

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

GIOVANA SEABRA RAMALHO

**ENVELHECIMENTO ATIVO: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO E
MUDANÇA NO ESTILO DE VIDA DOS PORTADORES DE DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

GIOVANA SEABRA RAMALHO

**ENVELHECIMENTO ATIVO: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO E
MUDANÇA NO ESTILO DE VIDA DOS PORTADORES DE DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Carla Regina de Souza
Teixeira**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **ENVELHECIMENTO ATIVO: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO E MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA AOS PORTADORES DE DCNT** de autoria da aluna **GIOVANA SEABRA RAMALHO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Profa. Dra. Carla Regina de Souza Teixeira
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Dedico, em primeiro lugar, aos meus pacientes, os quais respeito muito e tenho um carinho especial. Pessoas estas, que se tornaram objeto deste estudo e razão de minha escolha profissional. Afinal de contas, sem estes, nossa profissão não existiria.

Por último, dedico aos colegas e a instituição onde trabalhei e pude desenvolver este projeto, esperando que esta intervenção possa orientá-los e ajudá-los a controlar as taxas persistentes dos portadores de DCNT residentes naquela região.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, razão de minha existência, princípio, meio e fim de tudo que idealizamos.

Agradeço a meu esposo e filhos que com amor e compreensão, suportaram em muitos momentos minha ausência familiar neste período de formação.

Ao Ministério da Saúde por ter idealizado o UNA-SUS, um grande instrumento tecnológico que abre portas ao conhecimento e a distância não faz diferença. Com isso atualiza informações, capacita profissionais permanentemente, em tempo real e literalmente, do Oiapoque ao Chuí. Espero, não só está agradecendo, como parabenizando professores, coordenadores, facilitadores, tutores e demais colaboradores da Universidade Federal de Santa Catarina, pela dedicação e competência com que ministraram este Curso. Evito citar nomes para não ser injusta deixando alguém de fora, pois são muitos os envolvidos, tudo muito bem elaborado e organizado. Mais uma vez: Parabéns!

Agradeço de forma especial a minha orientadora Prof^ª. Dra. Carla Regina de Souza Teixeira que me acompanhou e orientou durante esta caminhada.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	03
3 MÉTODO.....	05
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	08
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	10
6 REFERÊNCIAS.....	12

RESUMO

Sabe-se atualmente que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, (DCNT), são as que mais matam, quando não deixam seqüelas graves e irreversíveis. Também é conhecida a importância da atuação dos fármacos nestes agravos. No entanto, de modo algum, os medicamentos excluem a necessidade do portador de DCNT, mudar os hábitos de vida. Assim sendo, objetiva-se com este estudo, avaliar os tipos de benefícios que o tratamento não farmacológico oferece aos portadores de DCNT e incentivar nesta população, sua independência e autoestima, levando-os a serem protagonistas de sua própria história e auxiliando-os a entender, controlar e evitar o processo de adoecimento crônico. Para tanto, serão escolhidos pacientes portadores de DCNT, inscritos no Programa HIPERDIA, com mais de 45 anos, que fazem uso ou não de medicamentos, mas que tem em comum, a particularidade de não conseguirem controlar suas taxas. Estes serão submetidos a exames apropriados, para avaliação pré e pós intervenção, e a um rigoroso tratamento não farmacológico acompanhado pela equipe transdisciplinar de uma Unidade de Saúde de Cariacica-ES. Após intervenção espera-se que os resultados sejam positivos e como consequência dessa prática, os valores de exames dos pacientes avaliados, estejam dentro do valor desejável aos portadores de DCNT, havendo redução significativa dos níveis pressóricos e glicêmicos entre os pacientes hipertensos e diabéticos classificados como moderados e graves. Além disso, espera-se com essa assistência, fomentar em cada indivíduo, a prática por um estilo de vida mais adequado e saudável, prevenindo danos e seqüelas irreversíveis ao ser humano.

1 INTRODUÇÃO

A transição demográfica encontra-se em diferentes fases ao redor do mundo, e em conjunto com a transição epidemiológica resulta no principal fenômeno demográfico do século 20, conhecido como envelhecimento populacional. No Brasil a população passa por um rápido processo de envelhecimento, devido à significativa redução da taxa de fecundidade desde meados da década de 1960 e ao aumento da longevidade dos brasileiros. A taxa de fecundidade total passou de 6,28 filhos por mulher em 1960, para 1,90 filhos em 2010, uma redução de cerca de 70%. No mesmo período a expectativa de vida ao nascer aumentou 25 anos, chegando a 73,4 anos em 2010 (IBGE, 2012). Além disso, em 2050, estima-se que o percentual de pessoas acima de 60 anos corresponderá a cerca de 30% da população do país (IBGE, 2008). De acordo com Ministério da Saúde, citado por IESS (2013), a maior longevidade da população em especial, vem modificando o perfil epidemiológico no Brasil, com aumento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis em detrimento das doenças infecto-parasitárias.

Assim, teremos que aprender a controlar as doenças do idoso. O perfil de doenças no idoso muda para o padrão de doenças crônicas, portanto, o paradigma muda. Nesse caso, devemos considerar a possibilidade de compensação/não compensação. O modelo de não compensação da doença crônica inclui maior disfunção, dependência e quedas. O aumento no número de doenças crônicas leva os idosos a ingerirem maior número de medicamentos e a realizarem exames de controles com mais frequência, porém, essas condições não limitam a qualidade de vida. Além disso, observaremos maior taxa de utilização de unidades de terapia intensiva, de hemodinâmica e métodos dialíticos. Na verdade, envelhecer, para a maioria, é conviver com uma ou mais doenças crônicas. O Brasil deverá chegar a 2050 com cerca de 15 milhões de idosos, dos quais 13,5 milhões com mais de 80 anos. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2025, o país será o sexto do mundo com o maior número de idosos. Apesar da criação de políticas voltadas para essa camada da população como o Estatuto do Idoso, instituído em 2003 a velocidade do envelhecimento tem superado a implementação de ações para oferecer melhores condições de vida à terceira idade.

Para Ramos (2011) “O processo é muito rápido, e as políticas públicas não têm acompanhado isso. Viver em uma sociedade com muito mais idosos do que crianças requerem um planejamento intenso”

A importância do conjunto de conhecimentos da população sobre o papel da atividade física, alimentação balanceada, controle do peso, controle pressórico e glicêmico, na prevenção à hipertensão arterial e ao diabetes é um dos possíveis caminhos para a adoção de um estilo de vida mais ativo e saudável, no intuito de promoção da qualidade de vida, aumento das condições de saúde, prevenção de agravos, e redução de gastos públicos com o tratamento destas doenças. E mesmo nos casos de indivíduos já doentes, sabe-se que o controle rigoroso da glicemia e da pressão arterial é capaz de reduzir as complicações futuras com o curso natural dessas doenças. (KNUTH et al, 2009)

A maior proposta desta mediação, não é medicamentosa, apesar de muitos casos serem necessário a presença dos fármacos, mas sim, despertar no usuário a necessidade da mudança no estilo de vida, desta forma, prevenindo as seqüelas muitas vezes irreparáveis, causadas pelas DCNT, as múltiplas internações em leitos hospitalares inclusive leitos críticos e o óbito precoce. Sabemos que a ausência de enfermidade é uma premissa verdadeira para poucos e que muitos longevos levam uma vida independente e produtiva, portanto, faz-se necessário o empoderamento aos portadores de doença crônica pela busca desse mesmo direito. Para tanto, o presente estudo tem como objetivo, avaliar os tipos de benefícios que o tratamento não farmacológico oferece aos portadores de DCNT e despertar nesta população sua independência e autoestima, levando-os a serem protagonistas de sua própria história e auxiliando-os a entender, controlar e evitar o processo de adoecimento crônico.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nos primeiros anos de vida, as doenças transmissíveis, doenças maternas, perinatais e deficiências nutricionais são as principais causas de morte e enfermidades. Ao final da infância, na adolescência e no início da vida adulta, as lesões e doenças não-transmissíveis começam a assumir um papel muito maior. Na meia-idade, em torno dos 45 anos, as doenças não-transmissíveis são responsáveis pela grande maioria das enfermidades e mortes. (OPAS/OMS, 2005)

As doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Os fatores de risco relativos às DCNT são semelhantes em todos os países. Há evidências de sobra, atualmente, de que o tabagismo, os alimentos com altas taxas de gorduras trans e saturadas, o sal e o açúcar em excesso, especialmente em bebidas adoçadas, o sedentarismo, bem como o consumo excessivo de álcool, causam mais de dois terços de todos os novos casos de DCNT e aumentam o risco de complicações em pessoas que já sofrem destas doenças. (OPAS, 2012)

Com o elevado número de idosos que estão sendo incorporados anualmente à população brasileira, não podemos deixar de considerar suas conseqüências para o sistema de saúde, como o aumento de atendimentos aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, complexas e onerosas, típicas da população idosa que perduram por anos e exigem cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2007). Essa constatação leva à preocupação imediata com o aumento da demanda por serviços de saúde, além da elevação dos seus custos (CAMARANO, 2002). A OMS divulgou um documento em 2006 alertando para as várias implicações que as transformações demográficas provocadas pelo aumento no número de idosos podem gerar para a saúde pública mundial, como o aumento natural do número de indivíduos portadores de doenças crônicas. Portanto, os sistemas sanitários dos países precisam focar sua atenção aos cuidados primários de saúde da comunidade, preocupando-se com a prevenção desses problemas crônicos (OMS, 2006).

Em todos os países, e especialmente nos países em desenvolvimento, medidas para ajudar pessoas mais velhas a se manterem saudáveis e ativas são uma necessidade, não um luxo. A adoção de estilos de vida com qualidade e a participação ativa no cuidado da própria saúde são fatores comportamentais determinantes em todos os estágios da vida. Um dos mitos do envelhecimento é dizer que é tarde demais para se adotar esses estilos, nos últimos anos de vida. Pelo contrário, o envolvimento em atividades físicas adequadas, alimentação saudável, a abstinência do fumo e do álcool, e fazer uso de medicamentos sabiamente podem prevenir doenças e o declínio funcional, aumentar a longevidade e a qualidade de vida do indivíduo. A participação em atividades físicas regulares e moderadas pode retardar declínios funcionais, além de diminuir o aparecimento de doenças crônicas em idosos saudáveis ou doentes crônicos. Segundo Merz & Forrester, citado por Doro (2011), uma atividade física regular e moderada reduz o risco de morte por problemas cardíacos em 20 a 25% em pessoas com doença do coração diagnosticada. Pode-se reduzir substancialmente a gravidade de deficiências associadas à cardiopatia e outras doenças crônicas. Uma vida ativa melhora a saúde mental e freqüentemente promove contatos sociais. A atividade pode ajudar pessoas idosas a ficarem independentes o máximo possível, pelo período de tempo mais longo. Além disso, pode reduzir o risco de quedas. Portanto, há importantes benefícios econômicos quando os idosos são fisicamente ativos. Os custos médicos são significativamente menores para as pessoas idosas ativas OMS, citado por Doro (2011).

Nesta direção pretende-se avaliar os tipos de benefícios que o tratamento não farmacológico oferece aos portadores de DCNT e despertar nesta população sua independência e autoestima, levando-os a serem protagonistas de sua própria história e auxiliando-os a entender, controlar e evitar o processo de adoecimento crônico.

3 MÉTODO

O estudo é do tipo pesquisa ação e será realizado em uma Unidade de Saúde da Família, situada na cidade de Cariacica-ES. Este município tem uma área de 279,98 km², correspondente a 0,60% do território estadual, limitando-se ao norte com Santa Leopoldina, ao sul com Viana, a leste com Vila Velha, Serra e Vitória e a oeste com Domingos Martins. Possui uma população de 348.738 habitantes, segundo o censo do IBGE de 2010.

Nesta Unidade de Saúde, verifica-se que na maioria dos casos, a doença não está controlada, e que os pacientes não têm um seguimento assistencial regular. Comparecem ao Serviço, prioritariamente, em busca de medicamentos. A preocupação central e a esperança no controle da doença giram em torno dos fármacos, no entanto, nem sempre alcançam seu objetivo, pois não encontram vaga disponível para consulta médica ou com enfermeiro, profissionais esses, que são responsáveis pelo atendimento e acabam, muitas vezes, por ficar sem o devido acompanhamento e sem a tão desejada medicação, apesar da gravidade da doença. Pude observar, também, que muitos usuários desconhecem os benefícios e a importância das intervenções não farmacológicas, sendo estas de grande eficácia no controle dos valores pressóricos e glicêmicos, promovendo uma vida mais saudável e equilibrada, prevenindo danos à saúde, internações em leitos hospitalares e críticos, dentre outros fatores.

Diante do exposto, propor-se-á uma intervenção que vise alterar o seguimento de hipertensos e diabéticos, tanto no hábito de se utilizar dos fármacos, quanto na obtenção de um estilo de vida saudável. Na prática, estratégias de ações educativas, terapia individual e em grupo, atividades físicas regulares e acompanhamento sistematizado com médico e/ou enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família, serão as ferramentas utilizadas nesta nova proposta de modalidade assistencial.

Os critérios de inclusão serão sujeitos de ambos os sexos, cadastrados no Programa HIPERDIA, moradores da área adstrita desta Unidade de Saúde, com idade superior a 45 anos, em acompanhamento pela equipe de saúde daquela região. Os critérios de exclusão serão

indivíduos em acompanhamento temporário ou em trânsito, procedentes de outras regiões, por motivo de viagem, trabalho, passeio e outros.

A amostragem será composta por pacientes hipertensos e/ou diabéticos, com ou sem comorbidades, que fazem uso ou não de fármacos e que, de acordo com histórico de registro em prontuário, tem dificuldades em atingir os níveis pressóricos e/ou glicêmicos dentro de um padrão aceitável aos portadores de DCNT, ou mesmo manter valores discretamente aumentado. Em suma, serão selecionados, de acordo com a gravidade da doença e a dificuldade em controlá-la.

Através de visitas domiciliares os pacientes serão convidados a participar da pesquisa e, na ocasião, serão esclarecidos sobre: preenchimento de questionário, importância da assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantia do sigilo e anonimato das respostas e também sobre eventuais dúvidas. Para mensuração do perfil clínico e sócio-demográfico, serão utilizadas as seguintes variáveis: sexo, idade, procedência, estado civil, escolaridade, tabagismo, atividade física, dieta, tratamento medicamentoso, presença de complicações e antecedentes de doenças cardiovasculares.

Em seguida, será formado um grupo composto por 40 pacientes, que passará pela avaliação de uma equipe multiprofissional e transdisciplinar formada por enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, nutricionista e fisioterapeuta que acompanhará este grupo por um período de seis meses, avaliando e intervindo em seus resultados e intercorrências que, porventura, aconteçam durante o período de intervenção realizado por estes profissionais. A equipe atuará em conjunto e em parceria com os indivíduos envolvidos na investigação e definirá, com a amostragem, seu projeto terapêutico individual e em grupo, assim como problematizará a importância da educação permanente em saúde, das atitudes não farmacológicas e do empoderamento pessoal de cada participante envolvido na pesquisa. Além de orientações sobre promoção da saúde e prevenção de doenças, os pacientes passarão por uma bateria de exames físicos e laboratoriais específicos aos portadores de DCNT antes e após as intervenções, de acordo com orientação médica e dos manuais, protocolos e cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Serão também, avaliados sobre necessidade de fármacos, seguido de verificação/controle dos sinais vitais, glicêmicos, orientações na administração das medicamentos (horário, dosagem, frequência,

aplicação de insulina, necessidade de jejum, entre outros) realizadas pela enfermagem. Oportunamente, receberão orientação nutricional sobre dietoterapia, controle de peso, aferição do Índice de Massa Corpórea e exercícios físicos regulares. A maioria das atividades físicas será realizada na academia popular, incentivando o uso e a valorização dessa tecnologia, já existente, e desenvolvida com esta finalidade. Durante os exercícios, serão acompanhados pelo fisioterapeuta e receberão as devidas orientações e cuidados da equipe multidisciplinar de acordo com a idade, limitações e doenças envolvidas. Ao final do período proposto, faremos um estudo comparativo entre os dados obtidos no início do tratamento e os valores identificados pós-intervenção. Desta forma e embasados em resultados reais, poderemos identificar os benefícios que o tratamento não farmacológico oferece aos pacientes portadores de DCNT e apresentá-los aos participantes como forma de persuadir quanto à necessidade de hábitos saudáveis na tentativa de promover saúde e prevenir danos, agravos, internações desnecessárias, gastos financeiros exorbitantes e óbitos precoces. Sabemos que muitos idosos levam uma vida independente e produtiva. O conceito de envelhecimento ativo pressupõe a independência como principal marcador de saúde. A capacidade funcional surge, portanto, como um novo paradigma de Saúde.

Atendendo às normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996), este estudo terá início somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). No trabalho de campo cada um dos sujeitos investigados será informado a respeito da natureza acadêmica do estudo, dos seus objetivos, da garantia do sigilo, devendo assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não serão reveladas em hipótese alguma as identidades dos sujeitos envolvidos na pesquisa. Estas serão mantidas em sigilo absoluto e identificadas por códigos alfanuméricos sequenciais (E1, E2, E3). Os mesmos poderão se recusar a responder a alguma pergunta bem como interromper sua participação no estudo a qualquer momento.

4 RESULTADOS ESPERADOS

Sabe-se que não é novidade que há algum tempo, as doenças crônicas não transmissíveis, são atualmente a principal causa de mortalidade no mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Dentre elas destacamos a hipertensão e o diabetes. Sua importância nas últimas décadas vem crescendo em decorrência de vários fatores, como, maiores taxas de urbanização, industrialização, sedentarismo, obesidade, aumento da esperança vida e à maior sobrevivência dos diabéticos e hipertensos. Juntamente com as doenças cardiovasculares, neoplasia malignas e causas externas, esses agravos estão entre os quatro mais importantes problemas de saúde, em termos de número de pessoas afetadas, pela considerável morbidade associada à sua presença, pelos custos envolvidos em seu controle e no tratamento de suas complicações, pelas incapacidades que produz e pelo número de anos de vida perdidos, em decorrência da mortalidade prematura. (WHO, 1985). Além do mais, essas enfermidades juntas ou isoladas, contribuem para outras causas de internação, como: cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial (SILVESTRE, 1997). Sem contar que o diabetes é a principal causa de amputação de membros inferiores (SPICHLER e col., 1998) e de cegueira (SCHELLINI e col., 1994); cerca de 26% dos pacientes que ingressam em programas de diálise são diabéticos (BRUNO e GROSS, 2000).

Segundo (MION e col., 2002) a abordagem da hipertensão arterial e do diabetes é constituída de intervenção medicamentosa e não medicamentosa sempre acompanhada por mudanças no estilo de vida. Assim, o sucesso do controle das taxas de glicemia e pressão arterial depende da adesão adequada do paciente ao tratamento e de práticas de saúde que estimulem ou facilitem a mudança do estilo de vida. Sabemos que diversos estudos têm mostrado que o controle rigoroso da glicemia e da pressão arterial é capaz de reduzir as complicações tanto do diabetes quanto da hipertensão arterial.

Por tudo isso neste projeto, optou-se, por uma nova modalidade assistencial, entendendo, conforme cotejos anteriores, ser o caminho para alcançar os objetivos propostos por este estudo. Espera-se que com essa prática, que os resultados de exames dos nossos pacientes estejam sempre dentro do valor desejável aos portadores de DCNT havendo redução significativa dos

níveis pressóricos e glicêmicos entre os pacientes hipertensos e diabéticos classificados como moderados e graves. Além disso, espera-se com essa assistência, fomentar em cada indivíduo, a prática por um estilo de vida mais adequado e saudável, prevenindo danos e seqüelas irreversíveis ao ser humano. A educação em saúde, associada ao autocontrole dos níveis de pressão e/ou glicemia, à atividade física e à dieta alimentar, é importante instrumento para aumentar a procura por tratamento e controlar os índices de pacientes hipertensos e/ou diabéticos. O conhecimento das doenças está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença. Assim acredita-se que estas intervenções, obrigatoriamente, andando em conjunto trarão novas perspectivas a vida dos portadores de DCNT.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se com esta modalidade, alcançar uma forma mais abrangente de acompanhar, tratar e efetivamente prevenir seqüelas e internações hospitalares e/ou domiciliares aos portadores de DCNT. De acordo com a nova prática, caso seja institucionalizada, todos os pacientes diagnosticados com hipertensão e/ou diabetes, além da tradicional dinâmica medicamentosa, quando necessária, serão estes submetidos imediatamente as intervenções não farmacológicas, sendo as ações de atividade física e de dietoterapia as intervenções iniciais e prioritárias ao tratamento. “É importante destacar que o uso de remédios para controlar a hipertrigliceridemia de modo algum exclui a necessidade do paciente mudar hábitos de vida. Se não houver controle na dieta, perda de peso, controle do diabetes e aumento da carga de exercícios físicos, o benefício do tratamento farmacológico ficará muito aquém do desejado”. Diz o Dr. Pedro Pinheiro médico especialista em medicina interna e nefrologista. (MD SAÚDE, 2014).

Propositadamente, sugerimos algumas alterações nas políticas públicas que tratam da saúde das pessoas portadoras de DCNT, a saber: as academias populares, tão difundidas nas administrações municipais, precisariam funcionar nos finais de semana, alcançando aos obesos e portadores de problemas crônicos, excluídos das práticas semanais em virtude do trabalho, necessidade de profissionais de áreas afins atuando nas academias para que as atividades tornem-se seguras e eficazes.

Há muito tempo, vem sendo divulgado sobre a importância dos exercícios físicos, na prevenção de danos causados pelas doenças crônicas, no entanto, temos presenciado na maioria das vezes, a falta de orientação e de profissional capacitado a conduzir os pacientes às atividades físicas e ao mesmo tempo, o desconhecimento da população em relação ao equipamento, transformando a academia popular, importante tecnologia na luta e prevenção contra sobrepeso, hipertensão, diabetes, dislipidemia, e outras doenças crônicas, em diversão infantil. E na falta de balanços, escorregadores e gangorras, brinquedos estes, que nunca chegam às periferias do nosso país, os aparelhos se tornam as únicas opções nas mãos das crianças, para os raros momentos de lazer nas comunidades mais carentes. Em suma: as academias não estão sendo devidamente utilizada, em conformidade com o projeto original, que as tornou realidade.

Segundo os diversos estudos, pesquisas e livros que tratam dos grandes riscos que acometem os doentes crônicos e o alto custo financeiro que o governo tem com estes, suscitamos a criação de um compensatório financeiro a todos os pacientes diagnosticados com doença crônica e que consigam manter seus níveis pressóricos, glicêmicos e lipidograma dentro de um padrão aceitável e como pré-requisito a inclusão do benefício, precisarão fazer parte dos programas de atividades não farmacológicas, na tentativa de fomentar em cada um desses personagens, o desejo pela adesão ao tratamento não medicamentoso e conseqüentemente a promoção de saúde. Entre outros benefícios, a diminuição dos gastos públicos com intervenções hospitalares, reabilitação terciária e óbito precoce. Outras atitudes relevantes de acordo com (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) e que o governo já vem implementando incluem acordos junto às indústrias de alimentos embutidos, industriais e *fast food* em relação ao alto teor de sal, gordura e demais conservantes presentes nas iguarias consumidas tanto pelas nossas crianças (futuros candidatos a portadores de DCNT), quanto por nós. Precisamos pensar e agir em prol de um Brasil mais saudável, incentivando a reeducação alimentar, exercício físico com mudanças no estilo de vida saudável.

REFERÊNCIAS

AMBROSIO, G. B. et al. Effects of interventions on community awareness and treatment of hypertension: results of a WHO study. **Bulletin of the world health organization**, Genebra, v.66, n.1, p.107-13, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas regulamentadoras da pesquisa com seres humanos**. Brasília: 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil**. Brasília: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: 2012. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>.

BRUNO, R.; GROSS, J. L. Prognostic factors in Brazilian diabetic patients starting dialysis: a 3,6 year follow up study. **J Diabetes Complications**, Nova Iorque, v.14, n.5, p.266-71, 2000.

CAMARANO A. A. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Brasília: 2002.

DORO, M. R. **Análise de aspectos biodinâmicos e cardiovasculares, relacionados à atividade física e saúde**: comparação entre idosos praticantes de atividade física e sedentários. 2011. 88 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade São Judas Tadeu, 2011. Disponível em: <<http://www.usjt.br>>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade 1980-2050**. Revisão 2008. Rio de Janeiro: 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contas Nacionais: Conta satélite de saúde 2007-2009**. Rio de Janeiro: 2012.

CARNEIRO L. A. F. et al. **Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro**. São Paulo: 2013. Disponível em: www.iess.org.br/envelhecimentopop2013.pdf>.

KNUTH A. G. et al. **Conhecimento de adultos sobre o papel da atividade física na prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão**: estudo de base populacional no Sul do Brasil. Rio de Janeiro: 2009

LADEM. Laboratório de Demografia e Estudos Populacionais. **Brasil não está preparado para o envelhecimento da população**. Juiz de Fora: 2011. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/ladem/2011/10/05/brasil-nao-esta-preparado-para-o-envelhecimento-da-populacao>>.

MION JR, D. et al. **Hipertensão Arterial**: abordagem geral. São Paulo: 2002.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **The world health report**. WHO; Geneva: 2001.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Healthy ageing profiles. **Guidance for producing local health profiles of older people**: report of OMS consultation, 2006. Disponível em: <<http://www.bvsms.saude.gov.br>>.

OPA/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial de Saúde. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: 2005. Disponível em: <<http://www.bvsms.saude.gov.br>>.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Doenças crônicas não transmissíveis**: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Brasília: 2011.

PINHEIRO, P. MD SAÚDE: **O que são triglicerídeos?** Disponível em: <www.mdsaude.com/2012/08/triglicerideos-alto.html>.

SHELLINI, S. A. et al. **Diabetes, retinopatia diabética e cegueira**. Jornal Brasileiro de Medicina. Rio de Janeiro, v.67, n.2, p.171-74, 1994.

SILVESTRE, J. A. **Hospitalizações SUS**. Brasília: 1997.

SPICHLER, E. R. S. et al. **Diabetic lower extremities amputation**. Diabetologia. Rio de Janeiro, v.41, n.A279, p.90-6, 1998.

VERAS, R. **Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD**: demandas e desafios contemporâneos. Brasília: 2007.