

# REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DO TRABALHO

## ARTIGO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

### **Doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores associados em agentes comunitários de saúde**

Chronic non-communicable diseases and their associated  
factors in community health workers

Larissa Santos Amorim **Dias**, Leonardo Evangelista **Rezende**, Luca Eleutério  
Salerno **Del-Menezzi**, Pedro Antônio Gusmão de **Souza**,  
Wanessa Casteluber **Lopes**, Lucineia **Pinho**

<http://doi.org/10.47626/1679-4435-2021-921>

Recebido/Received: 16/11/2021

Aceito/Accepted: 30/03/2022

**PRE-PROOF  
(as accepted)**

This is a preliminary, unedited version of a manuscript that has been accepted for publication in Revista Brasileira de Medicina do Trabalho. As a service to our readers, we are providing this early version of the manuscript, as accepted. The manuscript will still be copyedited, translated, typeset, and approved by the authors before it is published in final form.

## **Doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores associados em agentes comunitários de saúde**

Larissa Santos Amorim Dias<sup>1</sup>

Leonardo Evangelista Rezende<sup>1</sup>

Luca Eleutério Salerno Del-Menezzi<sup>1</sup>

Pedro Antônio Gusmão de Souza<sup>1</sup>

Wanessa Casteluber Lopes<sup>2</sup>

Lucineia Pinho<sup>1,3</sup>

1 - Centro Universitário FIPMoc, Medicina, Montes Claros, MG, Brasil.

2 - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente, Diamantina, MG, Brasil.

3 - Unimontes, Programa de Pós-Graduação de Cuidado Primário em Saúde, Montes Claros, MG, Brasil.

### **Autor correspondente**

Lucineia Pinho

E-mail: lucineiapinho@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-2947-5806>

## Resumo

**Objetivos:** Analisar o perfil epidemiológico das doenças crônicas não transmissíveis em agentes comunitários de saúde e fatores associados. **Métodos:** Estudo transversal, cuja população alvo foram agentes comunitários de saúde no município de Montes Claros-MG. A coleta dos dados foi realizada por meio de um questionário de pesquisa caracterizando: o perfil demográfico e socioeconômico dos agentes comunitários de saúde, o perfil laboral, presença de doenças crônicas não transmissíveis autorreferidas e hábitos de vida. As variáveis foram avaliadas comparativamente entre não portadores e portadores de doenças crônicas utilizando-se o teste do qui-quadrado de Pearson, para definir diferenças estatisticamente significativas entre eles. **Resultados:** Participaram 674 agentes comunitários de saúde e aproximadamente 43,32% dos participantes autorreferiram a presença de alguma doença crônica, sendo as doenças respiratórias crônicas e hipertensão arterial sistêmica as mais prevalentes, principalmente na faixa etária > 34 anos, tempo de trabalho como agentes comunitários de saúde > 10 anos, indivíduos com sobrepeso ou obesidade, sedentários e com o vínculo empregatício como concursado ou prestador de serviço. **Conclusões:** Os resultados mostraram que os agentes comunitários de saúde apresentam prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associações com fatores de risco semelhantes a encontrada na população geral brasileira.

**Palavras-chave:** Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Agente Comunitário de Saúde. Estratégia Saúde da Família. Fatores de Risco.

## Abstract

**Objectives:** To analyze the epidemiological profile of chronic non-communicable diseases in community health workers and associates factors. **Methods:** Cross-sectional study, whose target population were community health workers in the city of Montes Claros-MG, Brazil. Data collection was carried out through a survey questionnaire featuring: the demographic and socioeconomic profile of community health workers, employment profile, presence of self-reported non-communicable chronic diseases and lifestyle habits. The variables were comparatively evaluated between non-carriers and those with chronic diseases using Pearson's chi-square test, to define statistically significant differences between them. **Results:** 674 community health agents participated and approximately 43.32% of the participants self-reported the presence of a chronic disease, with chronic respiratory diseases and systemic arterial hypertension being the most prevalent, especially in the age group > 34 years, working time as agents health community > 10 years, overweight or obese individuals, sedentary and those with an employment relationship as a civil servant or service provider. **Conclusions:** The results showed that community health workers have a prevalence of non-communicable chronic diseases and associations with risk factors similar to those found in the general Brazilian population.

**Keywords:** Chronic, Non-Communicable Diseases. Community Health Agent. Family Health Strategy. Risk Factors.

## INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), representam hoje o maior problema de saúde pública global, sendo responsável por 70% de todas as mortes no mundo<sup>1,2</sup>. No Brasil, este grupo composto por doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes, é a causa de mais da metade das mortes a cada ano na população entre 30 e 69 anos, tendo como resposta um elevado impacto econômico na saúde pública e previdência social<sup>3,4</sup>.

Por serem doenças de causa multifatorial, identificam-se diversos fatores que aumentam o risco para o seu desenvolvimento, todos atribuídos em conjunto ou individualmente ao estilo de vida, como a forma em que vivem, trabalham e envelhecem. Dentre esses estão a obesidade, principalmente no sexo feminino, inatividade física, dietas não saudáveis, consumo nocivo de álcool, tabagismo e estresse<sup>4</sup>.

Profissionais da área da saúde estão expostos há muitos desses fatores de risco, como os agentes comunitários de saúde (ACS) que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Parte da função desses trabalhadores é estabelecer um vínculo de comunicação entre os serviços de saúde e a comunidade ao desenvolver ações que têm em sua essência a prevenção de doenças e promoção de atividades que visam as famílias assistidas, acerca de suas doenças ou de como evitá-las<sup>5</sup>.

A partir das responsabilidades e ações exercidas por este grupo, é esperado que os profissionais de saúde tenham mais conhecimentos sobre os comportamentos de cuidados de saúde e suas consequências a longo prazo. O comportamento de saúde desses profissionais podem afetar as atitudes dos pacientes e motivá-los para fazer mudanças no estilo de vida<sup>6</sup>. No entanto, suas jornadas e condições de trabalho, somados à barreira de conhecimento e aos hábitos de vida influenciam no surgimento e agravamento das DCNTs, tornando-se um obstáculo na tentativa de adotar um estilo de vida adequado<sup>2,5</sup>.

O objetivo do estudo foi analisar o perfil epidemiológico das doenças crônicas não transmissíveis em agentes comunitários de saúde e sua associação com fatores socioeconômicos, demográficos, laborais e hábitos de vida.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, realizado no ano de 2018, no município de Montes Claros-MG, localizado no norte do estado de Minas Gerais. O município tem população de 413.287 habitantes, e é o principal polo urbano da região, sendo referência, inclusive sede de uma das macrorregiões de saúde do estado<sup>7</sup>.

A população alvo do estudo foram agentes comunitários de saúde (ACS), que totalizam 797 ACS, distribuídas em 135 equipes da ESF<sup>8</sup>. Todos os profissionais ACS do município foram convidados a participar da pesquisa, sendo considerados como critérios de inclusão 1) ter a função de ACS; 2) concordar em participar do estudo; 3) responder o questionário completamente. Foram excluídos os indivíduos que preencheram o seguinte critério: 1) esteja afastado ou em licença da sua função, a condição de gestante durante a realização da coleta dos dados e responderam ao questionário de forma incorreta.

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de março e dezembro de 2018 em cada ESF por equipe capacitada e sob a supervisão dos pesquisadores responsáveis pelo projeto, utilizando questionário de pesquisa recorte do questionário da vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico<sup>9</sup> para caracterizar:

a) o perfil demográfico e socioeconômico do ACS, contendo informações sobre: sexo (masculino e feminino), idade (até 34 anos e acima de 34 anos), escolaridade (fundamental e médio/superior), cor/etnia autorreferida (branca e não branca), situação conjugal (sem companheiro e com companheiro);

b) o perfil laboral autorreferido: tempo de profissão (até 10 anos e acima de 10 anos), carga horária semanal (24 horas e 40 horas), vínculo empregatício (contratado/celetista e concursado/prestador de serviço);

c) presença de DCNT autorreferidas, que estão incluídas: neoplasias, hipertensão arterial (HAS), diabetes *mellitus* (DM), doenças cardiovasculares (doenças coronarianas e/ou angina pectoris, infarto do miocárdio e/ou trombose coronariana, insuficiência cardíaca, outra doença cardiovascular), doenças crônicas respiratórias (bronquite crônica, sinusite crônica asma, enfisema, outra doença respiratória);

d) fatores de risco: sedentarismo (sim e não), Índice de Massa Corporal - IMC - (menor ou igual a 24,9 e maior ou igual a 25) calculado a partir do peso e altura medidos nos participantes, etilismo (sim e não), sendo considerado consumo não abusivo em indivíduos que consumiram até 7 doses de álcool por semana<sup>10</sup> e fumante (sim e não), sendo considerado não fumante o indivíduo que nunca fumou ou há mais de 5 anos sem fumar.

Os dados coletados foram categorizados, processados eletronicamente e posteriormente analisados através do *software* Statiscal Package for the Social Sciences (SPSS®). Inicialmente, os dados demográficos, características socioeconômicas, perfil laboral e fatores de risco dos grupos foram avaliados de forma descritiva. Os comportamentos e fatores riscos foram avaliados comparativamente entre não portadores e portadores de DCNT usando o teste do qui-quadrado de Pearson para definir diferenças estatisticamente significativas entre não portadores e portadores de DCNT. Utilizou-se o modelo de Regressão Logística, para estimar a magnitude das associações pela *Odds Ratio* (OR), considerando-se o nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, sob o parecer 2.425.756, e teve como princípio a adoção dos procedimentos básicos e éticos de respeito aos voluntários e às instituições, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

Dos 797 ACS existentes do município, 123 (15,3%) foram excluídos do presente estudo por sua condição de desvio de função ou ser gestante ou trabalhar há menos de um ano ou se encontrar em licença-maternidade ou apresentar atestado de licença do trabalho ou preenchimento inadequado do questionário. Participaram deste estudo 674 ACS, compostos em sua maioria por profissionais do sexo feminino (83,8%) e com idade superior a 34 anos (57,1%). Quanto as principais variáveis sobre trabalho e hábitos de vida, a maioria declarou que estava atuando na ESF por até 10 anos (73,0%), exercendo carga horária semanal de 40 horas (93,8%),  $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$  (61,7%), com alimentação não saudável (59,6%), não sedentário (73,9%) e sem etilismo (93,8%) e tabagismo (93,3%) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Prevalência de simultaneidade de doenças crônicas não transmissíveis e associação as variáveis sociodemográficas, laborais e hábitos de vida

Características sociodemográficas	Sem simultaneidade (0 a 1 doença) (n=627)				Com simultaneidade (2 a 5 doenças) (n=47)				p**
	n	%	n	%	IC <sub>95%*</sub>	n	%	IC <sub>95%</sub>	
<b>Sexo</b>									0,511
Masculino	109	16,2	103	94,5	(88,5;97,5)	6	5,5	(2,6;11,5)	
Feminino	565	83,8	524	92,7	(90,3;94,6)	41	7,3	(5,4;9,7)	
<b>Idade (em anos)</b>									0,001
Até 34	289	42,9	280	96,9	(94,2;98,4)	9	3,1	(1,7;5,8)	
Acima de 34	385	57,1	347	90,1	(86,7;92,7)	38	9,9	(7,3;13,3)	
<b>Situação Conjugal</b>									0,558
Sem companheiro	271	40,2	254	93,7	(90,2;96,1)	17	6,3	(4,0;9,8)	
Com companheiro	403	59,8	373	92,6	(89,6;94,7)	30	7,4	(5,3;10,4)	
<b>Escolaridade</b>									0,916
Fundamental	22	3,3	20	90,9	(72,2;97,5)	2	9,1	(2,5;27,8)	
Médio	487	72,3	453	93,0	(90,4;95,0)	34	7,0	(5,0;9,6)	
Superior	165	24,5	154	93,3	(88,5;96,2)	11	6,7	(3,8;11,5)	
<b>Cor da pele</b>									0,268
Branca	87	12,9	78	89,7	(81,5;94,5)	9	10,3	(5,5;18,5)	
Preta	97	14,4	88	90,7	(83,3;95,0)	9	9,3	(5,0;16,7)	
Parda	476	70,6	447	93,9	(91,4;95,7)	29	6,1	(4,3;8,6)	
Outras	14	2,1	14	100,0	(78,5;100,0)	0	0,0	(0,0;21,5)	
<b>Tempo de ACS</b>									0,013
Até 10 anos	492	73,0	465	94,5	(92,1;96,2)	27	5,5	(3,8;7,9)	
Acima de 10 anos	182	27,0	162	89,0	(83,6;92,8)	20	11,0	(7,2;16,4)	
<b>Excesso de Peso</b>									0,001
Não	263	39,2	257	97,7	(95,1;98,9)	6	2,3	(1,1;4,9)	
Sim	408	60,8	367	90,0	(86,7;92,5)	41	10,0	(7,5;13,4)	
<b>Alimentação</b>									0,121
Saudável	272	40,4	248	91,2	(87,2;94,0)	24	8,8	(6,0;12,8)	
Não saudável	402	59,6	379	94,3	(91,2;96,2)	23	5,7	(3,8;8,4)	

<b>Fumante</b>									0,259
Não	629	93,3	587	93,3	(91,1;95,0)	42	6,7	(5,0;8,9)	
Sim	45	6,7	40	88,9	(76,5;95,2)	5	11,1	(4,8;23,5)	
<b>Etilista</b>									0,055
Não	632	93,8	591	93,5	(91,3;95,2)	41	6,5	(4,8;8,7)	
Sim	42	6,2	36	85,7	(72,2;93,3)	6	14,3	(6,7;27,8)	
<b>Sedentarismo</b>									0,008
Não	498	73,9	471	94,6	(92,2;96,2)	27	5,4	(3,8;7,8)	
Sim	176	26,1	156	88,6	(83,1;92,5)	20	11,4	(7,4;16,9)	
<b>Carga horária semanal</b>									0,561
24 horas	42	6,2	40	95,2	(84,2;98,7)	2	4,8	(1,3;15,8)	
40 horas	632	93,8	587	92,9	(90,6;94,7)	45	7,1	(5,4;9,4)	
<b>Vínculo Empregatício Contratado</b>									0,003
Não	177	26,3	156	88,1	(82,5;92,1)	21	11,9	(7,9;17,5)	
Sim	497	73,7	471	94,8	(92,5;96,4)	26	5,2	(3,6;7,5)	

\*IC: Intervalo de Confiança; \*\*Qui-quadrado de Pearson; ACS = agente comunitário de saúde

Aproximadamente 43,32% dos participantes autorreferiram a presença de alguma DCNT, as mais prevalentes foram as doenças respiratórias crônicas (18,2%), HAS (14,8%) e doenças cardiovasculares (6,1%), enquanto o DM (3,9%) e câncer (0,3%) foram a minoria. Dentro das doenças crônicas respiratórias (DRC), a que se mostrou mais presente foi a sinusite crônica; já entre as doenças cardiovasculares (DCV) foram a doença coronariana e quadro de angina pectoris (Tabela 2).

**Tabela 2.** Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em agentes comunitários de saúde

Variáveis	N	%
<b>DCNT autorreferida</b>		
Hipertensão arterial sistêmica	100	14,8
Diabetes <i>mellitus</i>	26	3,9
Câncer	2	0,3
DCV*	41	6,1
DCR**	123	18,2

\*Doenças Cardiovasculares; \*\*Doenças Crônicas Respiratórias

Com relação aos fatores associados às doenças crônicas nos agentes comunitários saúde, as seguintes variáveis mostraram estatisticamente significantes na análise bivariada: idade acima de 34 anos ( $p = 0,001$ ), tempo de trabalho como ACS maior que 10 anos ( $p = 0,013$ ), indivíduos com IMC referente a sobre peso ou obesidade ( $p = 0,001$ ), sedentarismo ( $p = 0,008$ ) e ser concursado ou prestador de serviço ( $p = 0,003$ ) (Tabela 2). No modelo múltiplo permaneceram associadas as variáveis idade (OR = 2,5; IC95% = 1,1;5,4;  $p = 0,027$ ), IMC (OR = 3,7; IC95% = 1,5;9,1;  $p = 0,004$ ) e sedentarismo (OR = 2,3; IC95% = 1,2;4,3;  $p = 0,009$ ).

## DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste estudo demonstram que aproximadamente 43% do público analisado são portadores de DCNT. Em pesquisa realizada por Melo et al.<sup>11</sup> houve prevalência de DCNT de 56,7% entre os adultos residentes em área urbana do nordeste brasileiro. Já a pesquisa de base domiciliar do país, com cerca de 64 mil domicílios, realizada pelo IBGE<sup>12</sup>, em 2013, a prevalência de alguma DCNT atingiu 45% da população.

No cenário atual, as doenças que são consideradas crônicas não transmissíveis constituem um sério problema para o sistema de saúde tendo extrema relevância dentre as causas de morte no país<sup>13</sup>, além de severa associação dos portadores dessas doenças com um maior número de consultas, internações e afastamento das atividades laborais cotidianas<sup>3</sup>. No

decorrer das últimas décadas houve alterações no contexto de mortalidade e morbidade em território nacional, fruto da transição epidemiológica, sobretudo com a diminuição de doenças de cunho infeccioso e aumento de DCNT assim como acidentes e violência, atrelado também a uma considerável transição demográfica e nutricional<sup>2,4</sup>.

Dentre as patologias classificadas como DCNT, as doenças respiratórias crônicas foram apontadas por cerca de um quinto dos ACS, fato este que se diverge de estudo nacional, onde a hipertensão arterial, seguido por problemas crônicos da coluna apareceram com mais frequência<sup>14</sup>. Em pesquisa realizada por Leal et al.<sup>15</sup>, a prevalência autorreferida de DRC foi de 3,0%. Outro estudo de âmbito nacional foi observado aumento considerável de outras variáveis do espectro associado a condições que possuem relação com o aumento de DRC como a HAS, DM, excesso de peso, obesidade e consumo abusivo de álcool<sup>9</sup>.

A prevalência de HAS, com valores próximos a 15%, tende a acompanhar as taxas nacionais. Em uma pesquisa de campo com profissionais que trabalham em unidades de saúde de Campo Grande – MS, os portadores de HAS chegaram a 25% da amostra, fato este que remonta a dificuldade até mesmo para profissionais da saúde manterem controle sobre os riscos para doenças cardiovasculares, adotando um estilo de vida mais saudável e promovendo proteção para essa patologia<sup>16</sup>.

É notória a relação da idade com a prevalência de HAS, sendo que do intervalo de 18-29 anos para 30-59 anos houve um aumento de 18% no índice de casos em análise do VIGITEL no período de 2006 a 2014. Atrelado a esse contexto outros fatores de risco contribuem diretamente para o avanço do número de casos como excesso de peso ( $IMC > 25$ ) sendo esse tópico bem manifestado pelo estudo do VIGITEL acometendo 52% da amostra, assim como a obesidade ( $IMC > 30$ ) com predomínio no público do sexo feminino e com idade de 35 a 64 anos.

Além disso, é importante reforçar as influências alimentares como ingestão de sal, consumo de bebidas alcoólicas e, sobretudo estilo de vida representado pelo sedentarismo<sup>17</sup>. Dentro das características sociodemográficas a idade acima de 34 anos remete a associação com uma maior susceptibilidade a DCNT, fruto de uma maior expectativa de vida por controle da mortalidade de outras doenças assim como planos e metas para diminuição de mortalidade prematura em portadores de tais patologias<sup>18</sup>.

A prevalência de DCNT em pessoas com sobrepeso ou obesidade observada no presente estudo de 87,23%. Um estudo de associação de DCNT e seus fatores de risco, realizado por Brischilian et al.<sup>19</sup>, evidenciou que o risco de desenvolver essas doenças foi 3,55 vezes maior entre aqueles com IMC  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ . Isso porque a obesidade é um dos principais fatores de risco para surgimento dessas doenças, estando associada com um maior risco e morbidade cardiovascular, doenças como hipertensão e até mesmo alguns tipos de câncer<sup>20</sup>. Além disso, a epidemia da obesidade que vem ocorrendo nos últimos anos tem sido associada ao aumento da prevalência de diabetes na população, fazendo com que fatores de risco se relacionem e causando dificuldades nas políticas intervencionistas<sup>21</sup>, demonstrando o impacto desse fator de risco no surgimento e consequentemente na prevalência das DCNT.

Os resultados também demonstraram que 61,72% dos ACS possuíam IMC igual ou acima de 25, mesmo sendo atuantes da área da saúde e teoricamente tendo maior conhecimento sobre o sobrepeso, a obesidade e seus riscos. O descuido desses trabalhadores com a própria saúde pode comprometer o seu poder de persuasão com a população que esses abrangem, fazendo com que os seus clientes não sejam convencidos a construir o próprio desejo de promover a saúde ao perceberem que os educadores de saúde não colocam em prática o que eles mesmos informam que é benéfico para a sociedade<sup>22</sup>.

O tempo de trabalho como ACS esteve relacionado com o aumento da prevalência de DCNT, isso pode ser explicado pelo trabalho desenvolvido por profissionais de saúde exigir alta demanda psicológica consequentemente gerando alto nível de estresse<sup>23</sup>, e existem estudos que apontam o estresse como tendo importante papel na etiologia de muitas doenças, sendo um fator prejudicial à saúde<sup>24</sup>. O escopo de práticas dos ACS engloba o ciclo de vidas das famílias e os agravos prioritários, acompanhando todo o processo de vida, adoecimento e morte das pessoas<sup>25</sup>. Ao tentarem pôr em prática a programação definida pelos protocolos do Sistema Único de Saúde (SUS) e gestores, eles vivenciam como poucos a realidade de vida de comunidades empobrecidas<sup>26</sup>. Além disso, ao morar na localidade onde trabalham, pode haver uma sobrecarga de trabalho extra não reconhecido, pois, pela proximidade com a comunidade, o ACS é procurado em horários não convencionais, inclusive em horários fora do expediente, durante a noite, final de semana e feriados<sup>25,26</sup>.

As DCNT são um dos principais problemas de saúde no mundo, sendo responsáveis por 68% da mortalidade global e por também acometerem a população de idade trabalhadora.

Nas últimas décadas essas enfermidades vêm apresentando um aumento na sua incidência devido a rápida transição demográfica do país, além do aumento da taxa de obesidade e de diversos fatores de risco como dietas não saudáveis, sedentarismo, etilismo e tabagismo. Essa epidemia das DCNT constitui consequências graves para a sociedade, pois além de comprometer os indivíduos em si gerando perda da qualidade de vida, elas sobrecarregam os sistemas de saúde. A presença de pelo menos uma DCNT se associou ao aumento de 14,8% no uso de serviços de saúde na população adulta brasileira, além de representar um aumento de 1,7 vezes no número de internações, sendo que em países de baixa e média renda estima-se que os custos socioeconômicos associados a essas doenças entre os anos de 2011 e 2025 seja de 7 trilhões de dólares americanos, sendo assim uma redução das DCNT se torna um fator necessário para o desenvolvimento dos países no século XXI<sup>2,3</sup>.

Percebendo essa necessidade, o Ministério da Saúde criou várias políticas públicas para monitoramento e prevenção dessas patologias, como a implantação do VIGITEL em 2006 e a distribuição de medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos gratuitamente. No entanto, fez-se necessário, em 2011, a criação do “Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022”, que possui como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis, baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, preparando assim o país para enfrentar e deter, na próxima década, as DCNT, se baseando em vigilância, informação, avaliação e monitoramento, promoção da saúde e cuidado integral<sup>27</sup>.

O presente estudo apresenta como limitação o uso de questionários respondidos a partir de autoavaliação dos ACS. O autorrelato do ACS pode subestimar a real prevalência dos hábitos inadequados de saúde e, portanto, representar uma fonte de viés na interpretação dos resultados do inquérito. O desenho transversal é uma limitação e impede declarações de causa e efeito.

## CONCLUSÕES

Os resultados mostraram que os agentes comunitários de saúde apresentam prevalência de DCNT equivalente ao encontrado na população geral brasileira, sendo Rev Bras Med Trab - Pre-Proof - <http://doi.org/10.47626/1679-4435-2021-921>

associada com as características sociodemográficas, laborais e de estilo de vida, coincidindo com pesquisas de diversos estudos já realizados, acrescentando assim a confiabilidade dos dados obtidos. Estes estudo evidencia a necessidade de maior atenção aos agentes comunitários de saúde nos programas de prevenção e controle das DCNT, uma vez que os ACS são um elo entre a Equipe de Saúde e comunidade e devem estar comprometidos com a melhora dos indicadores de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva: WHO; 2018. Disponível em: [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html)
2. Malta DC, Andrade SSCA, Oliveira TP, Moura L, Prado RR, Souza MFM. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e Regiões, projeções para 2025. Rev Bras Epidemiol. 2019;22:e190030. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1415-790X2019000100428&lng=en&nrm=iso&tlang=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-790X2019000100428&lng=en&nrm=iso&tlang=pt)
3. 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. Rev Saude Publica. 2017;51(Suppl 1):4s. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102017000200306&script=sci\\_abstract&tlang=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102017000200306&script=sci_abstract&tlang=pt)
4. Malta DC, Bernal RTI, Souza MFM, Szwarcwald CL, Lima MG, Barros MBA. Social inequalities in the prevalence of self-reported chronic non-communicable diseases in Brazil: national health survey 2013. Int J Equity Health. 2016;15(1):153. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12939-016-0427-4>
5. Almeida MCS, Baptista PCP, Silva A. Cargas de trabalho e processo de desgaste em Agentes Comunitários de Saúde. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(1):95-103. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/pt\\_0080-6234-reeusp-50-01-0095.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/pt_0080-6234-reeusp-50-01-0095.pdf)

6. Siqueira FV, Reis DDS, Souza RAL, Pinho S, Pinho L. Excesso de peso e fatores associados entre profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. Cad Saúde Colet. 2019;27(2):138-45.
7. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. A descrição e população dos municípios por microrregião e macrorregião de saúde. Minas Gerais: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2017. Disponível em: <http://saude.mg.gov.br/images/anexos/PDR/23-03-Adscricao-e-populacao-dos-municipios-por-microrregiao-e-macrorregiao-de-saudePDF.pdf>
8. Brasil, Ministério da Saúde, Sistema de Informação de informação básica, e-Gestor AB. Situação de saúde. Brasil; 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSMG.def> Acesso em: 25 de outubro de 2019
9. Brasil, Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
10. Voskoboinik A, Prabhu S, Ling LH, Kalman JM, Kistler PM. Alcohol and Atrial Fibrillation - A Sobering Review. J Am Coll Cardiol. 2016;68(23):2567-76. Disponível em: <https://www.jacc.org/doi/pdf/10.1016/j.jacc.2016.08.074>
11. Melo SPSC, Cesse EÂP, Lira PIC, Rissin A, Cruz RSBL, Batista Filho M. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. Cienc Saude Colet. 2019;24(8):3159-68.
12. Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira MLFP, Conde WL, Souza Júnior PRB, et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. Cienc Saude Colet. 2014;19(2):333-42. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000200333&lng=en&nrm=iso&tlang=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200333&lng=en&nrm=iso&tlang=pt)
13. Malta DC, Neto OLM, Junior JBS. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. Epidemiol

- Serv Saude. 2011;20(4):425-38. Disponível em:  
[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742011000400002](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400002)
14. Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, Gomes NL, Silva Júnior JB, Reis AAC. Malta DC, et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil- Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Rev Bras Epidemiol. 2015;18(suppl2):3-16. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2015000600003&lng=pt&nrm=iso&tlang=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000600003&lng=pt&nrm=iso&tlang=pt)
15. Leal LF, Bertoldi AD, Menezes AMB, Borges RB, Mengue SS, Gazzana MB, et al. Indicação, acesso e utilização de medicamentos para doenças respiratórias crônicas no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), 2014. Cad Saúde Pública. 2018;34(10):e00208217.
16. Oshiro ML, Ferreira JS, Oshiro E. Hipertensão arterial em trabalhadores da estratégia saúde da família. Rev Bras Cienc Saude. 2013;11(36):20-8. Disponível em: [https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/1786](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/1786)
17. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. 2016;107(suppl3). Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf)
18. Achutti A, Azambuja MIR. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. Cienc Saude Colet. 2004;9(4):833-40. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000400002&lng=en&nrm=iso&tlang=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400002&lng=en&nrm=iso&tlang=pt)
19. Brischiliani SCR, Agnolo, CMD, Gravea AAF, Lopes TCR, Carvalho MDB, Pelloso SM. Doenças crônicas não transmissíveis e associação com fatores de risco. Rev Bras Cardiol. 2014;27(1):35-42. Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/english/sumario/27/pdf/v27n1a06.pdf>
20. Leggio M, Lombardi M, Caldarone E, Severi P, D'Emidio S, Armeni M, et al. The relationship between obesity and hypertension: an updated comprehensive overview on vicious twins. Hypertens Res. 2017;40(12):947-63. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28978986/>

21. Danaei G, Finucane MM, Lu Y, Singh GM, Cowan MJ, Paciorek CJ, et al.; Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Blood Glucose). National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. *Lancet.* 2011;378(9785):31-40. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21705069/>
22. Souza NVDO, Cunha LS, Pires AS, Gonçalves FGA, Ribeiro LV, Silva SSLF. Perfil socioeconômico e de saúde dos trabalhadores de enfermagem da Policlínica Piquet Carneiro. *Rev Min Enferm.* 2012;16(2):232-40. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/524>
23. Sousa VFS, Araujo TCCF. Estresse ocupacional e resiliência entre profissionais de saúde. *Psicol Cienc Prof.* 2015;35(3):900-15. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1414-98932015000300900&lng=en&nrm=iso&tlang=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-98932015000300900&lng=en&nrm=iso&tlang=pt)
24. Pagliarone AC, Sforcin JM. Estresse: revisão sobre seus efeitos no sistema imunológico. *Biosaúde.* 2009;11(1):57-90. Disponível em: [http://www.uel.br/ccb/patologia/portal/pages/arquivos/Biosaud%20v%2011%202009/BS\\_v1\\_1\\_n1\\_DF\\_57.pdf](http://www.uel.br/ccb/patologia/portal/pages/arquivos/Biosaud%20v%2011%202009/BS_v1_1_n1_DF_57.pdf)
25. Barreto ICDHC, Pessoa VM, Sousa MDFAD, Nuto SDAS, Freitas RWJFD, Ribeiro KG, et al. Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo. *Saúde Debate.* 2018;42:114-29.
26. Castro TAD, Davoglio RS, Nascimento AAJD, Santos KJDS, Coelho GMP, Lima KSB. Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. *Cad Saúde Colet.* 2017;25:294-301.
27. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf)