNICAS E HÁBITOS DE VIDA NUMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO INTERIOR PAULISTA

Millena Aparecida de Oliveira¹, Karolaine Arraes Bigas¹, Daniela Ferreira Bispo Crescencio¹, Anderson dos Santos Carvalho², Pedro Pugliesi Abdalla^{3,4}, Jair Rodrigues Garcia Júnior¹, Aline Duarte Ferreira¹

¹ Universidade do Oeste Paulista - UNOESTE, Presidente Prudente, SP, Brasil. ² Universidade Paulista - UNIP, São José do Rio Preto, SP, Brasil. ³ Claretiano – Centro Universitário, Batatais, SP, Brasil. ⁴ Healthy-Age Research Network, Madrid, Spain.

RESUMO

É necessário que a atenção básica à saúde reconheça as primordialidades da população dentro de sua área geográfica. O objetivo foi identificar o número de casos de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e relacionar com hábitos de vida de pessoas atendidas pela Estratégia Saúde da Família. Para o levantamento, as DCNT foram computadas a partir dos prontuários arquivados, tendo sido coletados os dados de 155 voluntários. Observamos que grupos de meia-idade e idosos apresentaram maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica ($p=0,004$). A obesidade foi presente em 48% da amostra. Idosos apresentaram a maior prevalência de Diabetes Mellitus ($p=0,002$). Voluntários com Diabetes Mellitus apresentaram menor frequência de prática de atividades físicas ($p=0,018$) e no geral ($p=0,047$) comparado com aqueles que não tinham a doença. Concluímos que as DCNT apresentam relação com os hábitos de vida e faixa etária, características que contribuem para a carga de doenças. Contudo, a transição para um estilo de vida saudável é viável.

Palavras-chave: Doenças não Transmissíveis, Estratégia Saúde da Família, Adultos, Exercício físico, Comportamento sedentário.

CHRONIC DISEASES AND LIFE HABITS IN A FAMILY HEALTH STRATEGY IN A CITY IN SÃO PAULO

ABSTRACT

It is essential that primary health care recognizes the specific priorities of the population within its geographic area. The aim was to identify the number of cases of noncommunicable chronic diseases (NCDs) and relate them to the lifestyle habits of individuals assisted by the Family Health Strategy. The NCDs survey was recorded based on archived medical records, and data were collected from 155 volunteers. It was observed that middle-aged and older adults showed a higher prevalence of systemic arterial hypertension ($p=0.004$). Obesity was present in 48% of the sample. Older adults had the highest prevalence of diabetes mellitus ($p=0.002$). Volunteers with diabetes mellitus reported a lower frequency of physical activity ($p=0.018$) and lower overall activity levels ($p=0.047$) compared to those without the disease. It was concluded that NCDs are associated with lifestyle habits and age group—factors that contribute to the burden of disease. However, transitioning to a healthy lifestyle is feasible.

Keywords: Noncommunicable Diseases, Family Health Strategy, Adults, Exercise, Sedentary behavior.

INTRODUÇÃO

No quesito de atenção básica à saúde cabe o reconhecimento das necessidades de saúde da população dentro de sua área geográfica. Neste sentido, no atendimento da população existem desafios em relação às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Contudo, ter um quadro epidemiológico mais detalhado desse problema pode possibilitar o melhor planejamento e controle dessas doenças¹.

Segundo os dados do sistema nacional de informações sobre mortalidade, as DCNT

corresponderam a 72,6% das causas de morte em 2011². As doenças cardiovasculares ocuparam o primeiro lugar, seguidas por neoplasias crônicas, doenças respiratórias e Diabetes Mellitus³. O plano de ação para a prevenção e controle das DCNT da Organização Mundial da Saúde (OMS) tem por objetivo reduzir em 25% a mortalidade causada por DCNT em 2025. Para tanto, é necessário o empoderamento dos indivíduos e estratégias para ações efetivas sobre os fatores de risco modificáveis⁴.

As tendências de declínio da mortalidade no Brasil são positivas, mas ainda há um longo caminho a ser percorrido, pois atingir as metas de redução de DCNT é um desafio global³. Diante disso, sabe-se que o Brasil vem passando por uma rápida transição epidemiológica e demográfica, resultando em uma alta carga de DCNT⁵. Investir em ações para preveni-las é necessário, pois o controle dos principais fatores de risco poderia poupar gerações futuras do risco de mortalidade precoce e evitar sobrecarga ao Sistema Único de Saúde (SUS)⁶.

O SUS foi idealizado e colocado em prática no final de década de 1980, tendo como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade. O SUS, passou a oferecer a toda população brasileira acesso integral, universal e serviços de saúde gratuito⁷. O SUS compreende as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e esta é considerada a porta de entrada do paciente no sistema. Ou seja, é o local onde o indivíduo busca refúgio para realizar suas consultas e tratamento médico para assim tratar os diferentes tipos de doenças. Ante a necessidade de reorganização do modelo assistencial do SUS foi lançado o Programa Saúde da Família (PSF), pelo Ministério da Saúde em 1994. A partir de 2011, por meio da portaria GM N° 2.488/2011 passou a ser Estratégia Saúde da Família (ESF)¹.

As equipes de saúde da família operam as estratégias, tendo suas áreas de responsabilidade delimitadas para o atendimento de, no máximo, 4.000 pessoas². Ao final do ano de 1998 havia 3.062 unidades de PSF e, atualmente há em torno de 41.238 unidade de ESF espalhadas no país³. A ESF é considerada a porta de entrada para o SUS, permitindo que as práticas de saúde sejam direcionadas para a prevenção e promoção da saúde^{3,4}. Neste sentido, no atendimento da população existe um grande desafio da atenção básica no que se refere às DCNT, visto que estas são muito prevalentes e multifatoriais. Por isso, para abordagem efetiva das DCNT é requerida uma equipe multiprofissional, o protagonismo do indivíduo no tratamento, bem como o de sua família e da comunidade⁵.

Portanto, estar ciente do desenvolvimento gradual das DCNT e de seu impacto negativo na sociedade, permite verificar o número de casos dessas doenças e relacioná-las com os hábitos de vida e nível de atividade física (NAF). Assim, as autoridades de saúde pública podem direcionar melhor suas estratégias de trabalho para promover a melhora na qualidade de vida, proporcionando a possibilidade reversão do cenário atual. Assim, o objetivo desse estudo foi identificar o número de casos de DCNT e relacionar com hábitos de vida de pessoas atendidas pela ESF no interior paulista.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e descritivo observacional que foi realizado envolvendo 155 voluntários pertencentes à delimitação territorial de responsabilidade de uma Estratégia Saúde da Família (ESF) do interior paulista, escolhida por conveniência. Os critérios de inclusão foram: a) ter 18 anos ou mais, b) ter prontuário arquivado na ESF com pelo menos uma DCNT reconhecida pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10), e c) ser residente no território de responsabilidade da ESF. Os critérios de exclusão foram: a) óbito relatado no prontuário, b) ter menos que 80% do questionário respondido e, c) não aceitar responder ao questionário.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Oeste Paulista (CAAE 16849219.5.0000.5515) e todos os procedimentos seguiram as recomendações da Resolução n°. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos. Todos os voluntários que aceitaram participar da pesquisa leram, concordaram e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido contendo todas as informações dos procedimentos.

Procedimentos

A pesquisa foi realizada em duas fases. Na primeira, os prontuários individuais foram selecionados por meio do software Excel® por ruas pertencentes a ESF que foram randomicamente numeradas. Para realizar a análise da prevalência, 155 prontuários de voluntários foram analisados para buscar informações do diagnóstico clínico de DCNT e foram coletados dados como idade, sexo e tipos de medicações de uso contínuo.

Na segunda fase, os 155 voluntários com DCNT levantados no primeiro momento foram convidados para responder os questionários de hábitos de vida e NAF, por meio de visitas domiciliares. Contudo, devido a pandemia da COVID-19, não foi possível realizar a aplicação dos questionários em todos os participantes. Assim, 10% da amostra inicial respondeu esses questionários, totalizando 15 participantes.

Estimativa do nível de atividade física (NAF)

Para identificar o NAF foi utilizado do questionário proposto por Baecke et al.⁸ denominado *Questionnaire of Habitual Physical Activity*- BQHPA na versão traduzida e validada por Florindo e Latorre⁹. Este contém 16 questões sobre a prática habitual de atividades físicas e comportamento sedentário compreendendo três domínios: a) ocupacional, b) exercício físico no lazer; e c) locomoção. Para classificação do NAF habitual utilizou-se procedimentos previamente descritos por Arruda et al.¹⁰, por meio da soma dos escores atribuídos a cada uma das seções. Os valores mais altos são interpretados como indicativo de maior NAF. Os participantes foram classificados em quintis e aqueles abaixo do percentil 60 foram considerados insuficientemente ativos, sendo suficientemente ativos aqueles com percentil ≥ 60 .

Questionário de Frequência Alimentar

Um Questionário de Frequência Alimentar semiquantitativo foi aplicado para obter informações relativas à frequência da ingestão de alimentos como complementos geralmente ingeridos com pão e/ou biscoito, margarina light, tipo de leite, queijo, requeijão e iogurte consumido, alimentos fritos por imersão, biscoitos recheados ou bolinhos doces, tipo de suco e frutas, verduras e legumes.

Análise estatística

A descrição dos dados foi organizada como média e desvio padrão (dados quantitativos) e frequência relativa (%; dados categóricos). O teste qui-quadrado univariado para as variáveis categóricas foi utilizado para comparar as frequências. Para comparar a frequência de DCNT entre os sexos, diferentes estados nutricionais, grupos de faixas etárias, tabagismo, etilismo e frequência de visitas na ESF, além do hábito alimentar foi utilizado o qui-quadrado com correção de Fisher (tabelas cruzadas 2x2). Para comparar o NAF entre os grupos de DCNT foi utilizado o teste t de Student não pareado ou teste de Mann-Whitney dependendo da normalidade (Shapiro-Wilk). Os dados foram analisados por meio do programa estatístico SPSS 22.0 com nível de significância de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foram analisados os dados referentes a 155 prontuários, sendo 59% mulheres e tendo a Hipertensão Arterial Sistêmica como a DCNT de maior prevalência (68%). Do total da amostra, 39% pertenciam ao grupo etário de meia-idade e metade de toda a amostra foi classificada com Obesidade (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra (n=155).

Variáveis	Comparação (p)
Sexo, n(%)	F: 92 (59) M: 63 (31)
Idade (anos), média±DP	52,8±15,6
Faixas etárias, n(%)	
Adulto	42 (27)
Meia-idade	61 (39)
Idoso	52 (34)
Antropometria, média±DP	
Peso (Kg)	81,8±17,3
Estatura (m)	1,64±0,1
IMC (kg/m ²)	30,5±5,8

Variáveis		Comparação (p)
Estado nutricional, n(%)		
Eutrofia	35 (22)	
Sobrepeso	43 (28)	<0,0001 ^{a*}
Obesidade	77 (50)	
Tabagista, n(%)		
Não	148 (95)	<0,001 ^{a*}
Sim	7 (5)	
Etilista, n(%)		
Não	153 (99)	<0,001 ^{a*}
Sim	2 (1)	
DCNT, n(%)		
Hipert. Arterial Sistêmica	105 (68)	
Obesidade	74 (48)	
Dislipidemia	60 (39)	
Doenças Cardiovasculares	36 (23)	
Diabetes Mellitus	23 (15)	
Doenças Respiratórias	8 (5)	
Demência	3 (2)	
Câncer	1 (1)	

Legenda: DP: Desvio Padrão, F/M: Feminino/Masculino, n: Frequência absoluta; %: frequência relativa, IMC: Índice de Massa Corporal, DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis, ^a Teste Qui-Quadrado Univariado, *p<0,05.

Foi realizada a comparação da frequência de DCNT entre os sexos, grupos de estado nutricional, de faixa etária, de tabagismo e etilismo, conforme apresentado na Figura 1.

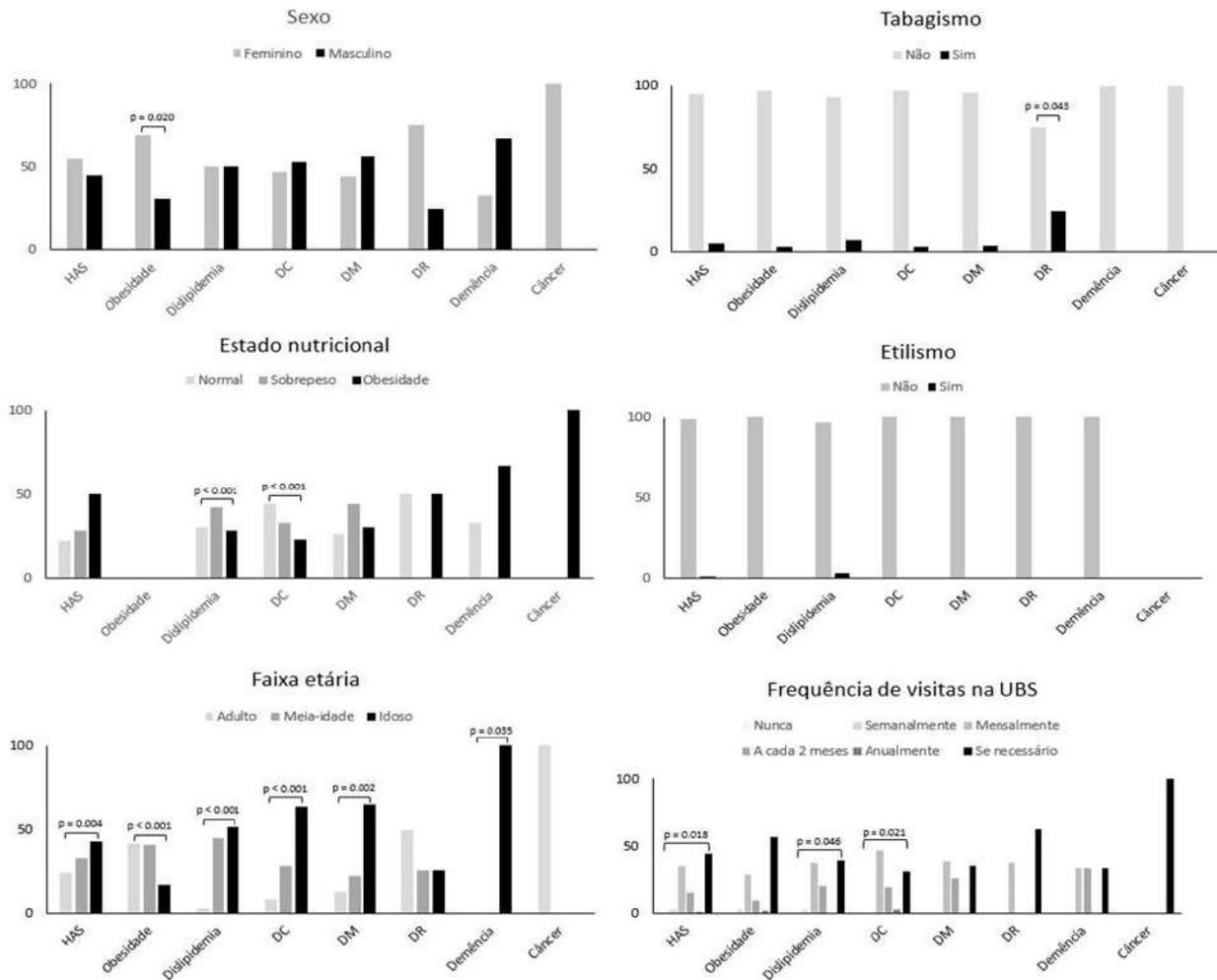


Figura 1. Comparação da frequência (%) da presença de DCNT entre os sexos, estados nutricionais, faixas etárias, tabagismo, etilismo e quantidade de visitas na ESF. Legenda: DCNT: Doenças Crônicas não Transmissíveis, HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica, DM: Diabetes Mellitus, DC: Doenças Cardiovasculares, DR: Doenças Respiratórias.

Com relação ao sexo, somente a obesidade apresentou maior frequência nas mulheres em comparação com homens ($p=0,020$). Na comparação entre os estados nutricionais, os voluntários com sobrepeso apresentaram maior frequência de dislipidemia. Curiosamente, houve redução da frequência de Doenças Cardiovasculares à medida que o estado nutricional era pior. Na comparação entre faixas etárias, quanto mais velhos eram os voluntários, maiores eram as frequências de Hipertensão Arterial Sistêmica, Dislipidemia, Doenças Cardiovasculares, Diabetes Mellitus e Demência. A exceção foi a Obesidade e as Doenças Respiratórias que apresentaram tendência inversa. Curiosamente, para o tabagismo também houve maior frequência de Doenças Respiratórias para os não tabagistas. Com relação a quantidade de visitas na ESF, observou-se que as maiores frequências de voluntários com hipertensão arterial sistêmica e dislipidemias visitavam a unidade de saúde somente se necessário. A maioria dos voluntários com doenças cardiovasculares visitava a ESF somente a cada dois meses.

A aplicação dos questionários (sobre o NAF e hábitos alimentares) realizada em 10% dos indivíduos selecionados atingiu 15 prontuários, sendo 67% mulheres ($n=10$) e 33% homens ($n=5$), dentre eles 7% adulto, 40% meia-idade e 53% idosos, sendo que a maioria apresentava IMC de obesidade (60%). Das DCNT avaliadas, observou-se que dos 15 prontuários 80% apresentavam Hipertensão Arterial Sistêmica, 47% Obesidade, 33% dislipidemia, 20% Doenças Cardiovasculares e Diabetes Mellitus, 13% demência e 7% Doenças Respiratórias. O NAF foi comparado entre aqueles que tinham uma DCNT específica com indivíduos sem essa doença. Observou-se que houve diferença apenas entre aqueles que tinham ou não a Diabetes Mellitus, sendo que, os que tinham a doença apresentaram menor NAF no lazer ($1,8\pm 0,4$ vs $2,8\pm 0,6$, $p=0,018$); e no tempo total (Exercício Físico de Lazer + Atividade Física de Lazer e Locomoção)

(7,7±0,5 vs 10,7±2,3, p= 0,047).

Foi comparado o perfil do hábito alimentar desses indivíduos com a prevalência de cada DCNT, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Questionário de hábito alimentar e relação com a presença de DCNT. Dados expressos em frequência absoluta e relativa (%).

Hábitos Alimentares	HAS (n=12)	Obesidade (n=7)	Dislipidemi a (n=5)	DC (n=5)	DM (n=3)	Demência (n=2)	DR (n=1)
Complemento pão e/ou biscoito							
Não consome	4 (33)	1 (14)	2 (40)	3 (60)	2 (67)	1 (50)	1 (100)
Manteiga	4 (33)	4 (57)	1 (20)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Margarina	3 (25)	2 (29)	2 (40)	2 (40)	1 (33)	0 (0)	0 (0)
Ambas	1 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (50)	0 (0)
Margarina light							
Não	11 (92)	6 (86)	4 (80)	4 (80)	3 (100)	2 (100)	1 (100)
Sim	1 (8)	1 (14)	1 (20)	1 (20)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Leite que consome							
Não consome	4 (33)	1 (14)	2 (40)	3 (60)	2 (67)	2 (100)	1 (100)
Leite semidesnatado	1 (8)	1 (14)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Leite integral	7 (58)	5 (71)	3 (60)	2 (40)	1 (33)	0 (0)	0 (0)
Tipo de queijo, requeijão ou iogurte							
Não consome	3 (25)	3 (43)	1 (20)	1 (20)	1 (33)	1 (50)	0 (0)
Tradicional	9 (75)	4 (57)	4 (80)	4 (80)	2 (67)	1 (50)	1 (100)
Tipo de refrigerante							
Não consome	6 (50)	3 (43)	4 (80)*	3 (60)	1 (33)	1 (50)	0 (0)
Diet ou light	1 (8)	0 (0)	0 (0)	1 (20)	1 (33)	0 (0)	0 (0)
Tradicional	4 (33)	4 (57)	1 (20)	1 (20)	1 (33)	0 (0)	0 (0)
Ambos os tipos	1 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (50)	0 (0)
Alimentos fritos em imersão							
Algumas vezes	11 (92)*	6 (86)	5 (100)	4 (80)	3 (100)	2 (100)	0 (0)
Sempre	1 (8)	1 (14)	0 (0)	1 (20)	0 (0)	0 (0)	1 (100)
Biscoitos recheados ou bolinhos doces							
Nunca	4 (33)	2 (29)	4 (80)*	2 (40)	1 (33)	1 (50)	1 (100)
Algumas vezes	7 (58)	4 (57)	1 (20)	2 (40)	2 (67)	1 (50)	0 (0)
Sempre	1 (8)	1 (14)	0 (0)	1 (20)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tipo de suco de frutas							
Fruta	4 (33)	1 (14)	2 (40)	1 (20)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Polpa congelada	1 (8)	1 (14)	1 (20)	1 (20)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Suco de caixinha	1 (8)	1 (14)	0 (0)	0 (0)	1 (33)	0 (0)	0 (0)
Refresco em pó	6 (50)	4 (57)	2 (40)	3 (60)	2 (67)	2 (100)	1 (100)
Consome frutas diariamente							
Não	8 (67)	3 (43)	2 (40)	4 (80)	2 (67)	1 (50)	0 (0)
Sim	4 (33)	4 (57)	3 (60)	1 (20)	1 (33)	1 (50)	1 (100)
Consome verduras e/ou legumes diariamente							
Não	4 (33)	4 (57)	2 (40)	3 (60)	2 (67)	1 (50)	0 (0)
Sim	8 (67)	3 (43)	3 (60)	2 (40)	1 (33)	1 (50)	1 (100)

Legenda: DCNT: Doenças Crônicas não Transmissíveis, HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica, DM: Diabetes Mellitus, DC: Doenças Cardiovasculares, DR: Doenças Respiratórias, *p<0,05.

Os voluntários com dislipidemia indicaram menor consumo de refrigerantes (p=0,043) e doces

($p=0,038$). Os voluntários com Hipertensão Arterial Sistêmica fazem pouco uso de alimentos fritos por imersão ($p=0,029$). Apesar das outras variáveis não apresentarem significância estatística, ainda é elevada a frequência de voluntários que consomem refrigerante (exceto dislipidêmicos), biscoitos recheados ou bolinhos doces (exceto dislipidêmicos), refresco em pó e que não consomem frutas e verduras/legumes diariamente.

DISCUSSÃO

Ao identificar o número de casos de DCNT e relacionar com hábitos de vida de pessoas atendidas pela ESF, os resultados evidenciam que a prevalência das DCNT atinge uma grande parte dos voluntários estudados e isso está de acordo com o cenário nacional¹¹. Observamos que as características predominantes foram mulheres (59%), meia-idade (39%) e presença de Hipertensão Arterial Sistêmica (68%), seguida de obesidade (48%) e dislipidemia (39%). Em comparação ao estudo de Souza et al.¹², observa-se que seus resultados corroboram com os nossos achados, em que as doenças que apresentaram maior prevalência foram em mulheres com Hipertensão Arterial Sistêmica (30%) e Diabetes Mellitus (9%), na maioria das doenças quanto maior a faixa etária maior a prevalência das mesmas, exceto para a dislipidemias que tiveram predomínio na faixa de meia idade. Uma das razões para ambos os estudos se equivalerem é devido ao alto predomínio de indivíduos com sobrepeso e obesidade, fatores positivamente relacionados para o desenvolvimento da Hipertensão Arterial Sistêmica.

A OMS estima que, com o aumento da população mundial, cerca de 600 milhões de pessoas tenham Hipertensão Arterial Sistêmica até 2025, provocando cerca de 7,1 milhões de mortes anuais, e acarretando aumento dos custos dos sistemas de saúde, com importante impacto socioeconômico³. Devido a isto, são importantes as ações educativas e preventivas para a redução dos fatores de risco que levam à Hipertensão Arterial Sistêmica, acarretando assim na diminuição de seu impacto na saúde pública.

Além disso, a obesidade tem sido associada a efeitos adversos à saúde das mulheres em curto e longo prazo, levando ao aumento do risco de DCNT, principalmente Diabetes Mellitus e Doenças Cardiovasculares, podendo explicar a maior procura por atendimento em serviços de pronto atendimento por mulheres com sobrepeso e obesidade¹³. Neste estudo, 69% das mulheres apresentaram sofrer de obesidade, além de se fazer mais prevalente nos adultos de meia idade, que frequentavam a unidade de saúde apenas se necessário.

Os indivíduos com condições econômicas desfavoráveis expõem-se com maior frequência e intensidade aos fatores de risco para Doenças Respiratórias, seja no ambiente de trabalho ou no âmbito domiciliar¹⁴. No presente estudo, observou-se que a frequência de doenças respiratórias foi maior entre os não tabagistas, o que, à primeira vista, parece contradizer a literatura. Uma hipótese plausível é a presença significativa de ex-tabagistas na amostra classificada como "não tabagista", o que pode gerar viés de classificação. Estudos demonstram que ex-tabagistas mantêm risco elevado para doenças respiratórias durante anos após cessar o hábito, especialmente em casos de exposição prolongada ou início precoce do tabagismo^{15,16}. Além disso, a exposição ocupacional e ambiental a poluentes atmosféricos e partículas inaláveis, comuns em contextos de vulnerabilidade social, também pode explicar a prevalência de sintomas respiratórios mesmo na ausência de tabagismo ativo¹⁷.

Quanto ao baixo comparecimento às unidades de saúde por pessoas com DCNT, como na Hipertensão Arterial Sistêmica (45%), dislipidêmicos (40%) e com Doenças Cardiovasculares (31%), os dados revelam que muitos procuram os serviços apenas "quando necessário". Este comportamento pode refletir múltiplas camadas de barreiras. Em nível estrutural, é possível que haja limitações no acesso físico às unidades, como distância, falta de transporte público ou dificuldade de agendamento. Em termos organizacionais, a sobrecarga dos serviços, longos tempos de espera e ausência de vínculo com profissionais da equipe de saúde podem desestimular o acompanhamento contínuo¹⁸.

No plano simbólico e comportamental, a baixa percepção de risco por parte dos usuários também deve ser considerada. Muitos indivíduos com DCNT, especialmente em fases assintomáticas, subestimam a gravidade da condição e não reconhecem a necessidade de acompanhamento regular. Além disso, há indícios de que a comunicação em saúde nem sempre consegue sensibilizar efetivamente a população quanto à importância da prevenção secundária, sobretudo em públicos com menor escolaridade¹⁹.

Diante disso, recomenda-se que futuras intervenções incorporem estratégias mais eficazes de educação em saúde, fortalecimento do vínculo comunitário e reorganização do acesso, a fim de reduzir a lacuna entre o diagnóstico e o cuidado contínuo.

Referente aos 10% dos voluntários que responderam os questionários de NAF e frequência alimentar, houve maior prevalência de mulheres (67%) e indivíduos idosos (53%). Dentre as DCNT destacou-se maior prevalência a Hipertensão Arterial Sistêmica (80%), seguida de obesidade (47%) e dislipidemia (33%) complementando assim os achados da fase I do presente estudo. Estes dados corroboram parcialmente com a pesquisa realizada por Godoi et al.²⁰, pois houve predominância do sexo feminino, com idade de 50 a 54 anos, e a DCNT com maior prevalência foi a Hipertensão Arterial Sistêmica.

Observou-se que os indivíduos com Hipertensão Arterial Sistêmica consomem poucos alimentos fritos por imersão (92%), e aqueles com dislipidemia indicaram uma alimentação mais equilibrada no quesito consumo de refrigerantes e doces. A OMS recomendação o consumo de cinco porções de frutas e hortaliças, em cinco ou mais dias por semana, como uma ação para diminuir o risco de DCNT²¹.

Para o enfrentamento das DCNT, o Ministério da Saúde implantou o Sistema VIGITEL (Vigilância para Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico)²², sendo possível consolidar a vigilância e possibilitar a organização de ações visando monitorar a morbi-mortalidade, ações e programas de prevenção, promoção e de atenção integral aos portadores de DCNT. Foram realizados, ainda, investimentos na ampliação do acesso aos serviços de saúde, medicamentos e apoio diagnóstico. Destacam-se também a elaboração do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT 2011-2022, um marco nesta construção²³.

Após isso, pesquisas relatam mudança significativa, por exemplo, para o consumo de frutas e hortaliças, com o percentual de 2018 tendo aumentado 23,1% em comparação a 2008, sendo o consumo mais frequente entre mulheres. Outra mudança relatada no VIGITEL é a redução do consumo regular de refrigerante e suco artificial entre adultos. Os dados apontam queda mais expressiva na população de 55 a 64 anos, com redução de 58,8%²².

O Ministério da Saúde estabeleceu metas em novembro de 2018 de redução do açúcar em produtos industrializados, estimando-se reduzir os teores em mais de 50%, o que é equivalente a 144 mil toneladas de açúcar até 2022²⁰. Essas mudanças estimadas visando a melhora dos hábitos alimentares favorecem os indivíduos que ainda estão no estágio de pré-contemplação do processo de modificação do estilo de vida.

No quesito atividade física, observou-se que houve apenas diferença entre aqueles que tinham a Diabetes Mellitus, em que os mesmos apresentaram menor NAF no lazer comparado com aqueles que não tinham a doença. O Brasil está atento a este avanço e reconhece a importância das estratégias globais voltadas a essas doenças. Ressalta-se o empenho com o projeto “Pratique Saúde” dentro da Agenda Nacional de Promoção da Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde, que enfoca a promoção de modos de viver saudáveis, considerando a promoção do autocuidado e da autorregulação dos indivíduos^{23,24}.

Entre os pilares fundamentais no trabalho da atenção primária de saúde estão a prevenção e a educação, de forma integral para levar um atendimento a todas as pessoas com estilo de vida desfavoráveis²⁵. A educação em saúde deve ser permanente e é parte fundamental no tratamento de DCNT, possibilitando ao indivíduo aumentar o nível de conhecimento sobre DCNT e as diversas formas de tratamento e prevenção, sendo considerada estratégia efetiva para o seguimento do plano alimentar, com incremento da atividade física, alcançando um estilo de vida mais saudável²⁶.

Este estudo demonstra que os indivíduos já apresentam algum grau de autocuidado e autocorreção em relação aos seus hábitos de vida, o que contribui com as ações para o enfrentamento das DCNT. No entanto, é um desafio da equipe de saúde, que deve ter habilidade e capacitação para ampliar a educação em saúde e inserir com efetividade a atividade física e hábitos alimentares adequados no cotidiano da população²⁷. Ainda, é ideal que haja planejamento multidisciplinar, com educação permanente, seguro e eficaz para que seja um processo contínuo e funcional, oferecendo a comunidade assistência aos portadores de DCNT, o encorajamento do estilo de vida saudável, empoderamento dos indivíduos e melhor conhecimento do processo saúde-doença²⁷.

Este estudo teve como limitações o baixo percentual da amostra que respondeu aos questionários de atividade física e hábitos alimentares. Como justificativa destacamos que o período de coletas coincidiu com o período da pandemia, dificultando o contato direto com os participantes da pesquisa.

CONCLUSÃO

A prevalência das DCNT na população estudada foi significativamente alta nas mulheres idosas e com predomínio de Hipertensão Arterial Sistêmica, obesidade e dislipidemia. Isso mostra o impacto

negativo dessas doenças sobre a população brasileira e saúde pública. Além disso, são necessárias novas medidas preventivas nas ESF para que haja a mudança desse quadro epidemiológico. Por fim, o estudo também identificou mudança no estilo de vida da população visando a redução de complicações consequentes das DCNT mediante ações preventivas na comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Melo SPSC, Cesse EÂP, Lira PIC, Rissin A, Cruz RSBL, Filho MB. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 2019; 24(8): 3159-68. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30742017>
2. Marinho F, Passos VMA, França EB. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2016; 25(4): 713-24. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000400713
3. WHO. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Disponível em: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Global-Status-Report-NCDs-2010-Eng.pdf>
4. Magnusson RS, Patterson D. The role of law and governance reform in the global response to non-communicable diseases. *Global Health*. 2014; 10: 44. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1744-8603-10-44>
5. Malta DC, Moura Ld, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2014; 23(4): 599-608. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000400002>
6. Carvalho AS, Abdalla PP, Junior CRB. Atuação do profissional de educação física no sistema único de saúde: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*. 2017; 30(3): 1-11. doi: <https://doi.org/10.5020/18061230.2017.6316>
7. Sato TO, Fermiano NTC, Batistão MV, Moccellini AS, Driusso P, Mascarenhas SHZ. Doenças crônicas não transmissíveis em usuários de unidades de saúde da família - prevalência, perfil demográfico, utilização de serviços de saúde e necessidades clínicas. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2017; 21(1): 35-42. doi: <http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2017.21.01.05>
8. Baecke JA, Burema J, Frijters JE. A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. *American Journal of Clinical Nutrition*. 1982; 36(5): 936-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ajcn/36.5.936>
9. Florindo AA, Latorre MRDO. Validation and reliability of the Baecke questionnaire for the evaluation of habitual physical activity in adult men. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. 2003; 9(3): 129-35. doi: <https://doi.org/10.1590/S1517-86922003000300002>
10. Arruda GA, Cantieri FP, Coledam DHC, Ribeiro EAG, Barros MVG, Freitas CMSM et al. Questionário Baecke de Atividade Física Habitual: Reprodutibilidade dos Escores e Itens em Adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Educação Física*. 2019; 2(2): 15-27. doi: <https://doi.org/10.20873/abef.2595-0096.v2n2p15.2019>
11. WHO. World Health Organization. Noncommunicable Diseases Country Profiles 2018. Geneva, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/ncd-country-profiles-2018>
12. Souza CP, Valentim MCP, Ferreira AD, Abdalla PP, Silva LSL, Carvalho AS et al. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, hábitos alimentares e de atividade física numa Estratégia de Saúde da Família de Presidente Prudente - SP. *Conscientiae*. 2020; 19(1): 1-15. doi: <https://doi.org/10.5585/conssaude.v19n1.1822>

13. Ribeiro AG, Cotta RMM, Silva LS, Ribeiro SMR, Dias CMGC, Mitre SM et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. *Revista de Nutrição*. 2012; 25(2): 271-82. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732012000200009>
14. Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM (editores). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 635-67.
15. Sales MPU, Araújo AJ, Chatkin JM, Godoy I, Pereira LFF, Castellano MVCO et al. Atualização na abordagem do tabagismo em pacientes com doenças respiratórias. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2019; 45(3): e20180314. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-3713/e20180314>
16. Yang IA, Jenkins CR, Salv SS. Chronic obstructive pulmonary disease in never-smokers: risk factors, pathogenesis, and implications for prevention and treatment. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2022; 10(5): 497-511. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00506-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00506-3)
17. Arbex MA, Santos UP, Martins LC, Saldiva, PHN, Pereira LAA, Braga ALF. A poluição do ar e o sistema respiratório. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2012; 38(5): 643-655. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132012000500015>
18. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Caderno de Saúde Pública*. 2018; 34(8): e00029818. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00029818>
19. Neves Júnior TT, Queiroz AAR, Carvalho EA et al. Perfil clínico e sociodemográfico de usuários com doenças crônicas na atenção primária à saúde. *Enfermería Global*. 2023; 22(1): 245-282. #69 Enero. doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.512211>
20. Godoi J, Campagnoli M, Fossa ÂM, Rocha MCP, Lino CM, Horibe TM. Análise da demanda de pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis em uma Unidade de Pronto Atendimento. *Saúde Coletiva*. 2020; 10(52): 2148-63. doi: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i52p2148-2163>
21. Bankoff ADP, Bispo IMP, Sousa MAB. Estudo da cultura alimentar, hábitos de vida e influências sobre as doenças crônicas não transmissíveis. *Revista Saúde e Meio Ambiente – RESMA*. 2020; 10(1): 1-18. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/9118>
22. Saúde M. Acordo pretende reduzir 144 mil toneladas de açúcar de alimentos. Agência Brasil. 2018. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-11/acordo-pretende-reduzir-144-mil-toneladas-de-acucar-de-alimentos>
23. Pereira DS, Souza SJ, Marques FR, Weigert SP. The physical activity in the prevention of chronic diseases not transmitted. *Revista Gestão e Saúde*. 2017; 17(1): 1-9. Disponível em: <https://www.herrero.com.br/files/revista/fileaf5bd92eab28b9ad78efcd42cfde9745.pdf>
24. Malta DC, Silva MMA, Moura L, Neto OLM. A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. *Rev Bras Epid*. 2017; 20(4): 661-75. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700040009>
25. Becerra AB. *Intervenção para promover mudanças de estilos de vidas para reduzir as complicações consequentes das doenças crônicas não transmissíveis no povoado da nova descoberta*. Porto Alegre: Universidade Federal de Ciências da Saúde 2018.
26. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF 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*. 2017; 51(Suplem 1:4s): 1-10. doi: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090>

27. Pereira SEA, Costa D, Penido R, Batista ANS, Calheiros A, Ferreira GV et al. Fatores de risco e complicações de doenças crônicas não transmissíveis. *Ciência & Saúde*. 2017; 10(4): 213-9. doi: <https://doi.org/10.15448/1983-652X.2017.4.26446>