

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

GIOVANA VAZ CIPOLINA

**A RESPONSABILIZAÇÃO DO INDIVÍDUO COMO FATOR DETERMINANTE NO
PROCESSO SAÚDE DOENÇA EM RELAÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS**

FLORIANÓPOLIS/SC

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

GIOVANA VAZ CIPOLINA

**A RESPONSABILIZAÇÃO DO INDIVÍDUO COMO FATOR DETERMINANTE NO
PROCESSO SAÚDE DOENÇA EM RELAÇÃO ÀS 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. Ms. Orientadora: Mariana Figueiredo Souza
Gomide**

FLORIANÓPOLIS/SC

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **A RESPONSABILIZAÇÃO DO INDIVÍDUO COMO FATOR DETERMINANTE NO PROCESSO SAÚDE DOENÇA EM RELAÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS** de autoria do aluno **GIOVANA VAZ CIPOLINA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Profa. Ms. Mariana Figueiredo Souza Gomide

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVO GERAL	8
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
3 METODOLOGIA	9
4 DOENÇAS CRÔNICAS E SEUS FATORES DE RISCO	10
5 EPIDEMIOLOGIA DAS DCNT	12
6 CONTEXTUALIZAÇÃO DAS DCNT NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	14
7 PROMOÇÃO DE SAÚDE	17
8 PLANO NACIONAL PARA O ENFRENTAMENTO DAS DCNT	19
9 RESPONSABILIZAÇÃO DOS SUJEITOS ENVOLVIDOS	21
10 CONCLUSÃO	23
11 REFERÊNCIAS	24

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Pirâmide etária dos anos de 1980 e 2010.....	13
Figura 2. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade.....	14
Figura 3. Determinantes Sociais de Saúde. Modelo de Dahgren e Whitehead (1991).....	18

RESUMO

Este trabalho apresenta uma revisão bibliográfica cuja proposta é levantar a discussão sobre a relação entre doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), o indivíduo e as políticas públicas, assim como definir limites de responsabilidades entre o indivíduo e o Estado. Iniciou-se elencando as principais DCNT e seus fatores de risco, assim como o perfil epidemiológico das mesmas no Brasil e posteriormente contextualizando-as nos serviços de saúde. Fez-se a conceitualização de promoção de saúde, assim como um breve histórico dos principais eventos no mundo. A leitura do Plano Nacional para o Enfrentamento das DCNT possibilitou identificar as principais propostas elencadas, que servem de base para mudança no cenário atual e por fim discorreu-se sobre a responsabilização dos sujeitos envolvidos. Concluiu-se que as DCNT são evitáveis e diretamente relacionadas ao comportamento individual e as políticas públicas em geral. Evidenciou-se a necessidade de participação de todos os atores nesse processo caracterizado pela mudança comportamental do indivíduo, o estímulo ao protagonismo das instituições reguladoras e o desenvolvimento de ações políticas de desenvolvimento e organização econômica e social do país.

Palavras chaves: DCNT; Epidemiologia; Determinantes Sociais em Saúde; Política

1 - INTRODUÇÃO

A responsabilização do indivíduo como fator determinante no processo saúde doença torna-se uma problemática quando a equipe de saúde e o Estado negligenciam seu papel nesse processo, atribuindo a condição de ser saudável ou doente exclusivamente ao indivíduo, não relacionando este ao meio em que vive.

As atividades das Equipes de Saúde da Família são voltadas à prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos no âmbito da Atenção Primária em Saúde. Cada vez mais se destacam experiências inovadoras e exitosas em relação às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Percebe-se que essas práticas são voltadas a orientação, estímulo ao auto-cuidado, adesão ao tratamento, mudança de comportamento e hábitos saudáveis, focando na co-responsabilização do indivíduo.

A proposta dessa revisão bibliográfica é levantar a discussão e definir limites de responsabilidades, pois muitas vezes parece que a proposta de trabalho das três esferas do governo são bidirecionais, quando notamos que interesses econômicos sobrepõem-se aos interesses de produção de saúde através de melhorias nos determinantes sociais de saúde.

Malta (2010) discute a perspectiva das Linhas de Cuidado centradas nas necessidades dos indivíduos. Assim como a necessidade de repensar o processo saúde doença, quanto aos seus determinantes sociais.

As políticas de saúde voltadas a promoção de saúde e prevenção de doenças através de medidas que proporcionem melhoria na qualidade de vida e a regulação do Estado frente a determinantes de saúde precisam ser estimuladas no âmbito macro político, uma vez que estão diretamente relacionadas à situação de saúde da população.

Através do presente trabalho buscou definir a responsabilidade do indivíduo frente a sua saúde e a responsabilidade do Estado através de suas políticas públicas, para que possamos definir estratégias que proporcionem qualidade de vida, assim como mudança no perfil epidemiológico no país.

2 OBJETIVO GERAL

Identificar a relação entre as Doenças Crônicas, o Indivíduo e as Políticas Públicas

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar o papel do indivíduo como responsável pela própria saúde.
- b) Identificar o papel do Estado como regulador dos Determinantes Sociais de Saúde.

3 METODOLOGIA

O presente trabalho foi desenvolvido através de uma revisão bibliográfica, que segundo Gil (2008), é “desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído de livros e artigos científicos”.

Inicialmente utilizei a bibliografia oferecida pelo Curso de Pós Graduação em Linhas de Cuidado em Enfermagem em Doenças Crônicas Não Transmissíveis, pois foi o material utilizado em todas as discussões ao decorrer do processo. Foi através deste, juntamente com a minha prática diária que levantei a problemática da responsabilização do indivíduo como fator determinante no processo saúde doença em relação às DCNT.

Após definir a linha de pesquisa procurei outras bibliografias relacionadas ao tema escolhido: Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Epidemiologia das Doenças Crônicas no Brasil, Determinantes Sociais de Saúde. Assim como, a bibliografia sugerida pela minha orientadora referente à co responsabilidade do indivíduo e o autocuidado.

A leitura de Almeida (2013) possibilitou desenhar uma linha a ser seguida para o desenvolvimento deste, na medida em que abordam as linhas de cuidados em doenças crônicas, seus fatores de risco e as políticas de saúde

O Ministério da Saúde disponibiliza o Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT. Neste, pude verificar as propostas elencadas que servem de base para mudança no cenário atual.

A leitura de Buss (2007) “A Saúde e seus Determinantes Sociais” me deram subsídios para esclarecer o que caracteriza os determinantes sociais e como se relacionam com o indivíduo no processo saúde doença.

Após a leitura analítica com a finalidade de ordenar e resumir as informações contidas nas fontes, de forma que estas possibilitassem a obtenção de respostas ao problema da pesquisa, pude finalmente realizar a minha observação final e identificar o papel do indivíduo como responsável pela própria saúde e identificar o papel do estado como regulador dos determinantes sociais de saúde.

A discussão sobre o tema e a definição de responsabilidades estimula o processo de cidadania, a busca da população por seus direitos e deveres, através da participação popular nos serviços de saúde e nas políticas públicas em geral.

4 DOENÇAS CRÔNICAS E SEUS FATORES DE RISCO

A tecnologia disponível na assistência à saúde, assim como a transição demográfico-epidemiológica que vem ocorrendo no país nas últimas décadas, tem influenciado significativamente o perfil de doenças da população brasileira. Nota-se um maior número de idosos, assim como um maior número de pessoas com doenças crônicas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2003 relatou que, as condições crônicas são responsáveis por 72 % das mortes no planeta. As projeções indicam que em 2020 aproximadamente 80% das doenças dos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos. Nesses países, a aderência ao tratamento abrange apenas 20% da população doente, conseqüentemente os resultados são negativos na área da saúde com encargos muito elevados para a sociedade, para o governo e para os familiares (OMS, 2003). Por isso representam um desafio para os atuais sistemas de saúde.

A doença crônica é uma condição incapacitante que requer longo tempo de cuidado, bem como, ação contínua e concomitante de prevenção primária, secundária e serviço de reabilitação. Na doença crônica, o processo de cura é lento, ou mesmo inexistente com a idade, gerando incapacidades residuais e algumas vezes, freqüentes recorrências da doença (FREITAS; MENDES, 2007).

Para Barros et al (2006) as doenças crônicas são definidas como afecções de saúde que acompanham os indivíduos por longo período de tempo, podendo apresentar momentos de piora (episódios agudos) ou melhora sensível.

Dentre as DCNT estão principalmente à doença cardiovascular, o Diabetes, o câncer e a doença respiratória crônica, causadas principalmente por tabagismo, consumo nocivo de bebidas alcoólicas, inatividade física e alimentação inadequada.

Segundo o Ministério da Saúde (2013), alguns fatores contribuem para o desenvolvimento das doenças crônicas no Brasil, tais como: os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional; a urbanização e o crescimento econômico e social. Existe uma forte relação entre determinantes sociais, fatores de risco e a prevalência das DCNT.

Os fatores de risco podem ser classificados em não modificáveis (sexo, idade e herança genética) e modificáveis ou comportamentais (tabagismo, alimentação, inatividade física, excesso de peso, sexo inseguro, estresse, consumo de álcool e outras drogas). Os fatores de risco comportamentais são potencializados pelos fatores condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais (BRASIL, 2011).

Os principais fatores de risco no Brasil para DCNT são:

- níveis baixos de atividades físicas;
- baixo consumo de frutas e hortaliças;
- consumo de alimentos com elevado teor de gordura;
- consumo elevado de refrigerantes (BRASIL, 2011).

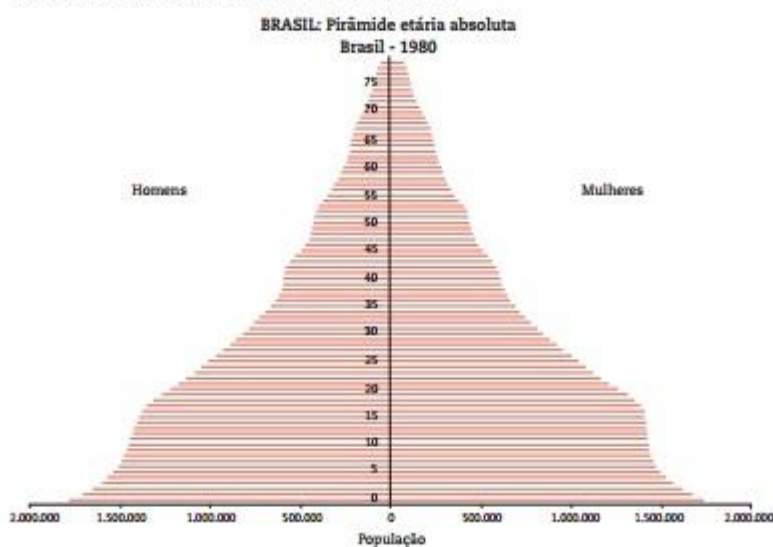
5 EPIDEMIOLOGIA DAS DCNT

As estatísticas indicam que as doenças crônicas ocasionam números elevados de morte no Brasil. A incidência e a prevalência dessas doenças vêm aumentando progressivamente nas últimas quatro décadas, no Brasil e no mundo. Em contrapartida diminuíram as mortes por doenças infecto-parasitárias, às afecções Peri natal, e as causas mal definidas (ALMEIDA, 2013).

No Brasil, nos últimos vinte anos ocorreram importantes transformações sociais e populacionais que refletiram diretamente no processo saúde doença da população. As transformações sociais também denominadas transição demográfica, que consiste na queda da mortalidade e aumento da expectativa de vida; e as transformações populacionais também denominadas transição epidemiológica, que consiste nas mudanças ao longo do tempo nos padrões de morbidade, mortalidade e invalidez, específicas de uma determinada população, geralmente associadas com outras transformações demográficas, sociais e econômicas (OMRAM, 2001).

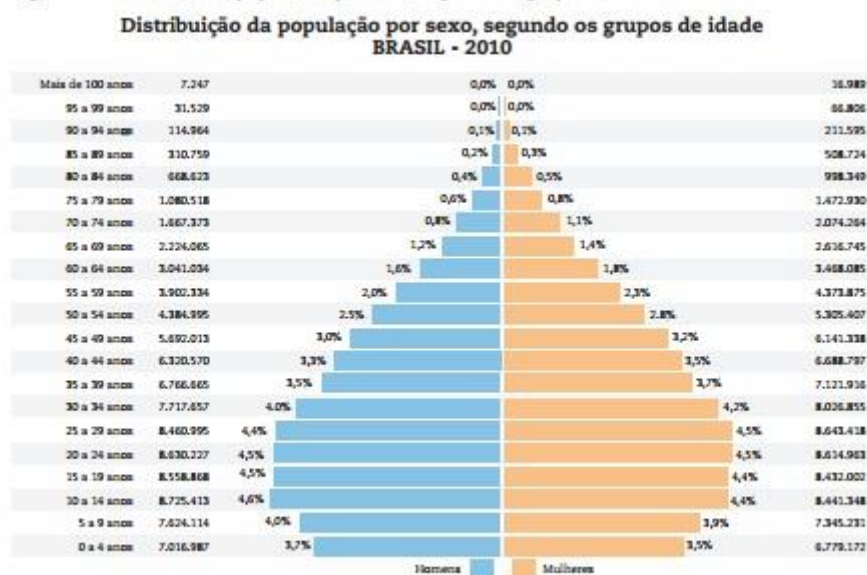
Percebemos atualmente um envelhecimento populacional, decorrente da diminuição dos óbitos e nascimentos e aumento da expectativa de vida. A pirâmide etária da população evidencia essa transição, conforme a seguir.

Figura 1: Pirâmide etária dos anos de 1980 e 2010.



Fonte: IBGE (1980)

Figura 2: Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade.



Fonte: IBGE (2010)

Entre as causas dessas mudanças está a melhoria da qualidade de vida da população, vivenciada pelo acesso aos serviços de saúde, saneamento, alimentação, urbanização e desenvolvimento econômico.

6 CONTEXTUALIZAÇÃO DAS DCNT NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os serviços de saúde utilizam várias metodologias e tecnologias no cotidiano de trabalho, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários com distinta complexidade, o que segundo Paim (2002) caracteriza um modelo de atenção à saúde.

O crescimento da DCNT resulta em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde e em aumento de gastos com tratamentos ambulatoriais, internações hospitalares e reabilitações oferecidas pelo SUS, o que requer a reestruturação das políticas de saúde a fim de melhorar a qualidade da atenção básica no sentido da integralidade.

O controle das doenças crônicas desponta como o grande desafio do século XXI em todo o mundo. Prevenir o seu aparecimento, bem como as complicações advindas dessas condições depende de uma série de fatores. Segundo a OMS (2003), oito elementos são fundamentais para o controle das doenças crônicas no mundo, conforme a seguir:

- Promover mudança de paradigma da organização do sistema de saúde: de um modelo preparado para o atendimento de condições agudas para um modelo que reconheça a necessidade do tratamento eficaz das condições crônicas.

- Considerar o contexto político nas quais as políticas públicas estão inseridas. Os responsáveis pelas decisões políticas, líderes da área da saúde, pacientes, familiares e membros da comunidade, assim como as organizações que os representam precisam ser considerados.

- Desenvolver um sistema de saúde integrado, garantindo que as informações sejam compartilhadas entre diferentes cenários e os prestadores e, através do tempo.

- Alinhar as políticas de saúde com as práticas do trabalho (garantindo ambientes seguros), com as regulamentações agrícolas (supervisionar o uso de pesticidas), com a educação (ensinando a promoção de saúde nas escolas) e com as estruturas legislativas mais amplas.

- Aproveitar melhor os recursos humanos do setor saúde por meio de habilidades avançadas de comunicação, de técnicas de mudança de comportamento, de educação do paciente e de habilidades de aconselhamento.

- Centralizar o tratamento no paciente e na família, uma vez que o gerenciamento das condições crônicas requer mudança no estilo de vida e no comportamento diário.

- Apoiar os pacientes em suas comunidades, pois eles precisam de auxílios e apoios de outras instituições que possam preencher possíveis lacunas nos serviços de saúde que não são fornecidos por um sistema de saúde organizado e,

- Enfatizar a prevenção, pois a maioria das condições crônicas é evitável e as suas complicações podem ser prevenidas, o que inclui a detecção precoce, prática de atividade física e redução do tabagismo e redução do consumo excessivo de alimentos não saudáveis.

Analisando os itens acima, verificamos que práticas desses elementos dependem dos recursos humanos alocados nos serviços de saúde, mas principalmente da tomada de decisões de líderes governamentais.

Atualmente um dos grandes desafios dos profissionais de saúde é trabalhar a relação co-responsabilidade do indivíduo no processo saúde doença e sua inserção na sociedade capitalista/consumista.

Muitos entendem que ter saúde depende apenas de práticas individuais como ir ao médico, realizar tratamento adequado conforme prescrição, ter bons hábitos alimentares e fazer exercícios, no entanto como é possível ser saudável em uma sociedade que muitos não têm saneamento básico, se os alimentos saudáveis são caros e não acessíveis a todos, e o marketing sobre os produtos não saudáveis é cada vez maior?

Existe uma forte influência do meio no estilo de vida adotado pelas pessoas e ter hábitos saudáveis não é uma escolha individual, mas também uma questão de oportunidade.

Observamos que cada vez é mais difícil o indivíduo fazer escolhas saudáveis. A eliminação de fatores de risco depende de uma estrutura de marketing que pode atingir determinadas classes sociais de forma negativa, pois nem todos têm a mesma capacidade de discernimento; os preços díspares de alimentos saudáveis e não saudáveis; apresentação dos produtos no mercado, como forma de status social; poder aquisitivo; informação muitas vezes inacessível e pressão social pelo uso de determinados produtos.

O aumento da expectativa de vida da população, caminha com a urbanização e a globalização deixando a população mais exposta à oferta de alimentos industrializados, mais acesso a produtos calóricos e baratos. E dessa forma aumentando a probabilidade das DCNT.

Percebe-se na prática profissional que as intervenções clínicas têm um alcance muito pequeno em relação às intervenções legislativas. O histórico brasileiro demonstra que políticas intervencionistas têm maior impacto sobre a população.

Verificamos que há um limite ao que se deve expor um indivíduo, e que é dever do Estado regulamentar e interferir de forma favorável para melhoria na qualidade de vida da população.

O trabalho de prevenção e promoção de saúde, realizado pelos profissionais aparenta ser ineficaz uma vez que a política de governo não regula o mercado.

Segundo a Constituição Federal (1988) art. 196 “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A condição crônica requer estratégias para lidar com os sintomas e para enfrentar as mudanças no estilo de vida, nas relações familiares e sociais. A pessoa precisa adaptar-se e ter cuidados específicos que lhe proporcione melhor qualidade de vida. Para FREITAS e MENDES (2007), a condição crônica de saúde tem enfoque na prevenção e na autonomia, na perspectiva de ser saudável. Para tanto, o indivíduo precisa ter acesso a bens e serviços, assim como aos determinantes sociais de saúde.

Existe uma forte relação entre determinantes sociais, como educação, ocupação, renda, gênero e etnia, e os fatores de risco e prevalência das DCNT. A relação direta entre DCNT e pobreza faz com que, pobres estejam mais propensos a desenvolverem doenças crônicas, segundo a OMS, 2003. O que torna um ciclo vicioso se não mudarmos o cenário.

Segundo Malta, Moraes Neto e Silva Junior (2011) o tabagismo, a má alimentação, o sedentarismo e o alcoolismo são os responsáveis pela elevação significativa dos índices de sobrepeso e obesidade, assim como dos altos índices de hipertensão arterial e de colesterol. Estes, conseqüentemente são causadores das DCNT e seus agravos decorrentes.

Os grandes investimentos em propaganda geram um aumento do consumo de produtos industrializados e nocivos a saúde. Os países em desenvolvimento são alvos do marketing das grandes indústrias, que expõem seus produtos, ignorando os malefícios que eles causam à saúde. A população por sua vez privada de informação consome cada vez mais. (OMS,2003). A vinculação de produtos a condição de status na sociedade, induz a comportamentos de risco que aumentam na mesma proporção que o consumo desses produtos ALMEIDA (2013).

7 PROMOÇÃO DE SAÚDE

Em 1978 a Conferência Internacional de Cuidados de Saúde de Alma Atta na URSS, trouxe recomendações importantes.

O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) reafirma que:

- A conquista do mais alto grau de saúde exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

- Saúde é um direito humano fundamental

- É importante a participação individual e coletiva no planejamento e execução de seus cuidados de saúde.

- Os cuidados primários de saúde permitirão que os povos atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva.

- A cooperação dos governos para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos beneficia diretamente todos os outros países.

- Valoriza a saúde como componente central de desenvolvimento humano, ressaltando os fatores necessários para assegurar a qualidade de vida e o direito ao bem – estar social (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978).

Em novembro de 1986, na I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, em Ottawa no Canadá, foi divulgado um documento intitulado: Alcançando saúde para todos: um marco de referência para a promoção de saúde. Aponta como desafios à redução das iniquidades: o incremento das ações preventivas; a ampliação do fortalecimento e capacidade dos indivíduos para lidar com limitações advindas de doenças crônicas degenerativas; e o estímulo ao auto cuidado e a mecanismos de auto-ajuda. (BUSS, 2000, 2003; CARVALHO, 2002; HEIDEMANN, 2006)

A partir da Carta de Ottawa, a promoção de saúde passou a ser definida como o processo que capacita os indivíduos e comunidades para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma participação no controle desse processo (WHO, 1986). A promoção de saúde está associada a um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e ação conjunta, entre outros. E refere-se também, de acordo com Who (1986), a uma combinação de estratégias:

- Políticas Públicas Saudáveis,

- Criação de ambientes saudáveis;

- Reforço da ação comunitária;

- Desenvolvimento de habilidades pessoais e,

- Reorientação do sistema de saúde.

Segundo Dahgren e Whitehead (1991), a determinação social de saúde são as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde. Essas situações são resultados da distribuição de dinheiro, do poder, e dos recursos a nível mundial, nacional e local, e vão depender das políticas adotadas.

A partir da I Conferência de Promoção da Saúde foram definidos como resultantes da determinação social: a pobreza, o desemprego, a habitação precária; e outras desigualdades econômicas e sociais.

Figura 3. Determinantes Sociais de Saúde. Modelo de Dahgren e Whitehead (1991).



Fonte: Determinantes Sociais de Saúde. Modelo de Dahgren e Whitehead (1991).

8 PLANO NACIONAL PARA O ENFRENTAMENTO DAS DCNT

É importante lembrar, que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi resultado do movimento democrático para a organização e a transformação da oferta de assistência à saúde no Brasil.

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica 8080 e 8142 de 1990, essas leis tiveram como objetivo reduzir a desigualdade na assistência à saúde da população e, desta forma, garantir o atendimento público a todo cidadão. O SUS constituiu o modelo oficial público de atenção à saúde no País. A Lei Orgânica de Saúde estabelece que a assistência à saúde deva contemplar os aspectos de prevenção, proteção e recuperação da saúde por meios da integração de ações assistenciais e preventivas, com a participação da comunidade na gestão do sistema.

O SUS está organizado a partir de princípios doutrinários e organizativos, conforme a seguir: universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social.

A criação do SUS possibilitou a organização de uma maior atenção para as DCNT que antes acontecia de forma fragmentada e descontinuada, tanto no que diz respeito aos aspectos clínicos quanto às ações de promoção de saúde e redução de fatores de risco.

O Ministério da Saúde (2006) instituiu as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde. A partir do pacto as três esferas de governo explicitam suas responsabilidades e estabelecem um compromisso de articulação solidária e cooperativa para trabalhar em torno das prioridades de saúde da população, dentre as prioridades destacamos as ações dirigidas às DCNT.

O objetivo do Pacto é compor uma rede de compromisso e solidariedade entre as diversas áreas do governo, organizações não governamentais e a sociedade civil organizada, que conduza à mudança do modelo de atenção voltado às DCNT.

A pactuação ocorrida em março de 2006, pela comissão intergestores tripartite da Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS), definiu as prioridades iniciais de atuação: alimentação saudável, atividade física, práticas corporais, prevenção de acidentes e violências, cultura de paz, prevenção do uso de álcool e drogas e ambientes sustentáveis.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estruturou o plano nacional para enfrentamento das DCNT, com previsão para os anos de 2011-2022, com o objetivo de enfrentar e deter nos próximos 10 anos, as DCNT, entre as quais: Acidente Vascular Cerebral, Infarto Agudo de Miocárdio, Hipertensão Arterial, Câncer, Diabete Mellitus e Doenças

Respiratórias Crônicas, as quais correspondem a 70% das causas de morte no Brasil (BRASIL, 2011).

O plano apresenta em seu texto importantes eixos de ação e fundamenta-se no delineamento de diretrizes e ações em:

- Vigilância, informação, avaliação e monitoramento;
- Promoção à saúde;
- Cuidado integral.

A política nacional de promoção da saúde tem como objetivo: promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes - modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006).

Diversos programas e iniciativas no âmbito Federal contribuíram para a promoção de saúde, tais como:

- Leis Federais para a adição de micronutrientes como ferro e ácido fólico em farinhas e iodo ao sal;
- Política Nacional de Alimentação e Nutrição;
- Bolsa Família e Renda Mínima;
- Rede Nacional de Banco de Leite Humano;
- Programa de Educação e saúde através do exercício físico e do esporte;
- Programa de Prevenção e Controle das Doenças Imunopreveníveis;
- Programa Humanização no Pré-Natal e Nascimento;
- Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama;
- Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco de Câncer;
- Programa Saúde do Adolescente;
- Programa Saúde na Escola;
- Mensagens de saúde em telenovelas;
- Controle de armas;
- Lei do trânsito, uso de cinto de segurança (BRASIL, 2006) .

A Lei Antitabagismo é um dos exemplos importantes de política pública que influencia o comportamento social e que teve impacto relevante sobre a população. Na medida em que proíbe a publicidade das grandes indústrias do tabaco, reduz espaços onde é permitido fumar, reduz o uso de aditivos nos cigarros e salienta aos consumidores os malefícios do produto.

9 RESPONSABILIZAÇÃO DOS SUJEITOS ENVOLVIDOS

É necessário repensar a prática do processo saúde doença, quanto aos seus determinantes e condicionantes, assim como intervir em toda a cadeia de produção de saúde, desde a promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação. Nesse sentido, a linha de cuidado passa a ser definida nas esferas de gestão, articulando intervenções nos determinantes sociais com medidas de regulação e legislação, equacionando instrumentos capazes de impactar no processo saúde doença. Dessa forma a atuação na macro e micro política deveria ocorrer de forma articulada para efetivação de melhores resultados. O essencial é a perspectiva da construção do cuidado centrada na necessidade dos usuários, e não baseado num modelo que atenda os interesses do mercado (Malta et al, 2004).

Sob a perspectiva da micro política no processo de trabalho em saúde, destaca-se a atuação da equipe na coordenação do cuidado; a vinculação e responsabilização do cuidador e a busca da produção da autonomia do usuário. Segundo Malta (2010), a autonomia dos sujeitos dá-se através da disponibilização da informação, que possa favorecer as escolhas responsáveis e a independência dos seus atos, garantindo dessa forma maior qualidade de vida. A autonomia do indivíduo consiste em fortalecer a capacidade do mesmo cuidar de si.

Ainda segundo Malta (2010), Interferir na macro política é atuar nos determinantes sociais, através de articulações intersetoriais, mudanças na legislação, atuação no processo regulatório, no financiamento das ações e serviços, na organização da vigilância e informação em saúde.

Sob a perspectiva do macro processo as linhas de cuidado seguem as seguintes abordagens:

- Organização da vigilância e da informação em saúde, de forma a definir a necessidade da população e assim ajustar as estratégias de intervenção;
- Comunicação em saúde, de forma a disseminar informações e incentivar ações;
- Organização das redes de serviços, garantindo acesso e reolutividade;
- Identificação de grupos de risco e vinculação da equipe de saúde com a população;
- Medidas intersetoriais, legislação e regulação. Merhy (2007), diz que é necessário a adoção e formulação de políticas de saúde abrangentes e integradas, apoiadas em ações intersetoriais , levando em consideração os ciclos de vida, as condições e necessidades locais. Para a implementação dessas políticas é importante definir estratégias para o financiamento das ações, proposição de medidas legislativas e regulatórias, além de ações sobre o meio ambiente e transporte;

Um exemplo dessas medidas intersetoriais é a redução do sedentarismo. Para tal, é necessário instituir medidas para aumentar os níveis de atividade física da população, como: criar espaços públicos adequados e seguros, disponibilizar atividades de lazer, organizar o espaço urbano estimulando atividades ao céu aberto, como caminhadas, corridas e ciclismo, investir em segurança pública, iluminação, atividades comunitárias com profissionais especializados, entre outras.

Desta forma, desloca-se do foco o desejo e decisão individual de envolver-se em uma atividade física para a análise das condições que facilitem ou não execução de atividade física e eleição de um modo de viver mais ou menos sedentário (Malta ET al, 2009).

Da mesma forma que podemos citar a manutenção de hábitos alimentares saudáveis. O acesso a esses alimentos implica não somente escolhas individuais, mas principalmente políticas públicas integradas como: ações educativas; merenda escolar saudável; incentivo a produção, distribuição e comercialização de alimentos adequados; legislação quanto aos teores de sal, açúcar e gorduras nos alimentos; informações nutricionais nos produtos industrializados; regulação do conteúdo das propagandas (BRASIL, 2008).

Evidenciando assim a importância de possibilitar acesso a escolhas mais saudáveis.

10 CONCLUSÃO

Ao longo dos anos, vivenciamos muitos avanços na saúde pública brasileira. A Política Nacional de Enfrentamento das DCNT é um importante instrumento para a melhoria da atenção à população, na medida em que possibilita promover à qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes.

As DCNT são decorrentes do estilo de vida e, portanto evitáveis. No entanto é diretamente relacionada ao comportamento individual e as políticas públicas em geral. Uma vez que as decisões do indivíduo nem sempre são alcançáveis.

Evidencia-se a necessidade de participação de todos os atores nesse processo de mudança. A mudança comportamental do indivíduo, dentro da sua realidade, é o principal foco de trabalho dos profissionais na Atenção Primária, através do vínculo e do atendimento integral. Porém as mudanças no estilo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais são prioritários e as políticas sócio econômicas não estão atingindo a maioria da população.

As reflexões aqui apresentadas demonstram que as linhas de cuidado das DCNT necessitam ser articuladas, a fim de oportunizar aos indivíduos as diferentes possibilidades de diagnóstico e tratamento, mas essencialmente condições de vida digna. Utilizando-se para isso de ações fora do setor saúde.

Os fatores de risco são modificáveis por intervenções sanitárias. Para isso, é necessária a regulação do Estado de forma incisiva e pontual. A agenda de desenvolvimento não pode colocar as questões econômicas à frente da saúde.

Há a necessidade de debater o protagonismo das instituições sanitárias reguladoras e o desenvolvimento de ações políticas de desenvolvimento e organização econômica e social do país.

10 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.M. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Políticas de saúde na atenção as doenças crônicas não transmissíveis / Ana Maria de Almeida; Leila Maria Marchi Alves; Maria Lúcia Zanetti; et al. – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

BARROS, M. B. A. et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4., 2006.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Epidemiologia, informação e vigilância do câncer. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.91

_____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1990.

_____. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família, Promoção da Saúde. 2010.

BUSS, P.; **FILHO, A. P.** A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Rev. Saúde Coletiva*, v. 17, n.1, 2007.

CARVALHO, R. S. Saúde coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança. 2002. 189 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Pós Graduação em Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

FREITAS, M. C.; MENDES, M. M. R. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, v. 15, n. 4, 2007.

GIL, A.C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HEIDEMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 2006.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JUNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol. Serv. Saúde*. v. 20, n. 4, 2011.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

_____. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010.

OMRAM, A.R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Bulletin of the World Health Organization*. v. 79, n. 2, 2001.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: OMS, 2003.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Estratégia Regional e Plano de Ação para um Enfoque Integrado da Prevenção e Controle das Doenças Crônicas. Washington: [s.n], 2007.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Situación de salud em las Americas. Washington: [s.n], 2009.

PAIM, J. S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção à saúde. In: Paim, J. S. Saúde, política e reforma sanitária. Salvador: COOPTEC-ISC, 2002.

WHO (World Health Organization). The Ottawa charter for health promotion. Ottawa: WHO, 1986.