

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Isabela Martins Franco de Almeida

PLANO DE INTERVENÇÃO

**Estratégia para controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e
diminuição de novos casos no território da equipe Verde da
Unidade Básica de Saúde São Bernardo em Belo Horizonte**

**Belo Horizonte
2020**

Isabela Martins Franco de Almeida

PLANO DE INTERVENÇÃO

**Estratégia para controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e
diminuição de novos casos no território da equipe Verde da
Unidade Básica de Saúde São Bernardo em Belo Horizonte**

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

Orientadora: Daniela Coelho Zazá

Belo Horizonte

2020

Isabela Martins Franco de Almeida

PLANO DE INTERVENÇÃO

**Estratégia para controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e
diminuição de novos casos no território da equipe Verde da
Unidade Básica de Saúde São Bernardo em Belo Horizonte**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Daniela Coelho Zazá

Banca examinadora

Professora: Daniela Coelho Zazá

Professor: Mário Antônio de Moura Simim

Aprovado em Belo Horizonte, em 15 de dezembro de 2020

À Equipe Verde do São Bernardo que trabalha com dedicação e amor, prestando um serviço de qualidade à população.

RESUMO

A Unidade Básica de Saúde São Bernardo, situada na regional norte de Belo Horizonte, é composta por três equipes de saúde da família. Dentre elas a Equipe Verde é a que traz consigo alguns desafios e problemas passíveis de estudo para propostas de soluções. Após diagnóstico situacional na área de abrangência da Equipe Verde observou-se alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. Sendo assim, este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para controlar e reduzir a incidência de doenças crônicas não transmissíveis na população adscrita a esta equipe. A metodologia foi executada em três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e plano de ação. Neste estudo foram selecionados os seguintes nós críticos: estilo de vida inadequado (maus hábitos alimentares e sedentarismo) e baixa procura por parte do usuário pelas ações de promoção de saúde e prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis. Os principais resultados esperados estão relacionados à conscientização da população sobre importância da reeducação alimentar e à participação em programas de atividade física. Além disso, é esperado que o usuário seja estimulado a realizar exames preventivos de rotina bem como sua participação em ações pontuais de promoção da saúde.

Palavras-chave: Doenças crônicas não transmissíveis; exercício físico; alimentação saudável.

ABSTRACT

Located at the north region of Belo Horizonte, the Basic Health Unit São Bernardo is composed of three family health teams. Among them is the Green Team that brings with it some challenges and problems that can be studied for proposals for solutions. After a situational diagnosis in the area covered by the Green Team, a high prevalence of chronic non-communicable diseases was observed. Therefore, this study aimed to elaborate an action plan in order to control and reduce the incidence of chronic non-communicable diseases in the population assigned to this team. The methodology is carried out in three stages: situational diagnosis; literature review and action plan. In this study, the following critical nodes were selected: inadequate lifestyle (poor eating habits and sedentary lifestyle) and low demand by the user for health promotion actions and prevention of non-communicable diseases. The main expected results are related to the population's awareness of the importance of food re-education and participation in physical activity programs. In addition, it is expected that the user be stimulated to perform routine preventive exams as well as their participation in specific health promotion actions.

Keywords: Chronic non-communicable diseases; physical exercise; healthy eating.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Divisão por cores das Equipes de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde São Bernardo, município de Belo Horizonte, Minas Gerais	20
Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Verde, Unidade Básica de Saúde São Bernardo, município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais	26
Quadro 2 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Prevalência de casos de doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Verde, do município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais	39
Quadro 3. Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Prevalência de casos de doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Verde, do município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da população adscrita por faixa etária	22
Tabela 2 – Perfil epidemiológico da população adscrita	22

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Academia da Cidade
ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEM	Centro de Especialidade Médica
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CERSAM	Centro de Referência da Saúde Mental
CERSAM-AD	Centro de Referência da Saúde Mental – Álcool e outras Drogas
CERSAMi	Centro de Referência da Saúde Mental Infantil
CMDI	Centro Municipal de Diagnóstico por Imagem
CMO	Centro Municipal de Oftalmologia
CREAB	Centro de Reabilitação
CRIE	Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais
CS	Centro de Saúde
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF - AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família – Atenção Básica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Pesquisa Nacional de Promoção da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUP	Serviço de Urgência Psiquiátrica
SIS	Sistema de Informação em Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
SUS-BH	Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte
UBS	Unidade Básica de Saúde
UMEI	Unidade Municipal de Educação Infantil
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URS	Unidade de Referência Secundária
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Aspectos gerais do município de Belo Horizonte	13
1.2 O sistema municipal de saúde	14
1.2.1 Pontos de Atenção à Saúde e Sistemas de Apoio e Logístico	14
1.2.2 Organização dos Pontos de Atenção à Saúde	17
1.2.3 Principais problemas relacionados ao Sistema Municipal de Saúde	17
1.3 Aspectos da comunidade	17
1.3.1 Aspectos socioeconômicos da comunidade	18
1.4 A Unidade Básica de Saúde São Bernardo	19
1.4.1 Principais problemas relacionados à Unidade Básica de Saúde	21
1.5 A Equipe de Saúde Verde da Unidade Básica de Saúde São Bernardo	21
1.5.1 Aspectos demográficos da equipe Verde	22
1.5.2 Aspectos epidemiológicos	22
1.5.3 Principais causas de óbitos, causas de internação e doenças de notificação referentes à área de abrangência	23
1.5.4 Principais problemas relacionados à situação de saúde da população adscrita	23
1.5.5 Planejamento e Avaliação das Ações a serem ofertadas à população	24
1.6 O funcionamento da Unidade Básica de Saúde São Bernardo	24
1.7 O dia a dia da equipe Verde	24
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	25
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	26
2 JUSTIFICATIVA	27
3 OBJETIVOS	28
3.1 Objetivo geral	28
3.2 Objetivos específicos	28
4 METODOLOGIA	29
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	30

5.1 Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)	30
5.2 Fatores de riscos associados às Doenças Crônicas não Transmissíveis	32
5.3 Políticas de enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis	33
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	36
6.1 Descrição do problema selecionado	36
6.2 Explicação do problema selecionado	37
6.3 Seleção dos nós críticos	38
6.4 Desenho das operações sobre “nó crítico” – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos, viabilidade e gestão	39
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	43

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Belo Horizonte

Belo Horizonte é a capital do estado de Minas Gerais e conta com uma população de 2.375.151 habitantes, de acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2010 (IBGE, 2011). A estimativa para o ano de 2019 era de 2.512.070 habitantes, sendo a terceira cidade mais populosa do Sudeste e a sexta do Brasil (IBGE, 2019). A densidade demográfica é de 7.167 hab/km² e a renda *per capita* dos trabalhadores formais é, em média, 3,6 salários mínimos. O município é governado pelo prefeito Alexandre Kalil em seu primeiro mandato, com o vice prefeito Paulo Roberto Lamac Junior. Sobre alfabetização, a taxa de escolarização é de 97,6% de estudantes entre 6 a 14 anos. O Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* era de R\$35.122,01 em 2016 e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal era de 0,810 em 2010 (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013). Na área da saúde, a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 9.99 para 1.000 nascidos vivos. A cidade dispõe de um total de 36 hospitais, sendo um municipal, dois federais, sete estaduais e o restante filantrópicos e privados. As internações devido a diarreias são de 0.3 para cada 1.000 habitantes. Em 2009 havia ao todo 328 estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) no município, sendo 152 Centros de Saúde e 588 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF). Sobre o tema território e ambiente, apresenta 96.2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 82.7% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 44.2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Em 2018, a área da unidade territorial era de 331.401 km², possuindo uma geografia diversificada, com morros e baixadas. Cercada pela Serra do Curral que enaltece a beleza da cidade, a cidade é uma referência histórica, planejada e construída para ser a capital política e administrativa do estado mineiro (IBGE, 2010).

1.2 O sistema municipal de saúde

O modelo da atenção à saúde em Belo Horizonte é pautado na gestão do cuidado em rede, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde, por atender e resolver a maior parte das suas necessidades. A gestão do cuidado em rede pode ser definida como um conjunto de arranjos institucionais necessários para a garantia da produção, coordenação e gestão do cuidado. Com esse olhar, a gestão do cuidado em rede atua com os seguintes propósitos: a prática da equidade; o foco na APS; a atenção voltada à pessoa; a integralidade das práticas e ações; e a coordenação do cuidado pela APS. A equidade permite assegurar atenção diferenciada a pessoas, populações ou grupos, sujeitos a variados riscos de adoecer e morrer, que necessitam de acesso aos diferentes tipos de serviços de saúde. Para garantir esse cuidado necessita-se de planejamento e priorização, considerando a responsabilidade sanitária de cada território, no processo de organização da rede (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE - PMS 2018-2021).

A rede de atenção à saúde em Belo Horizonte está organizada em um arranjo produtivo híbrido, que combina a concentração de alguns serviços com a dispersão de outros. Os serviços de menor densidade tecnológica, como os da APS, estão dispersos. Ao contrário, os serviços de maior densidade tecnológica como hospitais, unidades de processamento de exames de Patologia Clínica e de Imagem, dentre outros, estão mais concentrados. A estrutura das Redes de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte (SUS-BH) é composta por um conjunto de unidades de saúde, bem como sistemas de apoio (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE - PMS 2018-2021).

1.2.1 Pontos de Atenção à Saúde e Sistemas de Apoio e Logístico

Belo Horizonte conta atualmente com 152 Centros de Saúde (CS), 588 equipes de ESF, o Hospital Metropolitano Odilon Behrens, o Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro. São oito Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), três Centros de Referência em Saúde Mental Álcool e outras Drogas (CERSAM-AD) e dois Centros

de Referência em Saúde Mental Infantil (CERSAMi). A capital conta ainda com nove Centros de Convivência (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2019).

Belo Horizonte utiliza a ESF como modelo assistencial da APS. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são as referências desse sistema e são consideradas “portas de entrada” do usuário no SUS e um grande coordenador do cuidado no território. A APS é orientada pelos princípios do SUS e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB), que são: universalidade, integralidade do cuidado, responsabilização, humanização, equidade e participação social. As UBS possuem equipes de saúde da família que são formadas por enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS), dentista, técnico de saúde bucal. Cada equipe é responsável por um determinado número de famílias em uma área geográfica definida. Tem também os profissionais de apoio: algumas categorias médicas, psicólogo da saúde mental e equipe formada por agentes de combate a endemias (ACE). Além desses, há também os profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) que variam de categoria dependendo da demanda do território, podendo ter, dentre eles, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, profissionais de educação física. Todos os profissionais da APS são responsáveis pela assistência, prevenção de doenças, promoção da saúde, gestão do cuidado, monitoramento e acompanhamento da população adstrita (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2019).

Na atenção especializada, são cinco Unidades de Referência Secundária (URS), nove Centros de Especialidades Médicas (CEM), quatro Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), quatro Centros de Reabilitação (CREAB), dois Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), dois Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), um Centro Municipal de Oftalmologia (CMO), um Centro Municipal de Diagnóstico por Imagem (CMDI) (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2019).

A rede de Urgência e Emergência é composta por nove Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), um Serviço de Urgência Psiquiátrica noturno (SUP) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). As UPAs funcionam 24 horas, em todos os dias da semana e têm capacidade de resolver grande parte das urgências e emergências, atendendo a demanda espontânea advinda da população de Belo

Horizonte e de municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Nas localidades que contam com as UPAs, 97% dos casos são solucionados na própria unidade. Quando o usuário chega às unidades, os médicos prestam socorro, controlam o problema e detalham o diagnóstico. Eles analisam se é necessário encaminhar o usuário a um hospital ou mantê-lo em observação por 24h. As UPAs utilizam metodologia preconizada pelo Protocolo de Manchester no processo de Acolhimento com Classificação de Risco, utilizada também em todos os prontos-socorros de Belo Horizonte. O SAMU é um componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências com o objetivo de chegar à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2019).

A rede de apoio ao diagnóstico possui cinco laboratórios distritais, um laboratório central, um laboratório de Doenças Sexualmente Transmissíveis, nove laboratórios de UPA (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2019).

A Vigilância em Saúde tem em sua estrutura um Laboratório de Bromatologia, um Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE), um Laboratório de Zoonoses, um Centro de Controle de Zoonoses, quatro centros de esterilização de cães e gatos, uma Unidade Móvel de Castração e o Serviço de Atenção ao Viajante.

Na promoção à saúde, são 76 Academias da Cidade (AC) em funcionamento, com mais de 20 mil alunos e 127 locais que promovem a prática do *Lian Gong* (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2019).

Todos os usuários que utilizam o SUS em Belo Horizonte são cadastrados. O cadastramento de usuários no SUS-BH consiste na inserção de uma série de dados no sistema de informação do município que migra para o sistema nacional, reunindo dados pessoais, endereço e informações de saúde. Esse processo é realizado preferencialmente Na UBS da área de abrangência e permite ao usuário o acesso aos serviços do SUS-BH, proporcionando um atendimento ágil, seguro e qualificado nas diversas unidades de saúde (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2019).

1.2.2 Organização dos Pontos de Atenção à Saúde

As referências e contra referências são estabelecidas respeitando os territórios e as linhas de cuidado. Os fluxos são pactuados com os diferentes pontos da rede. As UPAs e Prontos-Socorros, quando demandam internação para continuidade do tratamento do usuário em leitos de outras unidades hospitalares, fazem o pedido na Central de Internação de Belo Horizonte. A Central regula o acesso segundo a oferta e é guiado pela classificação do risco, segundo quadro clínico e o tempo oportuno. Existem protocolos clínicos integrados, baseados em evidências científicas que orientam as decisões dos profissionais de saúde visando a assistência e a promoção à saúde dos usuários com eficiência e qualidade. A rede hospitalar de Belo Horizonte é composta por hospitais públicos, filantrópicos e privados que prestam serviços ao SUS. Alguns atendem especialidades (hospitais gerais) e outros são especializados em áreas médicas, como a pediatria, cardiologia e maternidade (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE - PMS 2018-2021; MELO; SILVA, 2018).

1.2.3 Principais problemas relacionados ao Sistema Municipal de Saúde

Embora seja uma rede completa, capaz de ofertar diversos serviços de saúde e espaços para promoção de saúde e prevenção de agravos, existe uma crescente demanda dos usuários por serviços de saúde sendo que a oferta não é suficiente para atender toda a população SUS/dependente. Dessa forma, a rede própria do SUS-BH não é capaz de absorver toda a demanda por serviços de saúde e, por isso, procura atuar de forma articulada com os serviços contratados, preenchendo lacunas e ampliando a oferta, integrando as redes e priorizando os grupos mais vulneráveis.

1.3 Aspectos da comunidade

O bairro São Bernardo, situado na regional norte da cidade, apresenta uma população de 9.092 habitantes. É relevante informar que, nem toda a população pertencente ao bairro São Bernardo é cadastrada na UBS São Bernardo, pois parte desse território é caracterizada como população adscrita de outros CS, como Heliópolis e São Tomás, por exemplo.

A população masculina representa 4.263 habitantes – 53,11% e a feminina 4.829, sendo 46,89%. Separados por faixa etária, a maior parte das pessoas está entre 15 e 64 anos, sendo 71,7% do total; de 0 a 14 anos representam 20%; e acima de 65 anos totalizam 8,3%. O bairro faz parte da regional Norte da cidade, considerada uma das regionais de maior densidade demográfica e vulnerabilidade de Belo Horizonte. Faz fronteira com os bairros Heliópolis, São Tomás e Aeroporto, que como o nome já diz, está localizado próximo ao aeroporto da Pampulha. O bairro conta com o centro Cultural São Bernardo que oferece várias atividades à população como *Lian Gong*, Yoga e danças; com uma Academia da Cidade (AC) que referencia a UBS São Bernardo; escolas estaduais e municipais, Unidades Municipais de Educação Infantil (UMEI), creches, uma área comercial expressiva e um grande fluxo de veículos na rua principal do bairro, rua Maria Amélia Maia, que liga a Avenida Portugal à Avenida Cristiano Machado.

1.3.1 Aspectos socioeconômicos da comunidade

A Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), através da Secretaria de Saúde, classifica em quatro letras – A, B, C e D os equipamentos de saúde de acordo com a vulnerabilidade social de cada um, sendo o “A” menos vulnerável e o “D” mais vulnerável. A UBS São Bernardo é atualmente classificada como “C” neste índice de vulnerabilidade e isso implica em algumas situações, como por exemplo nas condições de saúde da população adstrita no território. Sabe-se que a saúde tem determinantes sociais que impactam diretamente na qualidade de vida de uma população (FARIA *et al.*, 2017). Quando se fala sobre determinantes sociais da saúde, é nítido a correlação que estabelece com o desenvolvimento econômico da região. Áreas mais vulneráveis socioeconomicamente falando, são mais recorrentes em doenças infecto contagiosas e também as crônicas não transmissíveis. Geralmente as pessoas que mais precisam de políticas públicas de promoção de saúde, prevenção de agravos e melhora nas condições de vida, são as que menos têm acesso à educação de qualidade, empregos menos desgastantes fisicamente falando, a cultura, ao esporte e lazer. Nota-se que essas pessoas são as que mais desenvolvem problemas relacionados aos fatores psicossociais que determinam a saúde também. O acúmulo de estresse por estar em situação de vulnerabilidade pode

desencadear um processo de doença aguda e/ou crônica, que dificilmente será revertido ou apenas remediado.

No bairro São Bernardo, e especificamente falando na área de abrangência da equipe Verde, há saneamento básico, ruas pavimentadas, acesso à transporte público, comércios variados, escolas e uma creche.

1.4 A Unidade Básica de Saúde São Bernardo

A UBS São Bernardo foi fundada em 1979 e está situada na rua Vasco da Gama, 334 no bairro São Bernardo em Belo Horizonte, Minas Gerais. O acesso físico à UBS é bom, com linha de ônibus e ponto na porta do local; rampa para pessoas com deficiências físicas ou mobilidade reduzida; a sala de espera conta com múltiplas cadeiras, bebedouros, televisor, sendo um espaço arejado e ventilado. Nota-se que a equipe que trabalha na recepção tem a disponibilidade necessária para realizar o primeiro contato com o usuário que está chegando pela primeira vez ou retornando à UBS para dar continuidade à linha de cuidado.

A área de abrangência da UBS corresponde a uma população de 8.303 pessoas. Dentre essas pessoas, 1.522 pessoas estão classificadas como “Muito elevado risco” (ME) representando 18% dessa população. 3.940 pessoas estão entre o “Elevado risco” (EL) sendo 47% e 2.841 na classificação de “Médio risco” (MD), sendo 34% das pessoas. A partir disso, a unidade divide-se em três Equipes de Saúde da Família (eSF), a Branca, que abrange a população EL, a Verde, que atua com ME e Rosa, por fim, com MD. A Figura 1 mostra essa divisão por suas respectivas cores. Equipe Verde, equipe Rosa e equipe Branca (colorido de azul). É pertinente pontuar que, após o levantamento de dados feito junto à equipe Verde, a população pertencente à equipe em Outubro de 2019 era de 2135 pessoas.



Figura 1 – Divisão por cores das Equipes de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde São Bernardo, município de Belo Horizonte, Minas Gerais

O sistema de serviço de saúde na UBS do bairro São Bernardo, apresenta-se organizado como redes de atenção à saúde, onde a atenção primária se comunica com a atenção secundária e terciária. Tanto a UBS como a AC prestam assistência contínua e integral aos usuários vinculados à eles e isso mostra uma eficácia no processo de adesão deste usuário aos diferentes modelos de atenção do cuidado. A gestora, Elizângela Gomes de Oliveira, coordena em torno de 66 funcionários de saúde e técnicos administrativos. Esta UBS tem um colegiado gestor que auxilia numa didática de gestão compartilhada e na tomada de decisão para melhoria dos processos de trabalho dos funcionários e, conseqüentemente, beneficiando o usuário através da melhoria do atendimento prestado. Há também uma aproximação com as instituições de ensino superior no sentido de ser uma UBS escola, recebendo como campo de estágio diversos acadêmicos de diferentes cursos ao longo dos dois semestres letivos. Realiza comissão local de saúde possibilitando ao usuário uma participação ativa sobre os temas de interesse da comunidade.

A AC São Bernardo também está sob a coordenação da mesma gerente da UBS São Bernardo, sendo assim de inteira responsabilidade desta gestão tudo que

acontece neste espaço. Este polo conta com dois turnos de aulas: manhã e noite. Muito além de ser um espaço para apenas realização de exercícios físicos orientados, é um lugar de promoção de saúde, recebendo diversos profissionais de outras categorias para atividades pontuais em datas especiais para uma troca de saberes através de ações de promoção. Contamos atualmente com uma equipe de quatro profissionais de educação física (dois por turno) e uma auxiliar de serviços gerais. Ao todo, cerca de 480 alunos matriculados e frequentes participam de todas as atividades propostas neste espaço. A equipe do NASF-AB também utiliza o local para realização de oficinas e grupos operativos com temas específicos e, na maioria das vezes, os alunos também são convidados a participarem destas atividades também.

1.4.1 Principais problemas relacionados à Unidade Básica de Saúde

A UBS São Bernardo não tem tantos problemas relacionados à estrutura ou a espaço. Ainda faltam salas para todos os profissionais e a equipe do NASF-AB sempre fica um pouco prejudicada nesse quesito. Profissionais realizam o revezamento de salas para poderem atender a todas as demandas de todas as categorias profissionais. Um problema frequente refere-se à grande rotatividade de profissionais de saúde, principalmente médicos. Os fatores para essa rotatividade são variados, sendo a raiz do problema mais complexa do que se apresenta. Até mesmo a gestão da UBS em seis anos mudou três vezes. Com isso, o vínculo com o usuário é predominantemente estabelecido pelos profissionais da equipe que estão lá há mais tempo. Sempre acontece então uma certa demora até o novo profissional entender todos os fluxos, todas as particularidades daquela UBS e das famílias inscritas bem como do manejo do sistema de dados dos usuários.

1.5A Equipe de Saúde Verde da Unidade Básica de Saúde São Bernardo

A equipe Verde da UBS São Bernardo é composta por uma médica de Saúde da Família, uma Enfermeira, uma Técnica de Enfermagem e quatro ACS. Há ainda uma Enfermeira de apoio que auxilia a equipe e as demais quando necessário.

1.5.1 Aspectos demográficos da equipe Verde

Atualmente a equipe Verde da UBS São Bernardo têm 2135 usuários cadastrados. Os usuários estão divididos por faixa etária como mostra a tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição da população adscrita por faixa etária

FAIXA ETÁRIA/ANO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
< 1	7	10	17
1-4	42	28	70
5-14	78	68	146
15-19	86	109	195
20-29	109	128	237
30-39	141	152	293
40-49	157	154	311
50-59	202	215	417
60-69	143	149	292
70-79	65	73	138
≥ 80	9	10	19
TOTAL	1039	1096	2135

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência.

1.5.2 Aspectos epidemiológicos

É possível conhecer o perfil epidemiológico da população da área de abrangência da eSF por meio da coleta de dados disponíveis no cadastro individual da população. Exemplos de dados disponíveis no cadastro podem ser visualizados na tabela 2.

Tabela 2 – Perfil epidemiológico da população adscrita

Condição de Saúde	Quantitativo (nº)
Gestantes	7
Hipertensos	312
Diabéticos	107
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	37
Pessoas que tiveram AVC	5

Pessoas que tiveram infarto	3
Pessoas com doença cardíaca	12
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	6
Pessoas com hanseníase	0
Pessoas com tuberculose	0
Pessoas com câncer	4
Pessoas com sofrimento mental	22
Acamados	19
Fumantes	56
Pessoas que fazem uso de álcool	63
Usuários de drogas	19

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência.

1.5.3 Principais causas de óbitos, causas de internação e doenças de notificação referentes à área de abrangência

As principais causas de óbitos são derivadas de doenças do aparelho circulatório e respiratório, ou seja, paradas cardiovasculares ou paradas cardiorrespiratórias. Muitas dessas são provenientes de um quadro agudo de uma doença crônica não transmissível como a hipertensão, por exemplo. As principais causas de internações são condições agudas derivadas a processos infecciosos ou viróticos, como por exemplo, pneumonias bacterianas e dengues. As doenças com maior número de notificações são viroses, gripes, crises agudas de sinusites, conjuntivites, dentre outras.

1.5.4 Principais problemas relacionados à situação de saúde da população adscrita

Os principais problemas de saúde dos usuários da equipe verde da UBS São Bernardo são as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como a hipertensão, a diabetes tipo II, a hipercolesterolemia, distúrbios na tireoide, osteoartrites, osteoporose, depressões, pessoas em sofrimento mental, problemas decorrentes ao uso de álcool, tabagismo e outras drogas. Os casos agudos com maior frequência são as gripes, viroses e a dengue, sempre após um período chuvoso resulta em uma epidemia de dengue.

1.5.5 Planejamento e Avaliação das Ações a serem ofertadas à população

Os planejamentos das ações realizadas geralmente são feitos em reuniões de matriciamento junto à equipe do NASF-AB. Predominantemente o trabalho desenvolvido é multiprofissional e interdisciplinar, o que resulta em uma estratégia amplificada de ações ofertadas e de temas de grupos específicos de acordo com a demanda da população referenciada. Após a realização de algum grupo ou ação pontual, sentam-se todos e discutem, passando os *feedbacks* dos usuários atendidos e fazendo uma avaliação da situação para uma segunda ação subsequente.

1.6 O funcionamento da Unidade Básica de Saúde São Bernardo

A UBS São Bernardo funciona de segunda a sexta-feira das 7h00 às 18h00. Atualmente está em processo de mudança o funcionamento de todas as Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte sendo que, em breve, funcionará até as 19h00. Para isso, estão contratando profissionais de apoio e remanejando os horários e turnos dos profissionais já vinculados à UBS. Hoje a UBS São Bernardo conta com 66 profissionais atuantes, vinculados à ESF, apoio e demais categorias.

1.7 O dia a dia da equipe Verde

A equipe Verde, assim como as outras equipes da UBS São Bernardo, atua, na maior parte da distribuição do tempo, em consultas - seja no atendimento de demanda espontânea ou em consultas agendadas. A princípio, o usuário chega à UBS e é atendido pelos profissionais administrativos da recepção da unidade. Neste momento, os usuários que estão agendados para consulta são orientados a esperar até que o profissional que fará o atendimento o chame. Caso seja um usuário de demanda espontânea, reconhece primeiro qual equipe ele pertence e após esse momento ele passa pelo protocolo Manchester, que consiste em um sistema de triagem baseado em cores, de acordo com o critério de gravidade do problema de saúde apresentado. Quem faz a triagem é o profissional que atua na enfermagem da equipe de referência. Esse protocolo visa garantir a equidade como princípio do SUS e otimizar o

atendimento com a pré classificação dos usuários antes de chegar ao médico(a) da equipe.

Além das consultas, a equipe Verde realiza reuniões entre os próprios membros para discussão de casos e aperfeiçoamento dos processos de trabalho, reuniões com a equipe do NASF-AB, Visitas Domiciliares (VD), organização e execução de grupos operativos sobre algum tema como, por exemplo, grupo de Gestantes, grupo para o controle do Diabetes, grupo de cessação do Tabagismo, dentre outros que podem ser pontuais ou de acordo com alguma data comemorativa do calendário da saúde. Participam, sobretudo, de atividades de educação permanente juntamente com outras equipes e de capacitações, quando programado pela gerência da unidade. A equipe tem representatividade no colegiado gestor da unidade e alguns membros participam das comissões locais e conselhos de Saúde, quando tem.

A UBS São Bernardo apresenta um grande problema/desafio que é a rotatividade de profissionais, sejam contratados ou efetivos. Recentemente, a enfermeira da equipe saiu e entrou outra no lugar, assumindo o posto há poucos meses. Conseqüentemente, a equipe gasta um tempo maior em reuniões até o alinhamento de todas as condutas e aprendizagem dos fluxos e protocolos tanto em nível micro (UBS, ESF) quanto a nível macro (rede secundária e terciária de saúde).

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

O diagnóstico situacional feito juntamente com a equipe Verde da UBS São Bernardo possibilitou a identificação dos problemas que afetam diretamente as condições de saúde dos usuários pertencentes àquela comunidade, mais especificamente, àquela equipe de saúde da família. Este diagnóstico é considerado a primeira parte do Planejamento Estratégico Situacional (PES) que, propõe o desenvolvimento do planejamento enquanto um processo participativo, permitindo que diferentes profissionais e até mesmo a comunidade identifiquem os problemas e especifiquem suas demandas (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Os problemas encontrados foram: prevalência dos casos de DCNT; prevalência de casos de depressões e pessoas com sofrimento mental; índice significativo de

tabagismo, álcool e outras drogas; elevados casos agudos de gripes e dengues; tempo demasiado em filas de espera para atenção secundária; baixa condição socioeconômica da população.

Posteriormente, os problemas foram discutidos e selecionados através do método de estimativa rápida do PES, que constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

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

Os problemas encontrados foram listados de acordo com a prioridade de solução, segundo a equipe. O quadro 1 mostra os problemas selecionados em relação à importância, urgência, capacidade de enfrentamento e priorização.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Verde, Unidade Básica de Saúde São Bernardo, município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.

Principais problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Prevalência de casos de doenças crônicas não transmissíveis	Alta	7	Total	1
Prevalência de casos de depressões e pessoas com sofrimento mental	Alta	5	Total	2
Elevados casos agudos de gripes e dengues	Alta	4	Parcial	3
Índice significativo de tabagismo, álcool e outras drogas	Média	3	Total	4
Tempo demasiado em filas de espera para atenção secundária	Alta	5	Fora	5
Baixa condição socioeconômica da população	Média	6	Fora	6

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos em “Urgência”, totalizando 30 pontos

***Total, parcial ou fora

****Ordem os problemas considerando os critérios avaliados

2 JUSTIFICATIVA

O Brasil tem experimentado, nas últimas décadas, um fenômeno chamado de transição epidemiológica, com alterações significativas no quadro de morbimortalidade. As doenças e os óbitos por causas infecciosas e transmissíveis que eram comuns em tempos passados, estão sendo substituídas por DCNT na era contemporânea (ZAZÁ; CHAGAS, 2019). As DCNT representam um problema de saúde de grande magnitude e em 2011 correspondiam a 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), atingindo indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (DUNCAN *et al.*, 2011).

De acordo com o diagnóstico situacional realizado pelos profissionais de saúde da equipe Verde da UBS São Bernardo sobre os usuários da área de abrangência, constatou-se que cerca de 21% dos usuários tem alguma DCNT instalada. O trabalho realizado com a equipe Verde traz uma visão bem objetiva dos problemas de saúde enfrentados pela comunidade adscrita. Considerando a prioridade, urgência e capacidade de enfrentamento, as DCNT tiveram uma importância significativa quando comparadas com outros problemas de saúde pública na região, pois, quando não tratadas e controladas, podem estar relacionadas a causas de internações e óbitos, gerando desgaste físico ao usuário, aos familiares, além de ônus para o estado (BRASIL, 2013). Portanto, considerando a aplicabilidade do trabalho presente, justifica-se a realização de um plano de ação com vistas ao controle dos casos existentes e minimização do surgimento de novos casos uma vez que requerem cuidado longitudinal e, por ventura, poderão reincidir caso não haja um ataque ao problema agora.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para os usuários da área de abrangência da equipe Verde da Unidade Básica de Saúde São Bernardo em Belo Horizonte para melhor controle das DCNT e minimização de novos casos.

3.2 Objetivos específicos

Conhecer todos os casos de DCNT no território da equipe verde;

Aumentar o conhecimento dos usuários sobre suas condições de saúde;

Incentivar a procura do usuário à Unidade Básica de Saúde para realização de exames de rotina;

Minimizar o surgimento de novos casos de DCNT com ações de promoção de saúde que envolvam a prática de exercícios físicos e adequação de hábitos alimentares.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho foi baseado, primeiramente, em um diagnóstico situacional realizado pelos profissionais de saúde da eSF verde, da Unidade Básica de Saúde São Bernardo, do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Esse diagnóstico foi realizado através do método de Estimativa Rápida proposto por Faria, Campos e Santos (2018) a fim de saber sobre os principais problemas de saúde da população adscrita.

Posteriormente ao diagnóstico situacional, foi realizada uma revisão bibliográfica consultando a biblioteca virtual em saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (NESCON), sites do Ministério da Saúde e IBGE, e uma busca por artigos nas plataformas do LILACS e PUBMED utilizando o MESH para os descritores sobre os temas que envolvem o problema principal das DCNT no território da eSF verde. Para a busca foram utilizados os seguintes descritores: fatores de risco; doenças crônicas não transmissíveis; exercício físico e alimentação.

Por fim, foi pensado em um plano de intervenção através de um desenho das operações de forma objetiva, informando sobre o projeto, a viabilidade, os recursos disponíveis e prazos para execução. Este plano de ação foi denominado de Planejamento Estratégico Situacional.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)

As doenças crônicas são conhecidas como afecções de saúde que acompanham os indivíduos por um longo período de tempo, podendo apresentar momentos de piora ou de melhora sensível (CASADO; VIANNA; THULER, 2009). A não transmissibilidade é uma característica importante que as difere de doenças infectocontagiosas.

As DCNT são consideradas um problema sério de saúde pública não só no Brasil, mas em todo o mundo. Como acompanham os indivíduos por um longo período de tempo, elas produzem complicações de gravidade relevante resultando em forte impacto na morbimortalidade e na qualidade de vida dos indivíduos afetados. Apresentam também um maior risco de morte prematura e efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade geral (WHO, 2011). Elas são caracterizadas por terem causas múltiplas, muitos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e também por associarem-se a deficiências e incapacidades funcionais (MALTA *et al.*, 2015).

A ocorrência das DCNT é influenciada de forma significativa pelas condições de vida, pelas desigualdades sociais, não sendo resultado apenas dos estilos de vida. As transições demográfica, epidemiológica e nutricional, a urbanização e o crescimento econômico e social também contribuem para o maior risco de desenvolvimento de DCNT na população (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Fazem parte do grupo das DCNT as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, dislipidemias, diabetes mellitus, doenças respiratórias obstrutivas e neoplasias, responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade no mundo (GOULART, 2011). Esse grupo de doenças atinge indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, principalmente, aqueles pertencentes a grupos com maior vulnerabilidade, como os de baixa escolaridade e baixa renda (ABEGUNDE *et al.*, 2007). Conforme a OMS, essas doenças criam um círculo vicioso com a pobreza, impactando negativamente sobre o desenvolvimento macroeconômico dos países, especialmente daqueles de média e baixa renda (BRASIL, 2011).

No mundo todo as DCNT representam as principais causas de morte e as mais comuns são as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica. Cerca de 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa ou média renda, onde 29% são de pessoas com menos de 60 anos, enquanto nos países com maior renda apenas 13% são mortes precoces (BRASIL, 2011).

No Brasil, as DCNT correspondem a 72% das causas de morte na população. Além disso, dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 mostram que mais de 45% da população adulta, cerca de 54 milhões de indivíduos na época, relatou ter pelo menos uma DCNT (SCHMIDT *et al.*, 2011; MALTA *et al.*, 2015). O monitoramento dessas doenças e de seus fatores de risco se mostra como prioridade no Brasil, acompanhando os esforços de outros países também (BRASIL, 2011).

Em Minas Gerais, nos últimos anos, as DCNT passaram a compor as estatísticas de uma forma significativa quando se refere à morbimortalidade. De acordo com dados da Pesquisa por Amostra de Domicílios de Minas Gerais (PAD-MG), apenas 24,1% das pessoas com 60 anos ou mais não apresentam nenhuma doença crônica (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2014 *apud* ZAZÁ; CHAGAS, 2019).

Em Belo Horizonte, o estudo intitulado “Prevalência e tendência dos fatores de risco e proteção para as DCNT no município de Belo Horizonte, MG”; mostrou que a tendência e a prevalência dos fatores de risco para as DCNT são compatíveis com as do Brasil (REIS, 2018).

As DCNT requerem ainda uma abordagem sistemática para o tratamento, exigindo novas estratégias dos serviços de saúde para seu cuidado longitudinal.

5.2 Fatores de riscos associados às Doenças Crônicas não Transmissíveis

Os fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT vêm sendo comumente classificados na literatura como modificáveis ou não modificáveis. Entre os fatores modificáveis, estão a ingestão de álcool em grandes quantidades, o tabagismo, o sedentarismo, o estresse, a obesidade e o colesterol elevado. Já entre os fatores não modificáveis, temos a hereditariedade, sexo, cor, destacando-se a idade, com clara relação entre o envelhecimento e o risco de desenvolver DCNT e possíveis agravos (BOTREL *et al.*, 2000).

Com a mudança do perfil epidemiológico somado ao envelhecimento populacional e à heterogeneidade demográfica, social e econômica observada no Brasil, refletem-se diferentes padrões de mortalidade e de morbidade por DCNT, exigindo respostas que envolvam as especificidades locais e que sejam adequadas às suas realidades. O conhecimento da prevalência dos fatores de risco para DCNT, principalmente os modificáveis, é fundamental por serem sinais de alerta para o crescimento da morbimortalidade relacionada a essas doenças (BRASIL, 2005).

O tabagismo e a exposição mesmo que passiva ao tabaco são importantes fatores de risco para o desenvolvimento de uma série de DCNT, tais como câncer, doenças pulmonares e doenças cardiovasculares, de modo que o uso do tabaco continua sendo líder mundial entre as causas de mortes evitáveis (WHO, 2011).

O consumo nocivo de álcool é também um fator de risco para as DCNT, bem como dos acidentes e violências (WHO, 2011). É responsável por 2,3 milhões de mortes por ano, o que corresponde a 3,8% de todas as mortes do mundo e, dessas, mais da metade se devem às doenças como câncer, doenças do aparelho circulatório e cirrose hepática (WHO, 2014). Segundo dados do Vigitel, em 2016, o percentual da população adulta brasileira que consumiu abusivamente bebida alcoólica nos últimos trinta dias foi de 19,1% (BRASIL, 2017).

A obesidade é um importante fator de risco para DCNT pois é considerada como uma epidemia complexa e de grandes proporções mundiais, afetando todas as faixas etárias e grupos socioeconômicos, aumentando as taxas de mortalidade como consequência (WHO, 2016). De acordo com dados da OMS, a ocorrência de obesidade no mundo mais do que dobrou desde 1980, apresentando um crescimento exponencial principalmente nos últimos anos (WHO, 2016). A estimativa em 2002, por exemplo, era de aproximadamente 1 bilhão de pessoas com sobrepeso, sendo 300 milhões consideradas obesas (WHO, 2012); enquanto em 2014 esses números foram ainda mais alarmantes, contando mais de 1,9 bilhões de adultos com sobrepeso e 600 milhões de obesos (WHO, 2016). O Brasil é o quinto país com maior número de obesos no mundo, segundo pesquisa publicada na revista *The Lancet*, em 2014, e 77º país com mais obesos segundo o ranking da OMS (SILVA; DIONISIO, 2019).

A inatividade física foi responsável pela morte de 3,2 milhões de pessoas ao ano, acarretando o crescimento de 20% a 30% na incidência de DCNT. Esta situação, além de contribuir para o aumento no investimento em saúde, aponta para a

necessidade de ações de saúde pública, no sentido de um planejamento estratégico, com objetivos e metas claramente definidos, visando o enfrentamento desse notório problema de saúde que cresce mundialmente (LAS CASAS *et al.*, 2018).

Por fim, os maus hábitos alimentares são considerados fatores de risco importantes para a evolução das DCNT, pois estão relacionados diretamente a alguns fatores que interferem na prevenção e no controle dessas doenças, como excesso de peso, dislipidemia, controle glicêmico inadequado, padrão alimentar com consumo excessivo de gordura saturada e baixa ingestão de frutas e vegetais e excesso de sódio e consumo de alimentos industrializados (BRASIL, 2005).

5.3 Políticas de enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis

Antes de falar sobre o enfrentamento das DCNT, é interessante ter ciência dos processos de monitoramento das mesmas. A vigilância e monitoramento das DCNT são ações de extrema importância em saúde pública, pois são ferramentas que possibilitam mapear a distribuição, a magnitude e a tendência dessas doenças e de seus fatores de risco na população e identificar seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, com o objetivo de auxiliar no planejamento, execução e avaliação da prevenção e do controle (MALTA *et al.*, 2013).

As DCNT têm um papel importante quando é traçado o perfil epidemiológico da população brasileira, sendo relevante reconhecer que os fatores de risco para essas doenças são passíveis de prevenção. Sendo assim, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel). Essa implantação se fez por intermédio da Secretaria de Vigilância em Saúde, contando com o suporte técnico do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo (Nupens/USP) (BRASI, 2016). Dessa forma, a realização, em 2013, da Pesquisa Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) - a pesquisa mais ampla sobre saúde e seus determinantes já realizada no país - compõe o sistema de monitoramento de DCNT e inclui tanto informações sobre fatores de risco quanto de morbidade (MALTA *et al.*, 2015).

O sistema de vigilância de DCNT apresenta alguns desafios e limites no Brasil, como, por exemplo, avançar na capacitação de técnicos das esferas estadual e

municipal para análise das bases de dados do Sistema de Informação em Saúde (SIS) visando ao fortalecimento do componente da vigilância nos estados. O maior desafio consiste na continuidade e sustentabilidade do sistema e da agenda de vigilância, prevenção, promoção da saúde e atenção integral de DCNT (MALTA *et al.*, 2017).

Sabe-se que muitas das DCNT podem ser evitadas, ou pelo menos adiadas. Com isso, entende-se que quando não se previne e controla essas doenças de uma forma apropriada, pode resultar em enormes custos humanos e sociais, que irão necessitar de uma quantidade de recursos que poderia ter sido evitado, onerando ainda mais o estado. Existem boas razões econômicas para se implementar programas e políticas públicas em saúde que promovam o envelhecimento ativo da população, pois o aumento da participação social está correlacionado à redução de custos com o cuidado (WHO, 2005).

Considerando o período desde a sua implantação, a PNPS apresentou progressos importantes e alguns desafios. O estudo de Malta *et al.* (2014) fez um balanço sobre a implementação da PNPS entre 2006 a 2014 e destacaram o cumprimento da agenda de 2006 a 2007 e a inserção de novos temas ao longo dos anos, tais como o projeto Vida no Trânsito, Academia da Saúde, Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, Saúde na Escola, dentre outros. Além desse balanço, os autores descrevem novas demandas e compromissos assumidos na Conferência de Alto Nível Organização das Nações Unidas – DCNT (2011), na Conferência Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde (2011), na Conferência Rio + 20 (2012) e na 8ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde (2013) (MALTA *et al.*, 2014). Posto isso, ressalta-se que a atividade física é mantida como prioridade para a PNPS, que destaca a implantação e a relevância do Programa Academia da Saúde no Brasil.

O Programa Academia da Saúde foi instituído em 2011 e está sob a governança direta das prefeituras municipais, com financiamento e controle do Ministério da Saúde, ofertando, principalmente, atividades físicas coletivas para a promoção da saúde da população e prevenção de agravos (BRASIL, 2011). Nesse tocante, é importante ressaltar a importância de um programa como este para o controle das DCNT e redução de novos casos.

Além do Programa Academia da Saúde, o NASF-AB foi criado pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no

Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como proporcionar aumento da abrangência e resolutividade das ações (BRASIL, 2020). Atualmente regulamentados pela Portaria de Consolidação nº 2, a atuação integrada do NASF-AB com eSF permite realizar discussões de casos clínicos, atendimento compartilhado entre profissionais, tanto na Unidade de Saúde como nas VD e possibilita a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma a ampliar e qualificar as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde culminam para melhoria da qualidade de vida das pessoas e reduz os danos relativos às DCNT, foco desse estudo.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “prevalência de casos de DCNT”, para o qual se registra um aumento significativo de casos, representando cerca de 21% dos usuários do território da equipe Verde da Unidade Básica de Saúde São Bernardo. Esse problema é considerado o eixo do presente trabalho e foi selecionado a partir do método de estimativa rápida aplicado com os profissionais de saúde que compõem a equipe Verde. A partir disso, foram discutidas duas causas, nomeadas de “nós críticos” do problema proposto, que estão relacionadas ao estilo de vida inadequado somado aos maus hábitos alimentares da população adscrita e a pouca procura por parte do usuário a ações pontuais de prevenção de doenças e promoção de saúde.

6.1 Descrição do problema selecionado

Desde julho de 2013 o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) passou a ser o sistema vigente para fins de financiamento e adesão aos programas e estratégias da PNAB, incrementando a gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho. Além do SISAB, existe também o e-SUS AB que é composto por dois sistemas de software que instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no SISAB. Com isso, os sistemas e-SUS AB foram desenvolvidos para atender os processos de trabalho da Atenção Básica para a gestão do cuidado em saúde, podendo ser utilizado por profissionais de todas as equipes de Atenção Básica, pelas equipes do NASF-AB, do Consultório na Rua, de Atenção à Saúde Prisional e da Atenção Domiciliar, além dos profissionais que realizam ações no âmbito de programas como o Saúde na Escola (PSE) e a Academia da Saúde. Com o SISAB, é possível saber sobre as informações da situação sanitária e de saúde da população adscrita a qualquer UBS por meio de relatórios de saúde, bem como de relatórios de indicadores de saúde por estado, município, região de saúde e equipe (BRASIL, 2018).

Embora exista essa possibilidade, a coleta de dados deste trabalho foi feita diretamente com as ACS da eSF Verde da UBS São Bernardo. Desta forma, foi

possível chegar nos seguintes dados: 312 usuários são hipertensos, 107 são diabéticos (tipo I ou II) e 37 possuem doenças pulmonares obstrutivas crônicas. Somam-se então um total de 456 casos num total de 2135 usuários cadastrados. Torna-se importante destacar que, muitas vezes um determinado usuário pode apresentar mais de uma das doenças crônicas citadas.

6.2 Explicação do problema selecionado

Entre as DCNT, como as citadas acima, não se pode descartar a influência do fator genético (BRASIL, 2013) entretanto, muitos fatores etiológicos podem ser alterados. A hipertensão e o diabetes *mellitus* podem ter entre suas causas o estilo de vida inadequado, como por exemplo, maus hábitos alimentares e falta de exercício físico (BRASIL, 2001). Pode-se inferir que o estilo de vida inadequado da população pertencente à equipe Verde é consequência de uma série de possíveis fatores: falta de tempo para prática de exercícios físicos; falta de instrução e informação sobre os hábitos alimentares; falta de incentivo e fomento de mudanças de hábitos por parte do sistema governamental; falta de mais políticas públicas de esporte e lazer na região; pouca adesão a grupos operativos específicos que tratam de DCNT; baixo custo de alimentos hipercalóricos e pouco nutritivos e; por fim, falta de interesse por parte do usuário em mudar o próprio quadro de saúde num sistema onde há uma facilidade em remediar o problema do que tratar a causa uma vez que os remédios e tratamentos são gratuitos e mudar hábitos demanda tempo, desconforto, persistência e o alcance de resultados é de médio a longo prazo.

Muitos desses fatores não são de competência da equipe solucionar. Falta de tempo para prática de exercícios, por exemplo, pode ser devido a uma carga demasiada de trabalho e deslocamento ao trabalho. A falta de instrução, informação e incentivo sobre mudanças de hábitos alimentares pode ser consequência de uma limitação de ofertas sobre esse assunto na unidade de saúde que, por sua vez, vem de uma extensa agenda totalmente comprometida por parte dos profissionais para atendimentos, consultas e VD, não sobrando espaço para tantas ações de promoções de saúde e prevenção de agravos. A falta de mais políticas públicas de esporte e lazer na região vem de outros setores do âmbito governamental que não dispõe de verbas suficientes para construção de novos espaços e contratação de novos profissionais

ao mesmo tempo em que a demanda populacional carece de tais cuidados. O problema do baixo custo de alimentos que são hipercalóricos e pouco (ou nada) nutritivos vem de todo um processo de industrialização alimentícia e comercialização de alimentos industrializados, que estão sujeitos à concorrência de mercado no sistema capitalista vigente, abaixando os preços em consequência de alta oferta (PELLERANO, 2014). A equipe de saúde da família não tem nenhuma capacidade de enfrentamento neste problema. Entretanto, orientar sobre a precariedade nutricional desses alimentos, já é algo que está ao alcance da equipe por meio de grupos e atendimentos individuais.

Além disso, Borges e Porto (2014) destacam também a falta de procura por parte do usuário ao sistema de saúde para ações de prevenção de agravos e promoção de saúde, como por exemplo, a realização de exames de rotina, participação em grupos operativos, entre outros. É perceptível que muitas pessoas preferem remediar, ou seja, tratar com medicamentos que são acessíveis ou até mesmo gratuitos conseguidos nas unidades de saúde, do que mudar o hábito que reflete em mudança de todo um contexto familiar e de vida. Fazer exercícios demanda tempo, esforço, às vezes desconfortos e dores. Mudar alimentação demanda tempo, saber preparar alimentos orgânicos, paciência para os resultados que não são rápidos. Entretanto, vale destacar que a equipe tem parcial capacidade de enfrentamento, uma vez que pode auxiliar o usuário por meio dos profissionais do NASF-AB e da própria eSF que estão aptos a direcioná-los e orientá-los da melhor forma, além de inseri-lo em programas de exercícios e grupos de alimentação saudável.

Pensando por essa lógica, muitas DCNT poderiam ter sido evitadas se a população em questão tivesse mais responsabilidade pelo seu próprio quadro de saúde (FARIA *et al.*, 2017).

6.3 Seleção dos nós críticos

Os nós críticos selecionados para o problema priorizado foram:

- Estilo de vida inadequado (maus hábitos alimentares e sedentarismo) e;
- Falta de procura por parte do usuário às ações de promoção de saúde e prevenção de agravos de DCNT.

6.4 Desenho das operações sobre “nó crítico” – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos, viabilidade e gestão

As operações sobre cada “nó crítico” selecionado ao problema principal da prevalência de DCNT na população da equipe de Saúde da Família Verde, da Unidade Básica de Saúde São Bernardo, município de Belo Horizonte, serão detalhadas a seguir nos Quadros 2 e 3.

Quadro 2. Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Prevalência de casos de doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Verde, do município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Estilo de vida inadequado (maus hábitos alimentares e sedentarismo)
Operação (operações)	Melhora do estilo de vida da população adscrita e mudança de hábitos alimentares e de atividade física
Projeto	<i>Reeducação física e alimentar</i>
Resultados esperados	Conscientizar a população da importância da reeducação alimentar; reduzir consumo de alimentos industrializados, de sódio, gorduras e açúcares; aumentar a participação em programas de atividade física; reduzir a incidência de doenças crônicas não transmissíveis na área de abrangência; melhorar a qualidade de vida da população.
Produtos esperados	Realização de mais grupos operativos sobre a importância de ter alimentação saudável e balanceada; Convite a inserção em programas de exercícios físicos como Academia da Cidade; Organização de grupos regulares de caminhada.
Recursos necessários	Estrutural: Liberação do salão para realização dos grupos operativos; Recursos humanos como profissionais para orientação das atividades; Cognitivo: Mais estudos e capacitações para os profissionais envolvidos sobre os temas propostos; mais estratégias de comunicação interprofissional. Auxílio de outras categorias profissionais no compartilhamento de saberes para um possível trabalho interdisciplinar e para participação nas capacitações, quando houver. Financeiro: Recursos para equipamentos audiovisuais para os grupos de alimentação saudável; impressão de folhetos informativos e convites. Político: Viabilizar mais espaço e mais equipamentos públicos para exercícios físicos; articulação com outras secretarias como a de Esporte e Lazer para inserção desses usuários em outros programas de exercícios.
Recursos críticos	Estrutural: Liberação do salão pela gestora da UBS para realização dos grupos operativos; Cognitivo: Auxílio de outras categorias profissionais no compartilhamento de saberes para um possível trabalho interdisciplinar e para participação nas capacitações, quando houver.
Controle dos recursos críticos	Gerente da UBS (motivação favorável); outras categorias profissionais solicitadas para auxílio (motivação indiferente).

Ações estratégicas	Listagem dos projetos existentes para prática de exercícios físicos bem como a ciência dos fluxos e critérios de entrada; reuniões com equipe do NASF-AB para alinhamento de ações e fazer os encaminhamentos necessários para os grupos de alimentação saudável e da Academia da Cidade.
Prazo	Um mês para o início das reuniões de equipe, dois meses para o convite aos usuários às aulas na Academia da Cidade e três meses para início dos grupos operativos de reeducação alimentar; três meses para a entrada dos usuários interessados ao programa Academia da Cidade (após avaliação física no programa).
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Profissional de Educação Física e Nutricionista do NASF-AB.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Realização de mais grupos operativos sobre a importância de ter alimentação saudável e balanceada; Convite a inserção em programas de exercícios físicos como Academia da Cidade; Organização de grupos regulares de caminhada Inicialmente o profissional de educação física que conduz as aulas na academia da cidade e que estará conduzindo o grupo de caminhada fará o controle da frequência dos usuários participantes. A cada seis meses os usuários serão avaliados através de um questionário; O nutricionista que estará conduzindo o grupo operativo sobre alimentação saudável também fará o controle da frequência dos usuários participantes e após seis meses fará uma avaliação através de dinâmicas.

Quadro 3. Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Prevalência de casos de doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Verde, do município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Falta de procura por parte do usuário às ações de promoção de saúde e prevenção de agravos de DCNT.
Operação (operações)	Incentivo à promoção do cuidado em saúde e prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis na área de abrangência.
Projeto	<i>Prevenir é o melhor remédio</i>
Resultados esperados	População mais consciente da importância dos exames de rotina em caráter preventivo; aumento da procura pelo usuário para realização de exames preventivos de rotina; aumento da participação do usuário em ações pontuais de promoção da saúde.
Produtos esperados	Palestras e ações de saúde em dias específicos para orientação do usuário; reuniões com equipe de saúde da família para criar estratégias para busca ativa do usuário em questão; oferta de mais exames preventivos.
Recursos necessários	Estrutural: Mais salas e mais profissionais para atendimento devido à maior demanda dos usuários que procurarão a UBS para realização de exames preventivos. Disponibilização da agenda dos profissionais envolvidos na captação dos usuários por parte da gerência da UBS para o atendimento da demanda aumentada bem como para realização das ações de promoção de saúde e prevenção de agravos.

	<p>Cognitivo: Mais capacitação para os profissionais terem mais informações sobre o controle das variáveis que afetam as doenças crônicas não transmissíveis.</p> <p>Financeiro: Impressões de materiais didáticos e informativos, compra de mais insumos para realização de exames laboratoriais.</p> <p>Político: Articulação com setor de comunicação para produção de impressos, informes e panfletos de educação em saúde.</p>
Recursos críticos	<p>Estrutural: Disponibilização da agenda dos profissionais envolvidos na captação dos usuários por parte da gerência da UBS para o atendimento da demanda aumentada bem como para realização das ações de promoção de saúde e prevenção de agravos.</p> <p>Cognitivo: Mais capacitação para os profissionais terem mais informações sobre o controle das variáveis que afetam as doenças crônicas não transmissíveis.</p>
Controle dos recursos críticos	Gestora da unidade, Enfermeira da equipe Verde.
Ações estratégicas	Reuniões de equipe com pauta sobre a captação e busca ativa do usuário que enquadra no problema citado.
Prazo	Dois meses para início das reuniões e três meses para campanha de sensibilização/ conscientização.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica e Enfermeira da equipe Verde
Processo de monitoramento e avaliação das ações	<p>Nível de informação dos usuários sobre a importância da realização de exames preventivos de rotina e sobre diagnóstico precoce de qualquer doença – início em dois meses;</p> <p>Acompanhamento dos pedidos de exames para verificar se houve aumento dos mesmos, principalmente entre os usuários com doenças crônicas; busca ativa pelos ACSs da equipe aos usuários com doenças crônicas não transmissíveis que não consultam com o médico há mais de um ano.</p>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo traz consigo possibilidades para minimização de um problema apontado num pequeno recorte de um território em Belo Horizonte. Faz-se necessário, contudo, esclarecer o papel do profissional de educação física na ESF e no que tange a gestão do cuidado em saúde da família. Nesse caso, partindo das informações explicitadas aqui sobre o NASF-AB, é possível entender que qualquer categoria profissional pertencente à esta sigla, tem em seu processo de trabalho a característica de atuação em ações compartilhadas visando uma intervenção interdisciplinar. Portanto, propor um plano de intervenção pensando em melhora do estilo de vida da população e na conseqüente mudança de hábitos alimentares e de atividade física é do escopo de ações do profissional de educação física enquanto pertencente ao NASF-AB. Do mesmo modo, pensar em uma estratégia para incentivar a promoção do cuidado por parte do usuário e da maior participação em ações de saúde e prevenção de agravos, é atribuição comum aos integrantes das eSF e dos profissionais do NASF-AB que compartilham o objetivo da construção de redes de atenção e cuidado de uma forma corresponsável.

Sabe-se que uma situação desejável pensando em saúde pública ainda soa como inalcançável. Mudar padrões de comportamentos alimentares, praticar exercícios regulares, cuidar da saúde mental, ter tempo para lazer e socialização, dentre tantas outras possibilidades, é presumir que o usuário tenha tempo e viabilidade para acessar todos esses fluxos, o que não acontece com excelência na prática. Mas, se ao menos nós, enquanto profissionais da saúde, conseguirmos replicar a importância do autocuidado, já é um passo muito relevante na adesão do usuário a qualquer tratamento e participação em ações coletivas de promoção de saúde.

Faz-se necessário também que os profissionais de saúde atuantes na APS principalmente, assumam as suas responsabilidades em regimes de gestão compartilhada com todos os membros das eSF e NASF-AB e sob a coordenação da gerência imediata, para que o usuário seja contemplado pela integralidade do cuidado, universalidade do acesso e pela equidade, princípios norteadores do SUS que são de extrema importância para garantia de direitos e vivência da cidadania.

REFERÊNCIAS

ABEGUNDE, D.O. *et al.* The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. **Lancet**, v.370, n.8, p. 1929-1938, 2007.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013. **Perfil Municipal – Belo Horizonte /MG**. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/belo-horizonte_mg>. Acesso em 04 de ago. 2020.

BOTREL, T.E.A.; *et al.* Doenças cardiovasculares: causas e prevenção. **Revista brasileira de clínica e terapêutica**, v.26, n.3, p.87-90, maio, 2000.

BORGES, S. A. C.; PORTO, P. N. Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para educação em saúde. **Saúde em debate**: Rio de Janeiro. v. 38, N. 101, P. 338-346, Abr-Jun, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM)**: protocolo / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis**: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro/Brasil. Ministério da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 80p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: 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 2016** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 160p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)**. Departamento de Saúde da Família, 2018. Disponível em <<https://sisab.saude.gov.br/>> Acesso em setembro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Núcleo Ampliado de Saúde da Família – Atenção Básica**. Disponível em <<https://aps.saude.gov.br/ape/nasf>>. Acesso em: 10 de set. 2020.

CASADO, L.; VIANNA, L. M.; THULER, L. C. S. Fatores de risco para Doenças Crônicas Não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 55, n. 4, p. 379-388, 2009.

DUNCAN, B. B. *et al.* Mortalidade por Doenças Crônicas no Brasil: situação em 2009 e tendências de 1991 a 2009. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 372 p.

FARIA, H. P. *et al.* **Determinantes sociais da saúde e da doença.** In: Processos de trabalho em saúde e modelo de atenção. Belo Horizonte: NESCON: UFMG, 2017. p. 49- 63.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C. SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde.** Belo Horizonte: NESCON: UFMG, 2018.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO Boletim PAD-MG / 2013: pesquisa por amostras de domicílios de Minas Gerais: indicadores básicos. Documento Metodológico. Ano 3, n. 7, p. 1-65, 2014 *apud* ZAZÁ, D. C.; CHAGAS, M. H. **Educação Física: Atenção à Saúde do Idoso.** Belo Horizonte: NESCON: UFMG, 2019.

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis:** estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico – 2010:** Características da população e dos domicílios. Resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf>. Acesso em: 16 nov 19.

IBGE-cidades. **Belo Horizonte, Minas Gerais.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>> Acesso em: 20 ago 20.

LAS CASAS, R.C.R.; *et al.* Fatores associados à prática de atividade física na população brasileira – Vigitel 2013. **Saúde Debate.** v. 42, n. 4, p. 134-144. Rio de Janeiro: dez, 2018.

MALTA, D. C. *et al.* Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. In: ROQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medbook, p. 273-96, 2013.

MALTA, D. C. *et al.* A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.19, n. 1, p.4301-4312, nov. 2014.

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.** v.18, supl. 2, p. 3-16, dez, 2015.

MALTA, D. C. *et al.* A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 20, n. 4, p. 661-675. Out-Dez, 2017.

MELO, M.C.B.; SILVA, M.L.C. **Rede de atenção: urgências**. Belo Horizonte: NESCON: UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Rede-atencao-urgencias_Versao_Final.pdf> Acesso em: 6 out. 2019.

PELLERANO, J. A. **Embalados e prontos para comer: relações de consumo e incorporação de alimentos industrializados**. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontífca Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE - **PMS 2018-2021** Aprovado. Prefeitura de Belo Horizonte, Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/PMS%202018-2021%20aprovado.pdf>>. Acesso em: 15 de Outubro de 2019.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. PBH. **Belo Horizonte**, 2019. Disponível em: <<http://pbh.gov.br>>. Acesso em: 15 de Outubro de 2019.

REIS, B.S.M.T. **Prevalência e tendência dos fatores de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis no município de Belo Horizonte, MG.** 2018. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – UFMG, Belo Horizonte, 2018.

SCHMIDT, M.I.; *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. p. 61-74. 2011. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/269298/mod_resource/content/1/Saude%20Ono%20Brasil%20artigo%204%20Lancet%202011.pdf> Acesso em: 12 Jun 2020.

SILVA, J.M.; DIONISIO, G.H. Panorama sobre a obesidade: do viés cultural aos aspectos psíquicos. **Rev. SBPH.** v. 22, n. 2, p.248-275, Rio de Janeiro: Jul-Dez, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases. 2010.** Geneva: WHO; 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity.** 2012. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>> Acesso em: 17 de julho de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2014.** Geneva: World Health Organization; 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight.** 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>> Acesso em: 17 de julho de 2020.

ZAZÁ, D.C.; CHAGAS, M.H. **Educação Física:** Atenção à Saúde do Idoso. Belo Horizonte: NESCON: UFMG, 2019.