

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE DO TRIÂNGULO MINEIRO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Antônio Manuel Rabello Netto**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ASSISTÊNCIA AS PESSOAS  
COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS VINCULADOS A EQUIPE  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA TRÊS MARIAS, EM SÃO JOÃO NEPOMUCENO - MINAS  
GERAIS**

**JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS**

**2020**

**Antônio Manuel Rabello Netto**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ASSISTÊNCIA AS PESSOAS  
COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS VINCULADOS A EQUIPE  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA TRÊS MARIAS, EM SÃO JOÃO NEPOMUCENO - MINAS  
GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização  
Gestão do Cuidado em Saúde da Família,  
Universidade Federal do Triângulo  
Mineiro, como requisito parcial para  
obtenção do Certificado de Especialista.  
Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide  
Negreiros de Araújo

**Juiz de fora – Minas Gerais**

**2020**

**Antônio Manuel Rabello Netto**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ASSISTÊNCIA AS PESSOAS  
COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS VINCULADOS A EQUIPE  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA TRÊS MARIAS, EM SÃO JOÃO NEPOMUCENO - MINAS  
GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

Banca examinadora

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo – orientadora (UFMG)

Profa. Dra. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh - UFTM.

Aprovado em Belo Horizonte, em:14/04/2020

## **DEDICATÓRIA**

Dedico essa pesquisa a minha esposa Louise, que me acompanha em todos os momentos.

## **AGRADECIMENTOS**

Com esse estudo gostaria de aproveitar para agradecer a meus pais, Antônio e Sandra, pelo apoio incondicional sempre.

## RESUMO

O presente estudo se justifica pelo alto índice de Doenças Crônicas não Transmissíveis na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Três Marias, no município de São João Nepomuceno- Minas Gerais, uma vez que a atenção primária tem papel importante na promoção, prevenção e tratamento dessas doenças. Este trabalho tem como objetivo elaborar um plano de intervenção para melhorar a assistência as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, residentes na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Três Marias, em São João Nepomuceno - Minas Gerais. Para subsidiar a realização do Plano de Intervenção foi feita uma pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde e nos documentos do Ministério da Saúde sobre o tema. O projeto de intervenção foi construído utilizando as ferramentas do Planejamento Estratégico Situacional seguindo os passos preconizados pelo mesmo. Espera-se que, com a implantação das ações previstas no plano de intervenção melhorar a qualidade de vida das pessoas assistidas pela equipe da Estratégia Saúde da Família e assim reduzir a morbimortalidades pelas doenças crônicas não transmissíveis.

**Palavras-chave:** Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

The present study is justified by the high rate of Chronic Non-Communicable Diseases in the coverage area of the Três Marias Family Health Strategy, in the municipality of São João Nepomuceno- Minas Gerais, since primary care has an important role in the promotion, prevention and treatment of these diseases. This work aims to develop an intervention plan to improve care for people with chronic non-communicable diseases, living in the area covered by the Três Marias Family Health Team, in São João Nepomuceno - Minas Gerais. To support the realization of the Intervention Plan, a bibliographic search was made in the Virtual Health Library and in the Ministry of Health documents on the subject. The intervention project was built using the Situational Strategic Planning tools following the steps recommended by it. It is expected that, with the implementation of the actions provided for in the intervention plan, it will improve the quality of life of people assisted by the Family Health Strategy team and thus reduce morbidity and mortality from chronic non-communicable diseases.

**Keywords:** Chronic Noncommunicable Diseases. Primary Health Care. Family Health Strategy.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Três Marias, município de São João Nepomuceno, estado de Minas Gerais	15
	29
Quadro 2 – Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alto índice de doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Três Marias, do município de São João Nepomuceno, estado de Minas Gerais	
	30
Quadro 3 – Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alto índice de doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Três Marias, do município de São João Nepomuceno, estado de Minas Gerais	
	31
Quadro 4 – Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alto índice de doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Três Marias, do município de São João Nepomuceno, estado de Minas Gerais	

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEAE	Centro Estadual de Atenção Especializada
CEO	Centro Especializado Odontológico
CREAP	Centro de Referência da Atenção Primária
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
1.1 Aspectos gerais do município.....	10
1.2 O sistema municipal de saúde .....	12
1.3 Aspectos da comunidade .....	10
1.4 A Unidade Básica de Saúde Três Marias.....	13
1.5 A Equipe de Saúde da Família Três Marias, da Unidade Básica de Saúde Três Marias .....	14
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Três Marias.....	14
1.7 O dia a dia da equipe Três Marias .....	14
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) .....	15
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo).....	15
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>17</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>19</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>20</b>
5.1 Atenção Primária à Saúde.....	20
5.2 Estratégia Saúde da Família .....	21
5.3 Doenças Crônicas Não Transmissíveis.....	24
5.4 Abordagem das DCNT na APS .....	25
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>28</b>
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	28
6.2 Explicação do problema (quarto passo) .....	28
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	28
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) .....	29
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>33</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do município

São João Nepomuceno é um município com uma população estimada de 26361 habitantes de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019) e uma densidade demográfica de 61,50 hab/Km<sup>2</sup>. Está localizado na região da Zona da Mata mineira, distando 386 km da capital, Belo Horizonte. A cidade mantém a população estável nas últimas décadas, sem apresentar flutuações populacionais significativas nos últimos anos.

A base da economia é a Indústria da Moda, que absorve 80% da mão de obra ativa do município, destacando, também, as atividades rurais, como criação de gado, produção de leite, hortaliças e afins. Por sua economia próspera em relação as demais cidades vizinhas, a mesma tornou-se Polo Industrial, trazendo benefícios, mas também toda a sorte de situações e atividades negativas que costumam acompanhar o crescimento urbano, como tráfico de drogas, crescimento de favelas e demais mazelas relacionadas e comumente conhecidas.

### 1.2 Aspectos da comunidade

A comunidade do bairro Três Marias e do bairro Sangrilá é em sua maioria economicamente ativa, sendo composta por operários das inúmeras fábricas e confecções locais, que constituem a base da economia do município. Nos últimos dois anos tem aumentado o número de trabalhadores desempregados, em virtude da crise econômica que assola, não só o município, mas o país como um todo.

Na população adulta, observa-se um considerável número de analfabetos ou analfabetos funcionais. O mesmo não se observa entre as crianças e adolescentes, em virtude do comprometimento das famílias com os programas sociais do governo, como a bolsa família, já que para ter direito aos benefícios é preciso provar que os filhos frequentam assiduamente a escola. Destaca-se, ainda, que a vigilância ativa do Conselho Tutelar também contribui fortemente para que as crianças não fiquem de fora das salas de aula.

O saneamento básico e a coleta de lixo cumprem bem o papel esperado, não sendo considerados problemas na referida comunidade. Um problema muito sério na comunidade é o tráfico de drogas, que, além de impor o medo na população, inclusive na equipe de saúde, vem ceifando a vida de pessoas cada vez mais jovens, com treze/quatorze anos de idade. Isto tem por consequência, um aumento significativo nos atendimentos médicos de Saúde Mental na Unidade Básica de Saúde (UBS), onde os familiares que perderam seus filhos para o tráfico procuram atendimento para tratamento de depressão e outras desordens advindas dos traumas vivenciados por eles e suas famílias.

É possível conhecer o perfil epidemiológico da população da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) por meio da coleta de dados disponíveis no cadastro individual da população. Quando se trata de dependentes químicos, destaca-se que estes nem sempre nos confirmam serem usuários. Temos informações através dos familiares ou amigos, por isso esse número não é uma estimativa precisa. Referimo-nos a estas pessoas, entre os membros da equipe, como "F19" que é o CID referente ao abuso de substâncias químicas, para não constranger os usuários e não correr o risco de afastá-los, atrapalhando o acolhimento.

As principais causas de óbitos na área de atuação são cardiopatias (ICC/IAM), neoplasias, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), e mais raramente, trombose venosa profunda, nefropatias e complicações decorrentes do diabetes mellitus tipo 2 (DM II). As principais causas de internação cardiopatias (ICC/IAM) e DPOC. As doenças de notificação compulsórias principais são hanseníase e tuberculose.

Os principais problemas relacionados a situação de saúde da população adscrita à UBS, são, sem dúvida a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes mellitus tipo II, o uso/abuso de drogas, as doenças sexualmente transmissíveis (cada vez atingindo a população com menos idade), gestações de adolescentes, a obesidade, tabagismo e o etilismo crônico. Destaca-se, ainda, a violência excessiva e tráfico de drogas no entorno próximo, o que leva o medo e a falta de segurança ao extremo.

### 1.3 O sistema municipal de saúde

No aspecto da saúde, por ser uma cidade sede da microrregião, São João Nepomuceno absorve o movimento de Urgência e Emergência do Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo a demanda de mais 14 cidades vizinhas, o que sobrecarrega absurdamente o Pronto Socorro Municipal. Destaca-se, ainda, que há cerca de seis anos, o município adotou a estruturação do Programa de Saúde da Família, contando com sete UBS, sendo seis urbanas e uma rural, todas bem estruturadas e responsáveis pelo atendimento básico a cerca de 95% da população, incluindo a população rural.

Apesar das dificuldades financeiras que a Prefeitura enfrenta, como todas as outras da região, com atrasos dos repasses de verbas do Fundo de Participação, tem conseguido driblar as adversidades e manter uma saúde pública, principalmente no âmbito da Atenção Básica/Saúde da Família, com um padrão muito satisfatório e digno, cumprindo a maioria das metas e anseios da população.

Como pontos de atenção à saúde secundária têm o Pronto Socorro Municipal (atendimento de urgência/emergência, exames de imagem – somente RX) e a Policlínica Municipal (atendimento de especialidades médicas, vigilância epidemiológica, central de vacinas e central odontológica). Na atenção terciária conta com um Hospital Municipal (internações e cirurgias).

Nos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e informação em saúde, o município conta com uma:

Farmácia central (distribuição gratuita de medicamentos);

Um laboratório central municipal de análises clínicas;

Dois laboratórios particulares de análises clínicas conveniados ao município;

Uma central de informática (garante a continuidade do prontuário eletrônico nos três níveis de atendimento);

Uma secretaria municipal de saúde (engloba os gestores e coordenadores de cada nível de atenção à saúde).

Acerca dos sistemas logísticos, o transporte em saúde é realizado por uma Central de Atendimento SAMU/ambulância/remoção.

No caso de especialidades não disponíveis no município, as pessoas são encaminhados para o Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, cidade polo e referência na região. No modelo de atenção à saúde do município os atendimentos especializados ocorrem sem muita dificuldade, pois os médicos da atenção primária encaminham as pessoas cujas entidades clínicas fogem da alçada de atuação para serem atendidos pelos especialistas que atuam na Policlínica Municipal (importante ressaltar que conta com muitas das especialidades médicas, só demora um pouco a marcação).

Considera-se prevalecer o modelo de redes oligárquicas de organização à saúde, focado na pessoa e não apenas na doença. Tenta-se a todo custo evitar o modelo fragmentado, hierarquizado de atenção, focado não apenas na doença.

Entre os principais problemas relacionados ao Sistema Municipal de Saúde pode-se mencionar: demora na marcação de consultas na rede secundária; falta de medicamentos e insumos na farmácia central; dificuldade de se obter integrante da equipe que porventura venha a se afastar seja por motivo de doença, licença maternidade; dificuldade de marcação de exames de imagem mais complexos, como tomografia e ressonância magnética.

#### 1.4 A Unidade Básica de Saúde Três Marias

A UBS Três Marias, apesar de localizada na periferia, encontra-se geograficamente em local privilegiado, em anexo a uma escola e creche municipais, com ônibus na porta e facilidade de acesso, em terreno plano, com rua asfaltada, o que facilita a chegada do usuário que procura o serviço de saúde, facilitando também o acolhimento.

Conta com um consultório médico, uma sala de enfermagem, uma sala de vacinas, uma sala de curativos, um sala de triagem, uma sala dos agentes comunitários de saúde, uma copa, uma recepção e uma sala grande de espera para as pessoas.

Não conta com sala de reuniões, sendo que as mesmas são realizadas na sala de espera, bem ampla, depois que os usuários são atendidos e vão embora. O mesmo acontece com os grupos operativos, também realizados nesse espaço.

Destaca-se que pela legislação do município, é vedado a dispensação de medicamentos e insumos nas UBS, ficando a cargo da farmácia central municipal.

### 1.5 A Equipe de Saúde da Família Três Marias, da Unidade Básica de Saúde Três Marias

A Equipe de Saúde da Família Três Marias (eSF) é composta por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma recepcionista, uma faxineira e cinco agentes comunitários de saúde (ACS), que antes eram nove, mas a equipe foi sendo reduzida e ficou com o mínimo essencial de profissionais que preconiza a diretriz que rege a ESF.

### 1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Três Marias

A UBS funciona de segunda à sexta-feira, de 07:00h as 17:00h, não fechando para almoço, porém respeitando os horários de almoço dos profissionais integrantes da equipe. Às segundas-feiras, período da manhã o foco é para a demanda espontânea e à tarde para o atendimento dos hipertensos e grupos operativos de hipertensão arterial. Às terças-feiras, período da manhã também é dedicado à demanda espontânea e à tarde para o atendimento dos diabéticos e grupos operativos de DM II e obesidade. Às quartas-feiras, período da manhã o foco é para a demanda espontânea e à tarde atendimento de gestantes e puericultura. Às quintas-feiras, período da manhã o foco é para a demanda espontânea e à tarde dedicada a visita domiciliar. Às sextas-feiras, não há atendimento médico, pois o mesmo realiza atividades de estudo, mas há atendimento dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com fonoaudióloga, farmacêutico (que realiza grupo operativo de tabagismo), atendimento com psicóloga e com fisioterapeuta.

### 1.7 O dia a dia da equipe Três Marias

No dia a dia da equipe a maior parte do tempo cada profissional está muito restrita a suas obrigações específicas. Os ACS em geral estão fora da Unidade visitando suas famílias. O médico e a cirurgiã dentista passam praticamente todo o expediente atendendo demandas programadas e espontâneas. A enfermeira e a técnica de enfermagem triam as pessoas, realizam curativos e a administração de medicamentos na unidade e nos domicílios. Os profissionais do NASF, em geral, coordenam os grupos operativos e realizam atendimentos individuais. Na maioria das vezes não há encontro entre os profissionais, com exceção da reunião de equipe mensal. Durante as visitas domiciliares médicas, da enfermagem, em geral não há participação das ACS.

#### 1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Após diagnóstico situacional e discussão com a equipe de saúde listou-se os seguintes problemas relacionados ao território e comunidade:

- Elevado número de pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT);
- Falta de medicamentos e de exames diagnósticos no município;
- Área de abrangência extensa e conflitos entre habitantes de um mesmo território;
- Tráfico e consumo excessivo de drogas.

#### 1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

<b>Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde Três Marias, município de São João Nepomuceno, estado de Minas Gerais</b>				
<b>Problemas</b>	<b>Importância*</b>	<b>Urgência**</b>	<b>Capacidade de enfrentamento***</b>	<b>Seleção/Priorização****</b>
Elevado número de pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT).	Alta	30	Parcial	1
Falta de	Alta	28	Parcial	2

medicamentos e de exames diagnósticos no município.				
Área de abrangência extensa e conflitos entre habitantes de um mesmo território.	Alta	28	Parcial	4
Tráfico e consumo excessivo de drogas.	Alta	28	Fora	3

Fonte: autoria própria (2019)

Alta, média ou baixa.

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três

## 2 JUSTIFICATIVA

O presente estudo se justifica pelo índice elevado de DCNT na área de abrangência da ESF Três Marias, sendo elas as principais as doenças cardiovasculares, os cânceres, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes mellitus.

Portanto, ao lidar com um tema de extrema relevância social é preciso mobilização tanto da equipe quanto da população na responsabilização pelo autocuidado e também, se não principalmente, das autoridades públicas. Dessa forma haverá essa melhoria pretendida.

A discussão deste problema proporcionou a construção de um plano de intervenção. A partir do levantamento da situação de saúde da população da ESF Três Marias de São João Nepomuceno - MG elaborou-se uma proposta para organizar e sistematizar as ações, com ênfase em facilitar o acesso, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos bem como a prevenção, a promoção da saúde deste segmento da população, para assim, desenvolver uma assistência sistematizada integral às pessoas acometidas de DCNT.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar plano de intervenção para melhorar a assistência às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, residentes na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Três Marias, em São João Nepomuceno, Minas Gerais.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Aprofundar na comunidade os conhecimentos sobre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Planejar intervenções que auxiliem a equipe na melhoria da assistência prestada a portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Promover ações de prevenção e promoção à saúde direcionadas a população adscrita ao território da equipe de saúde Três Marias.

Sugerir ações que visem a diminuição dessas doenças na comunidade.

## 4 METODOLOGIA

Este trabalho foi elaborado a partir do Diagnóstico Situacional da área de abrangência da UBS Três Marias, por meio do método da estimativa rápida, de observações ativas e dados de fontes secundárias. A partir do levantamento dos problemas foram identificados os mais importantes e selecionado aquele que a equipe de saúde tem governança sobre o mesmo para agir.

Para subsidiar a realização do Projeto de Intervenção foi feita uma pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde e nos documentos do Ministério da Saúde sobre o tema. A busca na Biblioteca Virtual em Saúde foi realizada por meio dos seguintes descritores:

Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Atenção Primária à Saúde.

Estratégia Saúde da Família

O projeto de intervenção foi construído utilizando as ferramentas do Planejamento Estratégico Situacional seguindo os passos preconizados de acordo com as orientações de Faria, Campos e Santos (2018).

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma forma de organização de serviços de saúde capaz de atender às demandas de saúde mais frequentes, da população, pautada na proximidade da oferta de serviços aos seus locais de moradia e na continuidade do cuidado ao longo do ciclo de vida, compreendendo ações curativas, preventivas e de promoção da saúde (MATTA; MOROSINI, 2008).

Um dos primeiros registros que orientam o estabelecimento de serviços é o Relatório Dawson, apresentado pelo Ministério da Saúde inglês em 1920, o qual traz pela primeira vez a proposição de serviços de saúde que ofertem cuidados primários à população de uma região delimitada, o qual deve responder à maior parte das necessidades de saúde da mesma, encaminhado o que houver necessidade para centros de atenção secundária, também com algum nível de regionalização, ou ainda para os hospitais se for o caso. O grande impulso para adoção de sistemas de saúde baseados na APS ocorreu com a realização da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1978. Nesse evento os países participantes pactuaram um acordo e estabeleceram a meta de ofertar “Saúde para Todos no Ano 2000”, considerando sistemas de saúde com base em APS (MATTA; MOROSINI, 2008).

A Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e revisa algumas de suas diretrizes, define a APS como:

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

§ 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniqüidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde (BRASIL, 2017, sp).

A APS é uma estratégia flexível, que disponibiliza uma atenção integral, sistemática e oportuna, com continuidade. Geralmente os profissionais que atuam na APS são qualificados e capacitados com uma visão generalista, para de acordo com as necessidades da comunidade, ofertar proteção, assistência e reabilitação à saúde das pessoas através de um processo articulado em conjunto com a sociedade, estimulando a participação social nas condições de saúde, incluindo ainda aspectos biopsicossociais e do meio ambiente, sem nenhuma discriminação com as pessoas e sua diversidade (BRASIL, 2006).

Em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF) foi criado no Brasil, com o intuito de organizar o sistema de saúde pela porta de entrada e assim, ampliar a forma de organização da atenção básica. Pois a mesma ainda era orientada por serviços baseados em um modelo que entendia a saúde apenas como a ausência de doença, fundamentando-se em práticas frequentemente curativas, concentrando a oferta de atenção individual de acordo com a demanda de cada pessoa, desconsiderando a realidade e autonomia locais, o planejamento a partir de perfis epidemiológicos e a participação comunitária (MARTINS *et al.*, 2010).

A literatura estudada reconhece a APS como uma das principais portas de acesso das pessoas à Rede de Atenção à Saúde e a sua importância para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção de agravos à saúde, como também a de prestar assistência às pessoas que necessitam. Assim, é na APS que se deve promover ações para as pessoas não adquirirem DCNT e também para aquelas já com a saúde comprometida não ter as complicações advindas dessas doenças.

## 5.2 Estratégia Saúde da Família

A ESF foi criada com a finalidade de reorganizar a Atenção Básica no Brasil, seguindo os princípios e diretrizes SUS, considerada uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção. Possibilitando a reorientação do processo de trabalho, visando além de aprofundar os preceitos da APS, ampliar a resolutividade e impacto nas condições de saúde da população (BRASIL, 2012).

A própria portaria ministerial prevê que a equipe da atenção básica tem capacidade de resolver até 80% das demandas oriundas da população adscrita a uma equipe de saúde da família.

Composta por equipe multiprofissional, a ESF possui no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS. Com a possibilidade de fazer parte dessa equipe o agente de combate às endemias (ACE) e ainda a equipe de Saúde Bucal, composta por cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal, ressaltando a importância de que esses profissionais com formação superior sejam generalistas ou especialistas em saúde da família (BRASIL, 2017).

Quanto ao número de ACS por equipe, esse deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local, devendo ser suficientes para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente, em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social. A equipe passa a ter corresponsabilidade no cuidado com a saúde da população em sua área de abrangência, sendo de 2.000 a 3.500 pessoas (BRASIL, 2017).

Na última década a implantação da ESF no Brasil passou por expressiva expansão de cobertura, com diferenças entre as regiões e porte populacional dos municípios. De acordo com dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) em 2012, 95% dos municípios brasileiros contavam com um total de 33.404 equipes implantadas, com potencial para abranger 55% da população brasileira (MALTA *et al.*, 2016).

A cobertura da ESF no Brasil apresenta importantes diferenças no acesso e na oferta de cuidados nas UBS nos municípios, devido a mecanismos de gestão e das desigualdades sociais do país, o que causa repercussões importantes no uso dos serviços de saúde (MALTA *et al.*, 2016).

É notável a associação de maiores coberturas da ESF a melhorias nas condições de saúde da população, sendo comprovado com a diminuição nos índices de mortalidade infantil, aumento de cobertura vacinal, queda nos números de desnutrição, aumento do acompanhamento com as consultas de pré-natal, com evidências ainda na redução das hospitalizações e mortalidade cardiovascular (NEVES *et al.*, 2018).

Neves *et al.* (2018) realizaram um estudo em que demonstram que no Brasil as coberturas de ESF em 2006 e 2016 foram de 45,3% e 64,0%, respectivamente. Com um aumento de 18,7% no período, revelando uma tendência crescente da cobertura no país. Esse monitoramento de cobertura da ESF em todo o país é importante, pois possibilita o reconhecimento dessa estratégia para a saúde da população, especialmente nas regiões mais carentes.

Um importante ganho para a ESF na APS foi a criação dos NASF em 2008, com o objetivo principal de apoiar, com ampliação das ofertas de saúde na atenção básica, assim como a resolutividade, a abrangência e as ações.

Na Portaria n. 154 de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008, p.38-42) menciona que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família têm

[...] o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. [...] e serão constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob-responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado

### 5.3 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Os óbitos relacionados às DCNT segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2005, chegaram a cerca de 63% do total de óbitos no mundo. Essas doenças são responsáveis por uma taxa de cinco e nove vezes maior de morte prematura do que as doenças transmissíveis e taxas 10 e cinco vezes maiores de incapacidade em homens e mulheres respectivamente (MARIATH *et al.*, 2007).

Segundo Souza *et al.* (20016), no ano de 2007, as DCNT foram responsáveis aproximadamente 72% das mortes no Brasil.

Em 1930 as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes no Brasil. Em 2007 aproximadamente 72% das mortes no país foram atribuídas as DCNTs. Essa mudança radical aconteceu em um contexto de desenvolvimento econômico e social importante e pela resolução dos principais problemas de saúde pública vigentes naquela época. Paralelamente a essa mudança, houve uma rápida transição demográfica e nutricional, expondo a população cada vez mais ao risco das DCNTs. (BRASIL, 2011; BRASIL, 2009; PAIM *et al.*, 2009; IBGE, 2009; MONTEIRO, 2000 *apud* SOUZA, *et al.* 2016, p. 293). Estima-se que, em 2030, 3/4 de todas as mortes do mundo estarão relacionadas às DCNT (HOSEY *et al.*, 2014 *apud* SOUZA *et al.*, 2016, p. 293).

As DCNT têm causado um elevado número de mortes prematuras, e ainda ocasionam perda da qualidade de vida, limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos negativos para as famílias e sociedade em geral. Tais doenças podem afetar quaisquer grupos socioeconômicos, principalmente aquelas mais vulneráveis, como idosos e famílias com baixa renda (MALTA *et al.*, 2015).

Integrando um grupo de morbidades, as DCNT se caracterizam por apresentar um período longo em sua evolução, com latência prolongada, lesões irreversíveis e complicações que acarretam variados graus de incapacidade ou até óbito. Compõem esse grupo as doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, neoplasias e doenças respiratórias crônicas, ocupando grande espaço no perfil de morbimortalidade das populações (MARIATH, *et al.*, 2007).

Essas doenças representam no Brasil, atualmente a primeira causa de óbito e internações, sendo responsabilizadas pela maioria dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetida à dialise no SUS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

Com estimativas mostrando que o excesso de peso é responsável por 58% de doença associada ao DM II, 39% relativa a hipertensão arterial, 21% do infarto do miocárdio, 12% do câncer de cólon e reto e 8% do câncer de mama (BRASIL, 2011).

O diabetes mellitus e a hipertensão arterial atingiram, respectivamente, 6,3% e 23,3% dos adultos brasileiros. Acerca das neoplasias, os que mais causaram óbitos entre as mulheres, foi o câncer de mama (15,2%), seguido pelo câncer da traqueia, brônquios e pulmões (9,7%) e colo de útero (6,4%). Já entre os homens, a primeira causa foi o câncer de traqueia, brônquios e pulmões (15%), seguido pelo de próstata (13,4%) e o de estômago (9,8%) (BRASIL, 2011 *apud* BRASIL, 2016).

As DCNT apresentam ainda associação com morbidades relacionadas, com alto número de hospitalizações, sendo consideradas ainda, como principais causas de amputações e perdas de funções neurológicas na população, conseqüentemente envolvem perda da qualidade de vida, o que piora com o prognóstico (BRASIL, 2016).

#### 5.4 Abordagem das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde

A abordagem das DCNT na APS, através da ESF é evidenciada na prevenção e controle dessas doenças, uma vez que as equipes orientam suas práticas no trabalho interdisciplinar, planejamento e implementação de atividades considerando elementos de risco à saúde, implementando ações intersetoriais que visam a promoção da saúde, prevenção e atenção às mesmas. A abordagem na APS busca ainda a redução dos principais fatores de risco relacionados às DCNT nos territórios sobre responsabilidade das equipes (JARDIM; NAVARRO, 2017).

Com o grupo das DCNTs composto principalmente pelas doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, neoplasias e doenças respiratórias crônicas, a OMS (2005) elegeu também como alvo seus quatro principais fatores de risco, sendo eles, o tabagismo, alcoolismo, sedentarismo e a alimentação inadequada. O tabagismo é responsável por 71% dos casos de câncer de pulmão, 42% dos casos de doença respiratória crônica e quase 10% dos casos de doenças cardiovasculares. Estima-se em relação ao alcoolismo que, entre os óbitos causados por álcool, mais de 50% sejam devido às DCNT, incluindo diversos tipos de câncer e cirrose hepática (DUNCAN *et al.*, 2012).

O sedentarismo aparece aumentando em 20% a 30% o risco de mortalidade. Acerca da alimentação inadequada, é notório que os padrões de alimentação adotados nas últimas décadas podem ser prejudiciais de várias maneiras. Um exemplo seria o consumo excessivo de sal, o qual aumenta o risco de hipertensão e eventos cardiovasculares, o alto consumo de carne vermelha, carne processada e de ácidos graxos trans está relacionado às doenças cardiovasculares e ao diabetes. No entanto, o consumo regular de frutas e legumes diminui o risco de doenças cardiovasculares e de neoplasias (DUNCAN *et al.*, 2012).

A APS tem demonstrado inúmeros avanços na assistência prestada desde sua implantação, principalmente acerca das ações de saúde, do acesso e uso dos serviços e na diminuição dos indicadores de mortalidade. Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde evidencia o controle da hipertensão arterial, diminuição nas taxas de internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e por Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), ambas na população com idade  $\geq 40$  anos. Essa queda foi mais acentuada nas áreas com maior cobertura da ESF. No entanto o mesmo estudo demonstra que as taxas de hospitalização decorrentes das DCNT ainda continuam elevadas (JARDIM; NAVARRO, 2017).

Apesar do forte impacto das DCNT, em termos sociais e econômicos no Brasil, ao longo das duas últimas décadas ocorreu no país diminuição de 26% na taxa de mortalidade por tais condições, ou seja, uma redução média de 1,4% ao ano, ampliando para 1,6% nos últimos dez anos. Tal declínio afetou tanto homens como mulheres e foi observado em todas as regiões do país. Especificamente, a mortalidade por doenças cardiovasculares reduziu-se em 41% (2,2%

ao ano) e por doenças respiratórias, em 23% (2,8% ao ano). Em relação ao câncer houve certa estabilidade das taxas no mesmo período e no diabetes houve aumento de 24% entre 1991 e 2000, seguido por um declínio de 8% entre 2000 e 2009, por razões ainda não totalmente esclarecidas (GOULART, 2011, p. 74-75).

Segundo Goulart, (2011), a OMS recomenda o percentual de 2% de diminuição das DCNT considerando o padrão de mortalidade de alguns países ricos. O Brasil tem conseguido se aproximar dessa recomendação, sendo observada redução tanto em homens como em mulheres nas diversas regiões do país. Tal declínio representa um avanço no acesso da população aos serviços de saúde, e ainda na vigilância acerca da redução do tabagismo, um fator de risco importante nessas doenças.

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O plano de intervenção compõe-se das operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionados ao problema prioritário “Alto índice de doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da eSF Três Marias, do município de São João Nepomuceno, estado de Minas Gerais aparece detalhado nos quadros a seguir, sendo um quadro para cada nó crítico.

### 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O problema selecionado como prioritário que necessita da elaboração de uma proposta de intervenção na ESF Três Marias, em São João Nepomuceno/MG, é o elevado número de pessoas com DCNT, o que é considerado um dos maiores problemas pois a equipe não consegue acompanhá-los de maneira correta.

### 6.2 Explicação do problema (quarto passo)

O índice elevado de pessoas com DCNT foi selecionado como prioridade no momento, pois a equipe não consegue prestar uma assistência integral a esse grupo. Primeiramente por englobar um número alto de usuários se encaixando nesse quadro, principalmente hipertensos, diabéticos e com doenças cardiovasculares e, em seguida, também casos de neoplasias e doenças respiratórias. Outro fator é a renovação de receitas das medicações de uso contínuo, também considerada um problema recorrente, uma vez que as pessoas com DCNT utilizam diversos medicamentos e essas renovações das receitas ocorrem sem as reavaliações necessárias devido à grande demanda nos atendimentos.

### 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os nós críticos selecionados na elaboração dessa atividade foram:

- Renovação de receitas sem reavaliação necessária;
- Elevado consumo de álcool e tabagismo;
- Inatividade física.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

<b>Quadro 2 – Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alto índice de doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Três Marias, do município de São João Nepomuceno, estado de Minas Gerais</b>	
<b>Nó crítico 1</b>	<b>Renovação de receitas sem reavaliação necessária.</b>
<b>Operação (operações)</b>	Planejamento do atendimento; Agendamento de consultas para renovação de receitas.
<b>Projeto</b>	Longitudinalidade
<b>Resultados esperados</b>	Tratamento continuado; Sucesso Terapêutico; Diminuição da agudização e mortalidade das doenças crônicas; Fortalecimento do vínculo e responsabilidade por parte do profissional de saúde e confiança por parte da pessoa
<b>Produtos esperados</b>	Busca ativa pelos ACS; Capacitação para identificação de casos que necessitam de reavaliação;
<b>Recursos necessários</b>	<b>Estrutural:</b> Priorizar o trabalho de agendamento de consultas com retornos necessários. <b>Cognitivo:</b> Conhecimentos acerca do uso indiscriminado de medicamentos; <b>Financeiro:</b> Aquisição de materiais necessários para capacitação; <b>Político:</b> Adesão de todos profissionais;
<b>Recursos críticos</b>	<b>Estrutural:</b> Agendamento de consultas e retornos; <b>Cognitivo:</b> Informação sobre os prejuízos causados sobre o uso indiscriminado de medicamentos ou sua má adesão. <b>Político:</b> Apoio de toda a equipe; <b>Financeiro:</b> Aquisição de materiais básicos.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Médico/ motivado ACS/ indiferente
<b>Ações estratégicas</b>	Capacitação da equipe acerca de agendamento e acompanhamento
<b>Prazo</b>	15 dias
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	Equipe Três Marias
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Monitoramento através do acompanhamento diário da equipe.

Fonte: autoria própria (2019)

**Quadro 3** – Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alto índice de doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Três Marias, do município de São João Nepomuceno, estado de Minas Gerais

<b>Nó crítico 2</b>	<b>Elevado consumo de álcool e tabagismo</b>
<b>Operação</b> (operações)	Capacitação da equipe acerca desses temas; Grupo operativo para as pessoas
<b>Projeto</b>	Grupos operativos
<b>Resultados esperados</b>	Participação de toda equipe, usuários, familiares e apoio do CAPS; Capacitação da equipe; Diminuição do uso de antidepressivos por familiares.
<b>Produtos esperados</b>	Grupos operativos Inclusão dos usuários e familiares em grupos operativos e elaboração de estratégias para o tratamento. Promoção: Compreender o processo saúde doença, instigando indivíduo e sociedade a participarem da sua saúde; Organizações de solidariedade com membros jovens da sociedade como líderes.
<b>Recursos necessários</b>	<b>Estrutural:</b> Mobilização da família para participação dos grupos; <b>Cognitivo:</b> Participação de profissionais capacitados em reuniões periódicas em todas as microáreas; <b>Financeiro:</b> Aquisição de materiais necessários aos grupos; <b>Político:</b> Política de ação integral aos usuários de álcool e drogas funcionante.
<b>Recursos críticos</b>	<b>Estrutural:</b> Inclusão dos usuários e familiares em grupos operativos; <b>Cognitivo:</b> Elaborando estratégias para tratamento e abordagem individual e conjunta no tratamento do tabagismo e alcoolismo; <b>Político:</b> Participação de profissionais capacitados para atendimento de Tabagistas e Etilistas; <b>Financeiro:</b> Instituição de protocolos de atendimento.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Equipe de Saúde Mental/ indiferente Médico/ favorável ACS, favorável
<b>Ações estratégicas</b>	Grupo operativo
<b>Prazo</b>	03 meses
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	Médico Enfermeiro ACS CAPS NASF
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Monitoramento realizado de acordo com a frequência dos usuários nos grupos, e a avaliação dos índices de fumantes e usuários de álcool.

**Quadro 4** – Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alto índice de doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Três Marias, do município de São João Nepomuceno, estado de Minas Gerais

<b>Nó crítico 3</b>	<b>Inatividade física</b>
<b>Operação</b> (operações)	Capacitação para a equipe; Grupo operativo;
<b>Projeto</b>	Estruturação da vigilância de DCNT
<b>Resultados esperados</b>	Participação individual no processo de saúde doença; Melhora da qualidade de vida através de ações com incentivo à atividade física; Diminuição do risco cardiovascular.
<b>Produtos esperados</b>	Implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças a promoção da saúde.
<b>Recursos necessários</b>	<b>Estrutural:</b> Recursos humanos e estrutura física adequada; <b>Cognitivo:</b> Implementação de medidas de saúde pública; <b>Financeiro:</b> Aquisição de materiais necessários; <b>Político:</b> aplicação da Portaria nº 183, de 30 de janeiro de 2014 que regulamenta o incentivo financeiro estratégico de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos de saúde, conforme o art 2º, identificando aquelas que serão custeadas; Programa Academia da Saúde.
<b>Recursos críticos</b>	<b>Estrutural:</b> Recursos humanos e estrutura física adequada; <b>Cognitivo:</b> Implementação de medidas de saúde pública; <b>Político:</b> Incentivo para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde que foi regulamentado pela Portaria nº 183/2014. <b>Financeiro:</b> Aquisição de materiais necessários.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Requisição federal
<b>Ações estratégicas</b>	Estruturação da vigilância de DCNT
<b>Prazo</b>	24 meses
<b>Responsável pelo acompanhamento das ações</b>	Secretária de saúde
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Monitoramento e avaliação frequente dos dados da vigilância de DCNT.

Fonte: autoria própria (2019)

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da elaboração deste plano de intervenção foi possível concluir que as DCNT merecem ter uma atenção especial da equipe de saúde da família no cotidiano da atenção primária, sendo um problema grave de saúde pública, considerando a taxa elevada de morbimortalidade. As abordagens merecem uma postura ativa, da equipe multiprofissional e da pessoa com DCNT, onde ela entenda que sem a participação é efetiva para o controle da doença.

O conhecimento das DCNT, suas causas e consequências favorecem a diminuição da hospitalização por essas doenças, redução de custos com medicação, redução, das taxas de morbimortalidade e ainda a melhoria da qualidade de vida das pessoas pelo autocuidado.

Portanto, para lidar com um tema de extrema relevância na sociedade é preciso mobilização tanto da equipe de saúde, quanto da população na responsabilização pelo autocuidado e seguimento das orientações médicas quanto ao uso da terapêutica, reeducação alimentar e exercício físico.

A ESF Três Marias em suas ações rotineiras oferece, de acordo com as necessidades locais, grupos de caminhada, grupos de orientações para as pessoas portadoras de Hipertensão e Diabetes, grupos de atividade física e terapia comunitária. Sendo as ações educativas realizadas em espaços coletivos, como praças, escolas, grupos comunitários, e ainda orientações individuais em temas como: autocuidado, alimentação saudável, noções sobre sexualidade, reprodução e planejamento familiar, prevenção de câncer de mama e colo de útero, aconselhamento sobre infecções sexualmente transmissíveis, cuidados com a gravidez, amamentação, os riscos do tabagismo, melhoria de autoestima, dentre outros.

Assim sendo, com a elaboração desse projeto, bem como sua implantação na ESF Três Marias, se faz relevante atentar-se para o monitoramento e avaliação do mesmo, para garantir que os objetivos estão sendo alcançados e, se necessário, fazer propostas de mudança de curso.

## REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM648.htm>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008**. Cria os núcleos de apoio à saúde da família – NASF. DOU. Seção 1, n.43, p. 38-42, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 114 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano\\_nacional\\_saude\\_2012\\_2015.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas**. Brasília: Ministério da Saúde; EVIPNet Brasil, 2016. 52 p. disponível em: <[http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2016/09/SinteseMedicamentos\\_set](http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2016/09/SinteseMedicamentos_set)>

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 20 Out. 2019.

DUNCAN, B. B. *et al.* Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, supl. 1, p. 126-134, 2012. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/17.pdf)>. Acesso em: 09 Nov. 2019.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/>>.

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Organização Pan-Americana de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4857.pdf>>. Acesso em: 05 Nov. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE, 2019. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/sao-joao-nepomuceno/panorama>

JARDIM, L. V.; NAVARRO, D. Contribuição da ESF no controle de doenças crônicas não transmissíveis. **J Health Sci Inst.** v. 35, n.2, p.122-126, 2017. Disponível em: <[https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2017/02\\_abr-jun/V35\\_n2\\_2017\\_p122a126.pdf](https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2017/02_abr-jun/V35_n2_2017_p122a126.pdf)>. Acesso em: 10 Nov. 2019.

MALTA, D. C. *et al.* A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 3-16, 2015.

MALTA, D. C. *et al.* A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 21, n.2, p.327-338, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0327.pdf>>. Acesso em: 12 Nov. 2019.

MARIATH, A. B. *et al.* Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 897-905, 2007.

MARTINS, A. R. *et al.* Práticas dos trabalhadores de saúde na comunidade nos modelos de atenção básica do Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v. 26, n.12, p. 2279-2295, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n12/07.pdf>>. Acesso em: 20 Out. 2019.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M.V.G. Atenção Primária à Saúde. *In*: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV. p. 44-50, 2008. Disponível em: <<http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>>. Acesso em: 17 Out. 2019.

NEVES, R. G. *et al.* Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde.** v. 27, n.3, e2017170, 2018. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/ress/2018.v27n3/e2017170/pt/>>. Acesso em: 02 Nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção de Doenças Crônicas um Investimento Vital.** Geneva: 2005. Disponível em: <[https://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1\\_port.pdf](https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf)>. Acesso em: 01 Nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes.** Brasília, 2010. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=1219-linhas-cuidado-hipertensao-arterial-e-diabetes-9&category\\_slug=doencas-nao-transmissiveis-948&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1219-linhas-cuidado-hipertensao-arterial-e-diabetes-9&category_slug=doencas-nao-transmissiveis-948&Itemid=965)>. Acesso em: 01 Nov. 2019.

SOUZA, J. O. *et al.* A prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em usuários acamados assistidos em uma unidade básica de saúde da família. **Saúde em Redes**. v. 2, n. 3, p. 292-300, 2016. Disponível em: <[http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/viewFile/735/pdf\\_40](http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/viewFile/735/pdf_40)>. Acesso em: 12 Nov. 2019.