

Emanuele Fernanda Meira

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA ENFRENTAMENTO DOS PRINCIPAIS
FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM
ADULTOS E IDOSOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BARÃO DE SÃO
ROMÃO EM JANUÁRIA-MINAS GERAIS**

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG

2021

Emanuele Fernanda Meira

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA ENFRENTAMENTO DOS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM ADULTOS E IDOSOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BARÃO DE SÃO ROMÃO EM JANUÁRIA-MINAS GERAIS

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: Professora Daniela Coelho Zazá

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG

2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - NESCON

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos treze dias do mês de março de 2021, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família – CEGCSF se reuniu online para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso da aluna **EMANUELE FERNANDA MEIRA** intitulado “PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA ENFRENTAMENTO DOS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM ADULTOS E IDOSOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BARÃO DE SÃO ROMÃO EM JANUÁRIA-MINAS GERAIS”, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Dra. DANIELA ZAZÁ e Dra. MATILDE MEIRE MIRANDA CADETE. O TCC foi aprovado com a nota 88.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela Coordenação do CEGCSF no dia treze do mês de março, do ano de dois mil e vinte e um e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro.

Belo Horizonte, 05 de maio de 2021.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO
Coordenador do Curso de Especialização Gestão do Cuidado Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro**, **Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 06/05/2021, às 15:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0709121** e o código CRC **998B08C8**.

Aos meus pais Geraldo e Madalena por sempre serem minha fortaleza em todos os momentos e meus maiores incentivadores mesmo distantes.

Aos meus amados alunos que me inspiraram na realização deste projeto durante toda minha trajetória como profissional de Educação Física da Atenção Básica a Saúde

A equipe da Unidade Básica de Saúde Barão de São Romão pelo apoio e ajuda.

AGRADECIMENTOS

A Deus em primeiro lugar por me conceder mais uma conquista.

Aos meus pais por serem meus maiores incentivadores.

À minha orientadora Prof.^a Daniela Coelho Zazá, pela paciência e disponibilidade.

A todos os professores do curso que contribuíram para meu crescimento profissional.

“A vitalidade é demonstrada não apenas pela persistência, mas pela capacidade de começar de novo.” (F. Scott Fitzgerald)

RESUMO

Januária é uma cidade localizada na região Sudeste do país. O sistema municipal de saúde de Januária adota a rede de atenção básica que tem o Programa da Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização. A área de abrangência da equipe de saúde da família da unidade Barão de São Romão tem uma população adscrita de aproximadamente 3.400 pessoas. O objetivo deste trabalho foi elaborar um plano de ação para enfrentamento dos principais fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em adultos e idosos da unidade básica de saúde Barão de São Romão em Januária-Minas Gerais. 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 dos usuários e sedentarismo e/ou atividade física insuficiente como condição de vida de adultos e idosos. Baseado nesses nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: criação dos projetos “De bem com a vida” para uma maior conscientização dos usuários sobre hábitos e comportamentos de risco como sedentarismo, alimentação inadequada, estresse, abuso de bebidas alcólicas e tabagismo. Incentivo à mudança de hábitos e “envelhecimento ativo e saudável” para aumentar o número de adultos e idosos fisicamente ativos e reduzir o uso excessivo de tratamentos medicamentosos. Espera-se que o plano de intervenção proposto nesta pesquisa seja eficiente em reduzir os índices de morbidade, incapacidade e mortalidade causados pelas doenças crônicas não transmissíveis.

Palavras-chave: Doença crônica não transmissível. Envelhecimento. Promoção da saúde.

ABSTRACT

Januária is a city located in the southeast region of the country. The Municipal Health System of Januária adopts the network of basic health care services that has Family Health Program as a priority strategy for its organization. The area covered by the family health team at the Barão de São Romão Unit has an enrolled population of approximately 3.400 people. The objective of this work is to elaborate an action plan to face the main risk factors for Chronic Noncommunicable Diseases in adults and the elderly of the Basic Health Unit Barão de São Romão in Januária-MG. 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 of users and; sedentary lifestyle and/or insufficient physical activity as a living condition for adults and the elderly. Based on these critical nodes the following coping actions were proposed: creation of the projects "Good with life" to increase users' awareness of risky habits and behaviors such as a sedentary lifestyle, inadequate diet, stress, alcohol abuse and smoking. Incentive to change habits and; "Active and healthy aging" in order to increase the number of physically active adults and the elderly and reduce the overuse of drug treatments. The intervention plan proposed in this research is expected to be efficient in reducing the rates of morbidity, disability and mortality caused by chronic non-communicable diseases.

Keywords: chronic non-communicable disease. Aging. Health promotion.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da família da Unidade Básica de Saúde Barão de São Romão, município de Januária, estado de Minas Gerais | 25 |
| Quadro 2 - Descritores do Problema Priorizado | 42 |
| Quadro 3 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o nó crítico 1 “Estilo de vida inadequado dos usuários”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Barão de São Romão, do município Januária, estado de Minas Gerais | 44 |
| Quadro 4 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o nó crítico 2 “Sedentarismo e/ou atividade física insuficiente como condição de vida de adultos e idosos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Barão de São Romão, do município Januária, estado de Minas Gerais | 46 |
| Figura 1 - Principais fatores de risco modificáveis para DCNT | 33 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|---|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| AVE | Acidente Vascular Cerebral |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| CEAE | Centro Estadual de Especialidades Médicas |
| CER | Centro Especializado em Reabilitação |
| CVV | Centro Viva Vida |
| CISAMSF | Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Médio São Francisco |
| DCNT | Doença Crônica Não Transmissível |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| HUCF | Hospital Universitário Clemente de Faria |
| NASF-AB | Núcleo de Apoio a Saúde da Família Atenção Básica |
| MS | Ministério da Saúde |
| PMAQ | Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNS | Pesquisa Nacional de Saúde |
| PSE | Programa Saúde na Escola |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| SAPS | Secretaria de Atenção Primária a Saúde |
| SISAB | Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica |
| SUS | Sistema único de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 1.1 Aspectos gerais do município de Januária | 11 |
| 1.2 O sistema municipal de saúde | 12 |
| 1.3 Aspectos da comunidade | 20 |
| 1.4 A Unidade Básica de Saúde Barão de São Romão | 21 |
| 1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Barão de São Romão | 22 |
| 1.6 O funcionamento da Unidade Básica de Saúde Barão de São Romão | 22 |
| 1.7 O dia a dia da Equipe de Saúde da família da Unidade Barão de São Romão | 22 |
| 1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) | 24 |
| 1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo) | 24 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 26 |
| 3 OBJETIVOS | 28 |
| 3.1 Objetivo geral | 28 |
| 3.2 Objetivos específicos | 28 |
| 4 METODOLOGIA | 29 |
| 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 30 |
| 5.1 O processo de envelhecimento e as doenças crônicas não transmissíveis | 30 |
| 5.2 Fatores de risco associados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis | 32 |
| 5.3 O controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro | 38 |
| 6 PLANO DE INTERVENÇÃO | 42 |
| 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo) | 42 |
| 6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo) | 42 |
| 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo) | 44 |
| 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) | 44 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 48 |
| REFERÊNCIAS | 49 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Januária

Januária é uma cidade com 67.742 habitantes (estimativa para o ano de 2019) (IBGE, 2019). Está localizada na região Sudeste do país, se encontra na região do Médio São Francisco, situada ao lado esquerdo do rio de mesmo nome, sendo a 3ª cidade em população geral do Norte de Minas Gerais. Divide-se em 68 bairros, divididos em quatro regiões (Sul, Norte, Leste, Oeste) (DRULLET, 2016).

Sua economia concentra-se na agricultura, na pecuária e nos serviços gerais. O município busca o seu desenvolvimento na prestação de serviços, no artesanato, na produção da cachaça de alta qualidade, no extrativismo de frutos e essências do cerrado, e, principalmente, no incremento da atividade turística que é uma das principais cidades do Norte de Minas, sendo cidade-polo da microrregião do alto médio São Francisco.

Januária possui ótimas referências na produção de cachaça. O segredo está na umidade natural do solo e no clima do distrito de Brejo do Amparo. Parte da produção da cachaça é exportada para outros estados e para todos os países europeus e asiáticos. Devido ao alto nível de qualidade da cachaça produzida é considerada uma das melhores do Brasil. O artesanato da região é passado de geração em geração como forma de sobrevivência. De origem indígena, tem características primitivas, conservando sua forma pura. A culinária regional do povo barranqueiro apresenta vários pratos saborosos, como o arroz com pequi, carne de sol, moquecas de surubim, pão de queijo, angu com quiabo, paçoca, galinha ao molho pardo, feijão tropeiro com torresmo, beiju, rapadura, picado de arroz, dourado assado, vários pratos feitos com o tradicional surubim do Rio São Francisco, e ainda saborosas frutas do cerrado e da caatinga utilizados na produção artesanal de sucos, licores e doces. Maior destaque se dá ao famoso fruto do cerrado, o "pequi" que é encontrado com grande fartura na região e largamente usado na culinária em pratos diversificados. A polpa e o óleo do pequi, também muito utilizados na culinária januarense, podem ser encontrados durante todo o ano em pequenas fabriquetas artesanais. Do pequi ainda se extrai a castanha que é vendida no mercado municipal e na feira livre aos sábados.

Com o turismo ascendente Januária é um dos municípios integrantes do Parque Nacional Cavernas do Peruaçu com destaque nas grutas de formações calcárias, como a do Cablocos que possui algumas pinturas rupestres. Além disso, entre as principais atrações da região estão às praias fluviais temporárias, cachoeiras, o pântano mineiro e a foz do rio Pandeiros. A cidade é bastante expressiva culturalmente no seu folclore, e muitas das expressões folclóricas continuam puras, preservadas de influência externa: Cavalhada, Reisado e Folia de Reis.

1.2 O sistema municipal de saúde

O Plano municipal de saúde de Januária-Mg tem por finalidade apresentar o planejamento da secretaria municipal de saúde para o quadriênio 2018-2021, sendo o instrumento norteador das ações a serem realizadas neste período.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) preconiza que a atenção básica se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

O sistema municipal de saúde de Januária adota a rede de atenção básica que tem a saúde da família como estratégia prioritária para sua organização que é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias residentes em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde da comunidade adscrita.

Algumas unidades de saúde encontram-se em condições inadequadas de funcionamento, outras foram construídas e/ou reformadas recentemente. Existem três unidades em fase de construção. Nas unidades básicas de saúde são desenvolvidas ações vinculadas ao nível primário da atenção como consulta médica e de enfermagem, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil,

acompanhamento das gestantes de baixo risco, acompanhamento de portadores de doenças crônicas, dentre outras, e desempenham também um contínuo trabalho de educação em saúde. Uma atribuição comum a todos da equipe multiprofissional é a realização de visita domiciliar por diferentes motivos, como por exemplo, o cadastramento da família realizado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). É por meio de visita domiciliar que são realizadas ações de busca ativa, acompanhamento dos casos considerados como de risco no território, de pacientes acamados, idosos, portadores de agravos crônicos, etc. Podem ser realizadas ações como consultas médica e odontológica, fisioterapia, nutrição, atividade física, psicologia, farmacêutica, ou de enfermagem, até procedimentos como curativo, controle de pressão arterial (PA) e testes de glicemia.

Outra atribuição comum segundo o plano municipal de saúde são as ações de promoção e prevenção da saúde que as UBS's oferecem de acordo com as necessidades locais como grupos de caminhada, grupos de orientações para pacientes portadores de Hipertensão e Diabetes, grupos de atividade física, entre outros. São realizadas ações educativas nos espaços coletivos, como praças, escolas, grupos comunitários e 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 DST/AIDS, cuidados com a gravidez, amamentação, os riscos do tabagismo, melhoria de autoestima (terapia comunitária), alcoolismo e tabagismo.

Os pontos de atenção primária devem ser a de porta de entrada para o sistema de saúde municipal que devem também resolver as necessidades que englobam as demandas sanitárias e epidemiológicas da população. Com a função de executar desde intervenção curativa individual, até ações em saúde pública: desenvolvimento nutricional, vacinação, profilaxia de doenças, ações de atenção a problemas sanitários de caráter social, como violência, transtornos mentais, uso de drogas, etc. (BRASIL, 2019a).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer reorientação do processo de trabalho, aprofundando os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica. Por meio dessa estratégia amplia-se a resolutividade e impacto positivo na situação

de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2019b).

A política de assistência à saúde da mulher em Januária segue as premissas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e tem como objetivo geral a promoção de saúde e prevenção de agravos, baseados em ações de atenção integral à saúde, perpassando todas as fases biológicas da vida da mulher e resguardando as especificidades dos distintos grupos populacionais. Na atenção primária são realizadas consultas de pré-natal de baixo risco (risco habitual) em todas as unidades de saúde, que também realizam visitas domiciliares para acompanhamento da gestante, busca ativa das faltosas e acompanhamento das puérperas. As gestantes classificadas como de alto risco são encaminhadas para o Centro Estadual de Especialidades Médicas (CEAE), mas permanece vinculada a equipe de saúde da atenção primária para o melhor acompanhamento.

O município e região contam com hospitais de referência para o nível de alto risco na cidade de Montes Claros. Outra estratégia que o município aderiu foi a Rede Cegonha (Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011), um projeto do governo federal que objetiva a reorganização da rede de assistência materno-infantil inclusive com financiamento federal para o município (BRASIL, 2011a).

Ainda sobre a assistência à saúde da mulher, os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fazem necessários. Além dos serviços oferecidos pela rede de atenção básica (que vão desde o cadastro e identificação da população prioritária ao acompanhamento das usuárias em cuidados paliativos), Januária conta com atenção de média complexidade para diagnóstico e/ou confirmação diagnóstica e tratamento ambulatorial para os casos de câncer de mama e colo de útero quando recomendado.

Em 2015 o município de Januária aderiu ao Programa Saúde na Escola (PSE), dos Ministérios da Saúde e da Educação, instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 05 de Dezembro de 2007. (BRASIL, 2007). É um espaço privilegiado a assistência à saúde da criança e do adolescente para as práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos e de doenças, contribuindo para o fortalecimento do desenvolvimento integral e propiciando enfrentamento das vulnerabilidades da

comunidade escolar que comprometem o pleno desenvolvimento nessa faixa etária. Propõe garantir à criança e ao adolescente um conjunto de ações integrais e articuladas dentro do contexto social e familiar, visando promover infância e adolescência protegidas e saudáveis. Por meio de visitas domiciliares realiza busca ativa nos territórios de abrangência e constrói matriciamento de casos com a rede de serviços do município quando necessário. Desenvolve ações educativas e de puericultura até dois anos de idade com avaliação do crescimento e desenvolvimento, favorecendo o diagnóstico e tratamento precoce para sub ou sobre alimentação, evitando assim desvios do crescimento que possam comprometer a saúde atual e qualidade de vida futura. Também se promove o aleitamento materno e a alimentação saudável, prevenção de acidentes e medidas de prevenção e cuidado à criança em situação de violência.

A política de promoção do envelhecimento saudável e o atendimento aos idosos, especialmente aos frágeis ou em situação de fragilidade são grandes desafios para a saúde pública. O município visando uma melhor assistência ao idoso tem pactuação com o Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso Eny Faria de Oliveira, vinculado ao Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF) da Unimontes. O centro é ainda referência regional no tratamento do Mal de Alzheimer, do Mal de Parkinson e da Osteoporose. Os idosos são encaminhados pelas UBS's e o atendimento no Centro de Referência ao Idoso é marcado diretamente através da Central de Regulação municipal.

De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2012) existe também a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria 793 de 24 de abril de 2012, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Consiste numa rede de cuidados que visa: assegurar acompanhamento e cuidados qualificados para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde.

Na atenção primária, a responsabilidade pelo cuidado às pessoas com deficiência é compartilhada entre equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, profissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Equipe de Saúde Mental. O NASF-AB, principal responsável por esse tipo de cuidado pela especificidade dos saberes técnicos que agrega, é formado por profissionais de diversas categorias, dentre as quais fisioterapeutas, terapeutas

ocupacionais, fonoaudiólogos entre outros que se constituem em referência para as equipes de saúde da família e desenvolvem ações de reabilitação com o objetivo de manter a população sob sua responsabilidade com a maior capacidade funcional possível (BRASIL, 2014a). Na atenção especializada ambulatorial, existe uma unidade, conveniada à Secretaria Municipal de Saúde: o Centro Especializado em Reabilitação CER II APAE de Januária/MG.

Em Januária, o NASF-AB configura-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de saúde da família, as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. Esta atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na unidade de saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que ampliem e qualifiquem as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção, reabilitação e promoção da saúde.

O Plano Municipal de Saúde de Januária (2018-2021) estabelece que o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) foi instituído na cidade pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011. O principal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde. O município de Januária possui hoje 16 UBS's participantes do PMAQ. No momento nem todas as unidades básicas atendem o Manual de Estrutura física das Unidades Básicas de Saúde do Departamento de Atenção Básica/MS e a Resolução SES/MG nº 3.962, de 16 de outubro de 2013.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tem como seu objetivo oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JANUÁRIA – 2018-2021). Atualmente o município de Januária possui um CAPS II, em fase de credenciamento junto ao Ministério da Saúde. Foi cadastrado como CAPS

Regional que atenderia os municípios de Januária, Pedras de Maria da Cruz, Cônego Marinho e Bonito de Minas.

O programa do Governo de Minas Gerais Farmácia de Todos por meio da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) foi criado para garantir a Assistência Farmacêutica no nosso Estado. É por meio dele que os medicamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) chegam a todos os mineiros (BRASIL, 2019b). A assistência farmacêutica básica é ofertada a população por meio da dispensa de medicamentos na farmácia básica municipal. O município foi contemplado com quatro unidades do Programa Farmácia de Todos. Entretanto, por ora, somente foi iniciado o processo de construção de uma unidade em 2017 com a atual gestão.

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos da saúde da população, sua complexidade da assistência na prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

Seguindo a lógica proposta pelo modelo de organização da assistência em redes, o governo do Estado de Minas Gerais lançou em outubro de 2003, o programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna em Minas Gerais – Centro Viva Vida (CVV), o qual destina-se a atuar nas áreas de atenção à saúde sexual e reprodutiva e à saúde da criança (MINAS GERAIS, 2003). Por se tratar de uma unidade de referência microrregional, a sistematização do atendimento atende equitativamente a população de todos os municípios que compõem sua área de abrangência. Sistemáticamente, o cidadão é atendido na atenção primária e, quando identificada a necessidade de encaminhamento para serviços de atenção secundária a Unidade Básica recorre à central de regulação ou o paciente se direciona ao CVV para o agendamento dos serviços.

Em 2015, a Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG) deu início ao processo de transição do serviço em Centro de Especialidades Multiprofissional que reestruturaria os Centros Estaduais de Atenção Especializada (anteriormente conhecidos como Centros Hiperdia Minas e Viva Vida). O objetivo é ampliar o acesso da população aos serviços de atenção especializada ambulatorial e garantir maior qualidade de atendimento aos usuários do SUS-MG, promovendo uma melhor integração dos centros com os demais serviços nos diferentes níveis de atenção à saúde. O Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) oferta serviços de

acompanhamento e atenção ambulatorial às gestantes e crianças de alto risco, mulheres em tratamento de câncer de mama e de colo uterino e usuários com hipertensão, diabetes e doença renal crônica de alto e muito alto risco, com vista a reduzir complicações e mortalidade. Além da reestruturação, também será feita a unificação das diretrizes gerais de funcionamento dos centros com o intuito de aperfeiçoar os recursos, facilitar o gerenciamento do serviço no acompanhamento e execução das ações, ampliar o acesso e realizar com mais eficiência o levantamento e a análise dos resultados. A população de Januária conta com um CEAE onde são ofertados os atendimentos de ginecologia/obstetrícia, pediatra, urologista, mastologista, enfermagem, nutricionista, psicólogo. Antes do início das consultas os pacientes participam da sala de espera, momento que recebem informações sobre temas relacionados à saúde, tiram dúvidas e trocam experiências. Em seguida, são atendidos pelo médico e pelo enfermeiro, posteriormente é encaminhado aos outros profissionais, conforme sua necessidade (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JANUÁRIA – 2018-2021).

O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Médio São Francisco (CISAMSF) consiste em uma associação dos municípios de Bonito de Minas, Cônego Marinho, Itacarambi, Januária e Pedras de Maria da Cruz para gerir e prover conjuntamente serviços referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde de suas populações. Especialidades como: ortopedista; neurologista; neurocirurgião; otorrinolaringologista; cardiologista e oftalmologista são disponibilizadas pelo CISAMSF.

O Ministério da Saúde lançou, em 2003, a Política Nacional de Urgência e Emergência com o intuito de estruturar e organizar a rede de urgência e emergência no país. Desde a publicação da portaria que instituiu essa política, o objetivo foi o de integrar a atenção às urgências. Hoje a atenção primária é constituída pelas unidades básicas de saúde e equipes de saúde da família, enquanto o nível intermediário de atenção fica a cargo do SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel as Urgência) e do pronto atendimento, e o atendimento de média e alta complexidade é feito nos hospitais (BRASIL, 2019b).

O Hospital Municipal de Januária, hospital geral, é um órgão público do poder executivo municipal, de gestão municipal e dependência mantida, de abrangência regional, referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, possui 63 leitos, prestando atendimento nas áreas ambulatorial (de apoio diagnóstico nas

especialidades de clínica médica, pediátrica, obstétrica/ginecológica e cirúrgica), internação, regulação, SADT, e urgência, de demanda espontânea e referenciada, referente à atenção básica e média complexidade. Está inserido na rede de urgência e emergência do estado de Minas Gerais. Os serviços médicos que compõem a assistência hospitalar se dividem em atendimentos de Urgência/Emergência realizados no pronto atendimento e atendimento a pacientes internados nas clínicas básicas de pediatria, ginecologia-obstetrícia, cirúrgica e médica.

A referência e contrarreferência são realizadas pela Regulação Municipal de Saúde. Santos (2011) ressalta que, o modelo de atenção à saúde, que se centra em níveis de complexidade dos serviços, deve ser estruturado pela atenção básica, principal porta de entrada no sistema, a qual deve ser a sua ordenadora. A hierarquização se compõe da atenção primária ou básica; atenção secundária e terciária ou de média e alta complexidade (ou densidade tecnológica). A atenção primária deve atuar como se fora um filtro inicial, resolvendo a maior parte das necessidades de saúde (por volta de 85%) dos usuários e ordenando a demanda por serviços de maior complexidade, organizando os fluxos da continuidade da atenção ou do cuidado (SANTOS, 2011).

A região de saúde, sendo o município de Januária uma região de saúde referência para 26 municípios, deve ser dotada de características culturais, sociais, demográficas, viárias que possibilitem a organização de rede de atenção à saúde. Esta forma de organização do SUS – integração (rede) de todas as ações e serviços de saúde dos entes federativos daquela região – impõe aos municípios, articulados com o Estado e com a União, a necessidade de permanente interação com vistas a garantir uma gestão compartilhada. Sendo os entes autônomos, é necessário que esta articulação seja negociada para se obter consensos em nome do interesse público. As responsabilidades, atribuições, metas, recursos financeiros, monitoramento, avaliação, controle devem ser definidos pelos entes envolvidos e consubstanciados em contratos que possam consagrar os consensos, gerando, assim, um ambiente de respeito às autonomias e segurança jurídica nos acordos firmados (SANTOS, 2011).

1.3 Aspectos da comunidade

A área de abrangência da equipe de saúde da família da unidade Barão de São Romão é um território que compreende alguns bairros da área central e periferia da cidade com uma população adscrita de cerca de 3.400 pessoas com média em torno de 600 famílias. Parte dessa área central e adjacentes totalizam cerca de 70% da área de abrangência que conseguem ter acesso aos determinantes sociais de saúde como: condições de habitação satisfatórias com acesso a saneamento sanitário básico de água e esgoto tratados e energia elétrica, coleta de lixo: realizada diariamente pela prefeitura e os resíduos de saúde pela SERQUIP-tratamento de resíduos, possuem boas condições socioeconômicas, plano de saúde, acesso ao lazer, educação e segurança.

Os demais pontos de atuação estão localizados na área periférica e devido à falta de políticas públicas que consigam abranger a área não tem acesso aos itens mínimos condicionantes de saúde, sendo considerada uma área de risco com problemas sociais graves como: conflitos de tráfico de drogas e crime organizado, aumento do consumo de drogas, índice elevado de violência, evasão escolar e baixa adesão de matriculados no ensino médio, além de incidência alta de taxas de emprego informal e desemprego na população jovem e adulta. A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo. Além disso, parte da comunidade vive em moradias bastante precárias.

A unidade conta com pontos de apoios sociais comunitários localizados dentro do seu território como: um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), uma Secretaria de Assistência Social, um Abrigo Lar de Jesus para Idosos, um Abrigo Lar São Francisco para crianças e adolescentes. Instituições educacionais: três escolas primárias, duas escolas de nível fundamental, uma universidade. Pontos religiosos: igrejas católicas e evangélicas e espaços públicos de lazer como a Orla do Rio São Francisco e praças públicas.

A Praça Tiradentes é um local que possui uma academia da saúde, espaço para lazer onde são realizadas atividades físicas diárias abertas a toda comunidade. Infelizmente, na região mais afastada e mais carente observa-se pouca adesão da população a essas atividades.

Com relação às ações e os serviços de saúde a população tem acesso à equipe de saúde da família e equipe de saúde bucal da unidade com atendimentos de atenção primária e odontológicos. Para referência de serviços especializados: Centro Viva Vida e o CAPS, para atendimento de nível secundário o Hospital Municipal.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Barão de São Romão

A Unidade Básica de Saúde Barão de São Romão está localizada na rua Barão de São Romão, uma importante rua que faz a ligação com o centro e alguns bairros da cidade, o prédio foi doação do governo estadual. Na década de 90 funcionava como um centro de especialidades médicas e centralizava a imunização do município. No ano de 2.000, a unidade dava início às atividades profissionais da atenção primária a saúde. A infraestrutura do local é uma das mais antigas com mais de 40 anos e desde então não houve reformas estruturais necessárias, apenas pequenos reparos.

O serviço de atenção básica, desde sua criação, prestava seus serviços para a população que residia na área de seu entorno. O acesso dessa população do território era fácil, porém, no ano de 2017 o sistema de saúde municipal passou por uma reorganização político-administrativa do seu território de abrangência e realizou uma nova divisão de sua área de atuação que resultou em alguns transtornos no processo de trabalho da unidade, além de trazer dificuldades de locomoção e acesso da nova população adscrita.

A estrutura física do local está bem precária. Conta com uma recepção pequena, um hall de entrada, um consultório médico, um consultório de enfermagem, uma sala de procedimentos, uma sala de triagem da vacina, uma sala de vacina, uma sala de almoxarifado, uma sala do teste do pezinho, uma copa, um consultório odontológico com recepção própria. O local é pequeno e considerado insuficiente pela falta de espaços apropriados. O maior problema são os banheiros, pois não são adaptados para fornecer acessibilidade aos usuários. Os agentes comunitários de saúde não têm uma sala própria para realizarem seus trabalhos e existe apenas um computador para lançarem sua produção. Deveria existir na unidade uma sala a parte chamada "sala de descontaminação".

A unidade é bem equipada de aparelhos. O que falta é a manutenção preventiva e alguns equipamentos essenciais em procedimentos clínicos e materiais

de enfermagem que estão antigos. Na unidade todos os procedimentos estabelecidos pela atenção básica são realizados. Não possuímos grande estoque de materiais/insumos, mas também não se verifica déficit para a população.

1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Barão de São Romão

A equipe de saúde da família da unidade Barão de São Romão é composta pelos seguintes profissionais: um enfermeiro, um médico (Programa Mais Médicos), dois técnicos de enfermagem, dois auxiliares de enfermagem, um atendente (nível federal), dois auxiliares administrativos, cinco agentes comunitários de saúde, uma funcionária da limpeza, um cirurgião dentista e um técnico de higiene bucal.

1.6 O funcionamento da Unidade Básica de Saúde Barão de São Romão

A Unidade Básica de Saúde Barão de São Romão funciona com carga horária de 40 horas semanais e tem como horário de abertura e funcionamento das 07:00 às 11:00 horas no período matutino, com parada para horário de almoço e retorno dos atendimentos das 13:00 às 17:00 horas no período vespertino de segunda a sexta-feira. No período noturno, compreendido das 18:00h às 21:00 horas, o prédio da unidade é usado para atendimento médico extra. O atendimento é realizado por um médico efetivo da prefeitura e é oferecido para toda a população do município.

1.7 O dia a dia da Equipe de Saúde da Família da Unidade Barão de São Romão

O processo de trabalho dos profissionais da atenção primária está pautado na política nacional de atenção básica estabelecendo revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde.

O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas. Foi criado nas Unidades Básicas de Saúde do município de Januária Procedimentos Operacionais Padrões (POP) a serem seguidos por todos os profissionais de saúde e também fluxograma, com o intuito de adequar e direcionar o acolhimento do usuário.

O atendimento na unidade consiste em atividades de atendimento de demanda espontânea (consultas, imunização, exames, solicitar e administrar medicamentos) e em atendimentos de alguns programas do processo de trabalho em saúde como procedimentos de saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a pacientes de doenças crônicas, hipertensos, diabéticos e acompanhamento de crianças desnutridas.

Além disso, a área populacional adscrita da UBS é dividida em sete micro áreas e atualmente existem no quadro de funcionários da unidade apenas cinco ACS's para cobertura do território o que tem causado alguns transtornos e prejudicado o processo de trabalho da equipe uma vez que não há cobertura de 100% da área adscrita.

A equipe de saúde da família se organiza através de reunião mensal para definir o planejamento, avaliação e ações de promoção, prevenção e cuidados a saúde e também definir a agenda de eventos. A agenda de consulta médica e de enfermagem é planejada de forma a atender a demanda programada e espontânea dos usuários.

Os grupos de educação em saúde são direcionados aos grupos populacionais de risco da comunidade (obesos, gestantes, tabagismo, alcoolismo e terceira idade), lembrando que a equipe conta com o apoio dos profissionais do NASF-AB (profissional de educação física, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, farmacêutico e assistente social).

A equipe estabelece as ações através de reuniões com os grupos da comunidade, adaptando a necessidade e a possibilidade de oferta dos serviços. Acontecem com frequência na unidade reuniões com grupos de hipertensos e diabéticos, grupos de crianças e adolescentes em ações nas escolas pelo programa saúde na escola, planejamento familiar, busca ativa de usuários faltosos e muitas outras ações de acordo com a necessidade da população adscrita.

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

Com a realização do diagnóstico situacional do território estudado foi possível identificar e definir os principais problemas encontrados na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Barão de São Romão pela Equipe de Saúde da Família:

- Alta prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em adultos e idosos;
- Sedentarismo;
- Crime organizado e uso de drogas;
- Falta de limpeza de lotes vagos e acúmulo de lixo;
- Baixa adesão e aceitação da visita do agente comunitário de saúde;
- Área de risco com moradias precárias e sem saneamento básico adequado;
- Recursos humanos insuficientes para 100% de atendimento e cobertura da área;
- Registro incompleto e desatualizado de dados demográficos, epidemiológicos e sanitários do território de abrangência;
- Atendimento domiciliar insuficiente para os usuários acamados e que possuem alguma necessidade de atendimento especial;
- Problemas com alcoolismo e tabagismo entre jovens e adultos;

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

No quadro 1 está apresentada a priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional.

Quadro 1. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da família da Unidade Básica de Saúde Barão de São Romão, município de Januária, estado de Minas Gerais.

| Principais problemas | Importância* | Urgência** | Capacidade de enfrentamento*** | Seleção/Priorização**** |
|---|--------------|------------|--------------------------------|-------------------------|
| Alta prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em adultos e idosos | Alta | 6 | Parcial | 1 |
| Sedentarismo | Alta | 5 | Parcial | 2 |
| Recursos humanos insuficientes para 100% de atendimento e cobertura da área | Alta | 4 | Parcial | 3 |
| Atendimento domiciliar insuficiente para os usuários acamados e que possuem alguma necessidade de atendimento especial; | Alta | 3 | Parcial | 4 |
| Problemas com alcoolismo e tabagismo entre jovens e adultos; | Alta | 3 | Parcial | 5 |
| Crime organizado e uso de drogas; | Média | 2 | Fora | 6 |
| Registro incompleto e desatualizado de dados demográficos, epidemiológicos e sanitários do território de abrangência; | Média | 2 | Parcial | 7 |
| Área de risco com moradias precárias e sem saneamento básico adequado; | Média | 2 | Fora | 8 |
| Falta de limpeza de lotes vagos e acúmulo de lixo; | Média | 2 | Fora | 9 |
| Baixa adesão e aceitação da visita do agente comunitário de saúde; | Baixa | 1 | Fora | 10 |

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos em “Urgência” deve totalizar 30 pontos

***Total, parcial ou fora

****Ordenar os problemas considerando os critérios avaliados

2 JUSTIFICATIVA

No Brasil, como em outros países, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o problema de saúde de maior magnitude para a saúde. São responsáveis por 72,0% das causas de óbitos, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%) (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011) e atingem 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.

Malta, Moraes Neto e Silva Júnior (2011) ressaltam ainda que apesar do crescimento rápido das DCNT's, seu impacto pode ser revertido por meio de intervenções amplas e custo-efetivas de promoção de saúde, para redução de seus principais fatores de risco, e pela melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno. O enfrentamento das DCNT's ainda exige esforços do setor de saúde; e de outros setores, dada sua magnitude e complexidade de seus determinantes sociais.

A Atenção Básica em sua importante atribuição de ser a porta de entrada do sistema de saúde tem o papel de reconhecer o conjunto de necessidades em saúde e organizar as respostas de forma eficiente, impactando positivamente nas condições de saúde. Um grande desafio para as equipes de atenção básica é a atenção em saúde para as doenças crônicas. Ações sobre levantamento de informações e monitoramento de dados na atenção primária podem salvar vidas e fazer uso deles é primordial para as atividades de vigilância epidemiológica das condições crônicas para os profissionais de saúde, visando conhecer a distribuição e a tendência dessas doenças e de seus fatores de risco para subsidiar o processo de planejamento, a execução e o desenvolvimento das ações para seu controle e prevenção.

A prevenção e o controle das DCNT's e seus fatores de risco são fundamentais para evitar um crescimento epidêmico dessas doenças e suas consequências nefastas para a qualidade de vida e o sistema de saúde no país (BRASIL, 2005). As Equipes de Saúde da Família atuam por meio da atenção básica em território definido, com população adstrita, realizando ações de promoção, vigilância epidemiológica, prevenção e assistência, além de acompanhamento longitudinal dos

usuários, o que é fundamental na eficácia da resposta ao tratamento daqueles com diagnóstico de DCNT's.

Sendo assim, justifica-se a realização de um plano de ação que identifique as mudanças no perfil epidemiológico e os desafios sociopolíticos e culturais enfrentados relacionados ao processo de saúde-doença da cidade de Januária-Mg, como uma ferramenta de trabalho das equipes no enfrentamento desses desafios na atenção à saúde coletiva em especial as pessoas idosas. Considerando ainda a crescente evidência da relevância de estudos voltados para a promoção, prevenção, reabilitação da saúde do usuário de saúde pública com ações prioritárias na atenção básica o controle de doenças são necessárias através de ações educativas para controle de condições de risco (obesidade, sedentarismo, tabagismo) e prevenção de complicações, diagnóstico de casos, cadastramento de portadores, busca ativa de casos, tratamento dos doentes, diagnóstico precoce de complicações e atendimento.

Por esses motivos e pela relevância do mesmo, visando propor ações efetivas e resolutivas de educação em saúde, a reflexão proposta neste trabalho articula o debate conceitual sobre ressaltar a importância da promoção da saúde no processo de envelhecimento populacional a uma perspectiva para as ações informativas e educativas permanentes no âmbito do SUS com grupos de adultos e idosos. Além de campanhas para estimular comportamentos saudáveis tendo como referência o número elevado e crescente dessa população acometidas por DCNT dentro da área adscrita. Levando em consideração também a experiência da autora na avaliação e desenvolvimento de ações individuais e coletivas de práticas corporais/atividades físicas de promoção da saúde, realizadas na unidade de Saúde Barão de São Romão.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar uma proposta de intervenção para enfrentamento dos principais fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis em adultos e idosos da Unidade Básica de Saúde Barão de São Romão em Januária-Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

Estimular a implantação do autocuidado apoiado no âmbito da atenção primária, especialmente na promoção do envelhecimento saudável e atenção integral a saúde da pessoa idosa.

Desenvolver ações educativas junto à população sobre hábitos alimentares e estilo de vida saudáveis, fatores de riscos cardiovasculares e doenças crônicas não transmissíveis, considerando os fatores inerentes ao processo saúde-doença nos serviços de saúde pública.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração desta proposta de intervenção foram realizadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação.

O diagnóstico situacional foi realizado pelo método de estimativa rápida (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018) através do qual a equipe conseguiu determinar os principais problemas que acometem a população adscrita da unidade. Os dados foram levantados e coletados nos registros epidemiológicos e sanitários da equipe e no banco de dados da unidade, prontuários médicos, em entrevistas com informantes-chave da área de abrangência e dados do território e dos serviços de atenção básica E-sus e Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB).

Realizou-se uma revisão de literatura nas bases de dados eletrônicas do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde do Nesccon. Para a pesquisa foram utilizados os seguintes descritores: doença crônica não transmissível, envelhecimento e promoção da saúde. Foram pesquisados e selecionados apenas os artigos e trabalhos científicos que se relacionavam com o tema proposto pela pesquisa.

Com as informações do diagnóstico situacional e da revisão bibliográfica foi elaborada uma proposta de intervenção com objetivo de enfrentar os principais fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis em adultos e idosos da unidade básica de saúde Barão de São Romão em Januária-MG.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 O processo de envelhecimento e as doenças crônicas não transmissíveis

Envelhecer é um processo natural, progressivo e gradual que traz consigo a ideia de degeneração e finitude de vida, podendo ser acelerado ou desacelerado de acordo com os fatores ambientais, físicos e comportamentais que cada indivíduo vive (DANTAS; SANTOS, 2017).

O envelhecimento populacional é uma característica etária que avalia a assistência à saúde e o desenvolvimento de uma nação. O crescimento da população idosa precisa acontecer com qualidade de vida, visto que, com o avançar da idade, aumentam os números relacionados à problemática das Doenças Crônicas Não Transmissíveis que representam o maior potencial de morbimortalidade no Brasil (DUNCAN *et al.*, 2012).

“O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea” (LIMA-COSTA; VERAS, 2003, p.700). É considerado um fenômeno mundialmente crescente e irreversível que deverá se acentuar como uma transição epidemiológica de saúde pública. Tal fenômeno tem repercussões em todas as políticas públicas, em especial àquelas de proteção social, cuidado e atenção integral, haja visto que, esta parcela da população está sujeita a maior grau de vulnerabilidade social e problemas de saúde (TELLES; BORGES, 2012).

O índice de envelhecimento da população, conforme demonstram projeções, deve continuar sofrendo transformações nas próximas décadas. Em 1980, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos, havia apenas 10,5 idosos de 65 anos ou mais de idade no país. Ao longo das décadas, este índice sofreu variações positivas, passando de 13,9 idosos em 1991 para 19,8 idosos em 2000 e para 30,7 idosos em 2010. As projeções sugerem ganhos ainda mais consideráveis no índice de envelhecimento brasileiro após a virada do milênio, devendo alcançar um patamar de 47,7 em 2020, 76,4 em 2030, 113,2 em 2040 e 160,90 em 2050 (IBGE, 2013).

Reis, Noronha e Wajnman (2016) ressaltam que simultaneamente a essas mudanças demográficas, observa-se no país um processo de transição epidemiológica. Tais alterações modificam o perfil de saúde da população, apresentando impactos importantes sobre os gastos com saúde. Os autores reforçam ainda que, os processos agudos que se resolvem rapidamente por meio da cura ou

do óbito estão sendo substituídos por doenças crônicas que significam vários anos de utilização do serviço de saúde, como medicamentos, consultas médicas, internações de longa duração, resultando em maiores gastos.

As alterações demográficas e epidemiológicas vão exigir medidas e estratégias do sistema de saúde tanto no âmbito de ações preventivas quanto de cuidados em longo prazo. O enfrentamento desses novos desafios de saúde pública necessita de investimento em pesquisa, vigilância, prevenção, promoção da saúde e defesa de hábitos de vida saudáveis. Doenças crônicas custam caro para o Sistema Único de Saúde se não adequadamente prevenidas e gerenciadas. Por serem doenças em geral de longa duração, as DCNT's estão entre as doenças que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde (BRASIL, 2005).

Cerca de 40% da população adulta brasileira, o equivalente a 57,4 milhões de pessoas, possui pelo menos uma DCNT, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (IBGE, 2014). O levantamento, realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE, revela que essas enfermidades atingem principalmente o sexo feminino (44,5%) – são 34,4 milhões de mulheres e 23 milhões de homens (33,4%) portadores de enfermidades crônicas (IBGE, 2014). Esses dados condizem com Nogueira *et al.* (2010) que afirmam que em todas as DCNT's autorreferidas, as mulheres apresentaram maiores prevalências que os homens.

Estudos como o do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) e WHO (2011), apontam que anualmente as DCNT's respondem por 36 milhões, ou 63% das mortes, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica.

Entre os anos 2010 a 2017 no estado de Minas Gerais, as doenças crônicas não transmissíveis: Doença do Aparelho Circulatório (12,7%), Doença do Aparelho Respiratório (11,3%), Doenças do Aparelho Digestivo (9,5%), Doenças do Aparelho Geniturinário (7,3%) e Neoplasias (6,6%) estavam entre as principais causas de internação hospitalar no SUS (MINAS GERAIS, 2018).

Em relação às principais causas de óbitos no estado de Minas Gerais, no período de 2010 a 2017, as DCNT também se destacam, como por exemplo, as Doenças do Aparelho Circulatório, Neoplasias (tumores), e Doenças do Aparelho Respiratório (MINAS GERAIS, 2018).

Entre os idosos, embora existam aqueles que são saudáveis, muitos outros apresentam alguma doença crônica e/ou deficiência, observando-se um aumento das

demandas por atenção à saúde, que por suas necessidades torna-se mais custosa e especializada. A população idosa precisa de cuidados específicos, muitos deles especializados e direcionados às peculiaridades advindas com o processo do envelhecimento, sem segregá-los da sociedade (RIBEIRO; SCHRAMM, 2004).

Os idosos são considerados o grupo de maior risco para as enfermidades crônicas, mas, há evidências suficientes a respeito de crescentes números de jovens e pessoas de meia idade com algum tipo de problema de saúde crônico (GOULART, 2011). As doenças crônicas não transmissíveis foram responsáveis por cerca de 56,9% das mortes no Brasil no ano de 2017, na faixa etária de 30 a 69 anos segundo Gouvêa *et al.* (2019) e são consideradas um dos maiores problemas globais de saúde pública da atualidade (WHO, 2018).

5.2 Fatores de risco associados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As doenças crônicas apresentam causas múltiplas, são de início gradual, prognóstico normalmente incerto e com duração longa ou indefinida. Seu curso clínico muda ao longo do tempo, apresentando períodos de agudização, podendo gerar incapacidades (BRASIL, 2013).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) vêm se destacando como um preocupante problema de saúde pública dentro do cenário mundial (BRASIL, 2019).

As doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes. As DCNTs atingem fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis. Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes (SCHMIDT *et al.*, 2011). Apesar de elevada, observou-se redução de 20% nessa taxa na última década, principalmente em relação às doenças do aparelho circulatório e respiratório. Entretanto, as taxas de mortalidade por diabetes e câncer aumentaram nesse mesmo período de acordo com dados do Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento de DCNT no Brasil, 2011-2022.

De acordo com Campos e Rodrigues Neto (2009) a expressão “fator de risco” vem ganhando importância no campo das doenças crônicas.

“As quatro doenças crônicas de maior impacto mundial (doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas) têm quatro fatores de risco em comum: tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e álcool

(Figura 1) (BRASIL, 2011, p.44). Torna-se importante enfatizar que esses fatores de risco são modificáveis. Dessa forma, mudanças nos estilos de vida são intervenções positivas e devem acontecer de forma contínua (BRASIL, 2013). Entretanto, apesar de muitos fatores de risco serem modificáveis, a ocorrência das DCNT é muito influenciada também pelas condições de vida e pelas desigualdades sociais, não sendo resultado apenas dos estilos de vida (MINAS GERAIS, 2018).

Figura 1 – Principais fatores de risco modificáveis para DCNT



Fonte: (BRASIL, 2018)

Os principais fatores de risco considerados modificáveis para as DCNT são responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto. E os fatores de risco não modificáveis para as DCNT são: sexo, raça, idade e herança genética (MALTA *et al.*, 2006).

Em termos de mortes atribuíveis, os grandes fatores de risco globalmente conhecidos são: pressão arterial elevada (responsável por 13% das mortes no mundo), tabagismo (9%), altos níveis de glicose sanguínea (6%), inatividade física (6%) e sobrepeso e obesidade (5%) (WHO, 2009). As taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas estão diminuindo, possivelmente como resultado do controle do tabagismo e do maior acesso à atenção primária (SCHMIDT *et al.*, 2011).

No Brasil, esses fatores de risco são monitorados por meio de diferentes inquéritos de saúde, com destaque para o monitoramento realizado pela Vigilância de

Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL):

Tabagismo

O tabagismo é um importante fator de risco para o desenvolvimento de uma série de doenças crônicas, como câncer, doenças pulmonares e doenças cardiovasculares. Desse modo, o hábito de fumar permanece como líder global entre as causas de mortes evitáveis (WHO, 2011). Outros estudos associam, também, o fumo passivo a esse mesmo grupo de doenças (MELLO; PINTO; BOTELHO, 2001).

Cerca de seis milhões de pessoas morrem a cada ano pelo uso do tabaco, tanto por utilização direta quanto por fumo passivo (WHO, 2010a). A expectativa era que em 2020, esse número aumentasse para 7,5 milhões, contando 10% de todas as mortes (MATHERS; LONCAR, 2006). Estima-se que fumar cause, aproximadamente, 70% dos cânceres de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e cerca de 10% das doenças do aparelho circulatório (WHO, 2009).

O Brasil tem-se destacado como o país que vem reduzindo progressivamente a prevalência de tabagismo nas Américas. Em 1989, a prevalência de fumantes era de 34,8% (Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição – PNSN); em 2003, foi de 22,4% segundo a Pesquisa Mundial de Saúde. Os dados mais recentes com representatividade nacional, levantados pela Pesquisa Especial de Tabagismo, mostram que a prevalência de fumantes no Brasil é de 17,2% (21,6% em homens e 13,1% em mulheres) (IBGE, 2009).

A Vigitel encontrou, para o conjunto das capitais, uma prevalência de 16,2% em 2006 e 15,1% em 2010 (BRASIL, 2011), com destaque para a redução significativa para o sexo masculino. Entre 2007 e 2010, a frequência de homens fumantes diminuiu, em média, 1,1 ponto percentual ao ano. No mesmo período, o consumo de 20 cigarros por dia entre homens reduziu, em média, 0,4 pontos percentuais ao ano. Em 2010, a frequência de fumantes passivos no domicílio foi maior entre as mulheres (13,3% versus 9,8%), ao passo que, entre os homens, foi maior a frequência de fumantes passivos no local de trabalho (16,7% versus 6,9%).

Inatividade física

A prática de atividade física de forma regular é considerada um fator de proteção à saúde das pessoas, enquanto que o sedentarismo é o quarto maior fator de risco de mortalidade global. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 3,2 milhões de mortes por ano em todo o mundo são atribuídas à atividade física insuficiente (WHO, 2014). A OMS recomenda a prática de, no mínimo, 150 minutos de atividade física semanal de intensidade leve a moderada ou 75 minutos de atividade de intensidade vigorosa, entre adultos. No caso de adolescentes o tempo recomendado sobe para 300 minutos de atividade de intensidade leve a moderada por semana, ou 150 minutos de atividade de intensidade vigorosa (IBGE, 2016).

Pessoas que são insuficientemente ativas têm entre 20% e 30% de aumento do risco de todas as causas de mortalidade (WHO, 2010b). A Atividade física regular reduz o risco de doença circulatória, inclusive hipertensão, diabetes, câncer de mama e de cólon, além de depressão. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) os níveis de atividade física no lazer na população adulta são considerados baixos (15%).

Os padrões de atividade física da população brasileira passaram a ser estudados recentemente. A Vigitel avalia a atividade física em quatro domínios: no tempo livre ou atividades de lazer, no deslocamento para o trabalho ou para a escola, nas atividades de trabalho e nas atividades domésticas, sendo o primeiro mais passível de intervenção. Conforme dados da pesquisa a prática do nível recomendado de atividade física no tempo livre referida por adultos residentes nas capitais do Brasil passou de 29,9% em 2009 para 37% em 2017. A maior prevalência foi observada no sexo masculino (43,4%), na faixa etária de 18 a 24 anos (49,1%) e na população com maior escolaridade (47%). A localidade com maior prevalência de adultos ativos, em 2017, foi o Distrito Federal, com 49,6% (BRASIL, 2018).

Na Pesquisa Nacional de Saúde, a prevalência de adultos que referiram praticar o nível recomendado de atividade física no lazer foi de 22,5% incluindo a área urbana (23,8%) e rural (13,8%) do país. O maior valor foi observado entre os homens (27,1%), em comparação às mulheres (18,4%); e entre as Unidades da Federação o destaque também ficou para o Distrito Federal com 35,1%. Além da atividade física no lazer, observou-se também que 14% dos adultos referiram prática

de 150 minutos de atividade física semanal no trabalho e 12,1% na realização de atividades domésticas. O percentual de adultos insuficientemente ativos foi de 46,0%, e 28,9% referiram assistir televisão por 3 horas ou mais por dia (IBGE, 2014).

Em Minas Gerais, em 2011, apenas 13,4% da população acima de 60 anos de idade praticavam alguma atividade física de forma suficiente; 3,7% exercitavam-se de forma insuficiente; e 82,9% não realizavam atividade física alguma no tempo livre (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2014). O baixo índice de aderência à prática de atividades físicas pelos idosos sinaliza que existem demandas reais nessa área, e que essa questão deve ser considerada pelas políticas públicas voltadas aos idosos (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2014).

Alimentação inadequada

A Organização Mundial de Saúde recomenda a ingestão diária de pelo menos 400 gramas de frutas e hortaliças (WHO, 2003) o que equivale, aproximadamente, ao consumo diário de cinco porções desses alimentos. Segundo dados da Vigitel 2016, 80,4% da população com 18 anos não atingiram o consumo recomendado de frutas e hortaliças (cinco ou mais porções diárias de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana (BRASIL, 2018).

Com relação à alimentação não saudável 34% consomem alimentos com elevado teor de gordura e 28% consomem refrigerantes cinco ou mais dias por semana (BRASIL, 2011).

O Consumo adequado de frutas, legumes e verduras reduz os riscos de doenças do aparelho circulatório, câncer de estômago e câncer de colon e reto (BAZZANO; SERDULA; LIU, 2003; RIBOLI; NORAT, 2003). A maioria da população consome mais sal que o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a prevenção de doenças (BROWN *et al.*, 2009). O grande consumo de sal é um importante determinante de hipertensão e risco cardiovascular (WHO, 2010c). A alta ingestão de gorduras saturadas e ácidos graxos trans está ligada às doenças cardíacas (HU *et al.*, 1997). A alimentação não saudável, incluindo o consumo de gorduras, está aumentando rapidamente na população de baixa renda (WHO, 2011).

Estima-se que a pressão arterial alta cause 7,5 milhões de óbitos, ou seja, 12,8% de todas as mortes (WHO, 2009). Esse é um fator de risco para doenças do

aparelho circulatório. A prevalência de pressão alta é semelhante em todos os grupos de renda, contudo, é geralmente menor na população de alta renda (WHO, 2011).

Álcool

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que o consumo nocivo do álcool foi responsável por 3,3 milhões de mortes em 2012, ou seja, 5,9% do total de óbitos no mundo. Além de relacionado à mortalidade, o consumo de bebidas alcoólicas também é classificado entre os principais fatores de risco para incapacidades, principalmente entre jovens, e está relacionado como fator causal de mais de 200 doenças e lesões como cirrose hepática, câncer, distúrbios neurológicos e maior exposição a acidentes e violências (WHO, 2014).

Entre a população adulta, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas é um indicador que considera a quantidade consumida de bebida alcoólica - quatro ou mais doses, quando mulheres e cinco ou mais doses para homens - em uma única ocasião. Segundo o inquérito Vigitel em 2017, 19,1%, dos adultos residentes nas 26 capitais brasileiras e Distrito Federal relataram consumo abusivo de bebida alcóolica, sendo esta frequência maior em homens (27,1%) do que em mulheres (12,2%). Ainda segundo esta pesquisa, a prevalência do consumo abusivo de bebida alcoólica tendeu a diminuir após os 35 anos de idade, e a aumentar com o incremento da escolaridade.

Na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), ficou evidenciado que a prevalência de consumo abusivo de álcool foi de 13,7% para no Brasil, sendo maior na área urbana (14,2%) quando comparado à área rural (10,3%) (IBGE, 2014).

Excesso de peso e obesidade:

2,8 milhões de pessoas morrem a cada ano em decorrência do excesso de peso ou da obesidade (WHO, 2009). Os riscos de doença cardíaca, acidente vascular encefálico (AVE) e diabetes aumentam consistentemente com o aumento de peso (WHO, 2002). O Índice de Massa Corporal (IMC) elevado também aumenta os riscos de certos tipos de câncer (AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH, 2009). O excesso de peso tem crescido no mundo entre crianças e adolescentes.

Os dados da Vigitel em 2010, indicam uma prevalência de excesso de peso nos adultos das capitais de 48,1% (52,1% em homens e 44,3% em mulheres), enquanto a obesidade passou de 11,4% em 2006 para 15% em 2010. Observou-se que no período 2006-2010 houve um aumento de excesso de peso em 1,2 pontos percentuais ao ano entre os homens, enquanto, entre as mulheres, esse aumento foi de 2,2 pontos percentuais ao ano. A frequência de obesidade aumentou, em média, 1 ponto percentual ao ano em mulheres no período 2006-2010 (BRASIL, 2011).

Estima-se que o colesterol elevado cause 2,6 milhões de mortes a cada ano (WHO, 2009). Ele aumenta o risco de doença cardíaca e AVE (EZZATI *et al.*, 2002; MEYER *et al.*, 2001). O colesterol elevado é mais prevalente em países de alta renda.

Lessa (2004) reforça que, existem meios eficazes para evitar as DCNT, por meio de ações de promoção da saúde, prevenção primária, com o controle dos fatores de risco, ou ações que minimizem suas complicações, por meio do diagnóstico precoce, tratamento e controle adequados. Ainda, segundo Lessa (2004), a expressão clínica das DCNT só se faz após longo tempo de exposição aos fatores de risco e a convivência do indivíduo com a doença não diagnosticada se dá de forma assintomática, podendo o diagnóstico ser feito em fase tardia, podendo o desfecho ser fatal, como ocorre com as doenças coronárias agudas e o acidente vascular encefálico.

5.3 O controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo (FIRMO; BARRETO; LIMA-COSTA, 2003).

Torna-se importante enfatizar que as DCNT se caracterizam por ter uma etiologia múltipla, muitos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa, além de se associarem a deficiências e incapacidades funcionais. Sua ocorrência é muito influenciada pelas condições de vida, pelas desigualdades sociais, não sendo resultado apenas dos estilos de vida. As DCNT requerem ainda uma abordagem sistemática para o tratamento, exigindo novas estratégias dos serviços de saúde (WHO, 2005).

Por serem doenças em geral de longa duração, estão entre as doenças que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde. Dentre as ações para o enfrentamento das DCNT, está a vigilância e monitoramento dessas doenças, bem como de seus fatores de risco (WHO, 2001).

A Vigilância em DCNT reúne o conjunto de ações que possibilitam conhecer a distribuição, magnitude e tendência dessas doenças e de seus fatores de risco na população, identificando seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, com o objetivo de subsidiar o planejamento, execução e avaliação da prevenção e controle das mesmas. A prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco são fundamentais para evitar um crescimento epidêmico dessas doenças e suas consequências na qualidade de vida e no sistema de saúde no país (BRASIL, 2005).

A experiência de outros países mostra que o sucesso das intervenções de saúde pública no que se refere aos fatores de risco, principalmente, os de natureza comportamental (dieta, sedentarismo, dependência química - tabaco, álcool e outras drogas) é fundamental. Além disso, a redução da prevalência das doenças e agravos não transmissíveis tem sido atribuída ao enfoque na vigilância de fatores comuns de risco e na promoção de modos de viver favoráveis à saúde e à qualidade de vida, tendo um custo menor do que as abordagens para as doenças específicas (BRASIL, 2014b).

A relevância das condições crônicas como “necessidades em saúde” levou à publicação da Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a rede de atenção às pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS. O objetivo é promover a reorganização do cuidado, sua qualificação, ampliando as estratégias de cuidado e também para promoção da saúde e prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (BRASIL, 2014b).

O instrumento norteador da vigilância de DCNT é o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Os três componentes essenciais da vigilância de DCNT são: a) Monitoramento dos fatores de risco; b) Monitoramento da morbidade e mortalidade das DCNT; e c) Monitoramento e avaliação das ações de assistência e promoção da saúde. Essas ações são fundamentais para o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações de cuidado integral e das políticas públicas de prevenção e controle das DCNT no Brasil (BRASIL, 2018).

Um dos fatores que justifica o aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNTs) está ligado ao envelhecimento demográfico o que exige medidas e estratégias do sistema de saúde tanto no âmbito de ações preventivas quanto de cuidados em longo prazo. O enfrentamento desse desafio de saúde pública necessita de investimento em pesquisa, vigilância, prevenção, promoção da saúde e defesa de hábitos de vida saudáveis. Doenças crônicas custam caro para o Sistema Único de Saúde, se não adequadamente prevenidas e gerenciadas. Por serem doenças em geral de longa duração, as DCNT's estão entre as doenças que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde (BRASIL, 2005).

No Brasil, mesmo com a existência do SUS, gratuito e universal, o custo individual de uma doença crônica ainda é bastante alto, em função dos custos agregados, o que contribui para o empobrecimento das famílias. Além disso, os custos diretos das DCNT para o sistema de saúde representam impacto crescente e estão entre as principais causas de internações hospitalares. Silveira *et al.* (2013) relatam que entre os anos de 2002 e 2011 ocorreram 20.590.599 internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do SUS, e a razão de custo por habitante foi expressivamente maior na população idosa (≥ 60 anos) em comparação com a população adulta (20-59 anos).

O número de indivíduos com 65 anos e mais que relataram apresentar pelo menos uma doença crônica chegava a 79,1%. Considerando que o Brasil tem uma das populações que envelhece mais rapidamente no mundo, a carga de doenças crônicas no país tende a aumentar, exigindo um novo modelo de atenção à saúde para essa população (BRASIL, 2011).

A taxa de mortalidade por DCNT apresentou uma tendência de redução de cerca de 20% entre 1996 e 2007, sendo observadas reduções maiores nas doenças cerebrovasculares, isquêmicas e respiratórias crônicas. Entre as principais causas dessa redução destacam-se a expansão da Atenção Básica, que cobre mais de 60% da população, a melhoria do acesso à atenção e a importante redução da prevalência de tabagismo no Brasil: em 1989, a prevalência de fumantes era de 34,8% (INAN, 1990); em 2010, o VIGITEL observou uma prevalência de 15,1% (BRASIL, 2011).

Considerando as internações hospitalares no SUS, verifica-se que, entre os anos 2010 a 2017, e excluindo as internações por gravidez, parto e puerpério, dentre as sete principais causas de internações no estado de Minas Gerais estão: Doença do Aparelho Circulatório (12,7%), Doença do Aparelho Respiratório (11,3%), Doenças do

Aparelho Digestivo (9,5%), Doenças do Aparelho Geniturinário (7,3%) e Neoplasias (6,6%) (MINAS GERAIS, 2018).

Em relação às principais causas de óbitos no estado de Minas Gerais, no período de 2010 a 2017, estão as Doenças do Aparelho Circulatório, Neoplasias (tumores), Doenças do Aparelho Respiratório e Causas Externas de Morbidade e Mortalidade correspondendo a 65% do total de mortes no estado. Dentre as principais causas de óbitos no estado de Minas Gerais, no período de 2010 a 2017 estão: as Doenças do Aparelho Circulatório (41%), Neoplasias (tumores) (25%), Doença do Aparelho Respiratório (18%), Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (9%) e as Doenças do Aparelho Digestivo (8%) (MINAS GERAIS, 2018).

Lessa (2004) descreve que as DCNT são um agravo de saúde pública e causam um grande impacto nas populações, possuem elevado custo social e na saúde. No entanto, existem meios eficazes para evitá-la, por meio de ações de promoção da saúde, prevenção primária, com o controle dos fatores de risco, ou ações que minimizem suas complicações, por meio do diagnóstico precoce, tratamento e controle adequados. As DCNT são passíveis de intervenção por meio de atividades de promoção para a saúde e prevenção de agravos e isso representa o investimento mais custo-efetivo entre todos aqueles do setor saúde (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Alta prevalência de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) em adultos e idosos”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação do problema selecionado (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

Os quadros 2 e 3 mostram o desenho das operações – para cada “nós crítico” selecionado. Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA: CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

No quadro 2 é possível verificar os descritores do problema priorizado.

Quadro 2 – Descritores do Problema Priorizado

| Descritores | Valores | Fontes |
|---|----------------|------------------------------|
| Sedentarismo/inatividade física | 815 | Registros epidemiológicos |
| Sobrepeso e obesidade | 625 | E-sus e registros da unidade |
| Idosos acometidos por doenças crônicas | 68 | E-sus e registros da unidade |
| Hiperdia (diabéticos e hipertensos) | 210 | E-sus e registros da unidade |
| Doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras) | 17 | E-sus e registros da unidade |
| Complicações de problemas cardiovasculares | 30 | E-sus e registros da unidade |
| Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros) | 35 | E-sus e registros da unidade |
| Pessoas que tiveram AVC | 20 | E-sus e registros da unidade |
| Pessoas que fazem uso de álcool | 70 | Registros epidemiológicos |
| Tabagismo | 43 | E-sus e registros da unidade |
| População idosa acometida por quedas acidentais, osteoporose e ou osteopenia. | 10 | E-sus e registros da unidade |
| Casos de câncer | 15 | E-sus e registros da unidade |
| Pessoas que tiveram infarto do miocárdio (AVC) | 13 | E-sus e registros da unidade |

Fonte: do autor

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Após a identificação e priorização do problema é necessário descrevê-lo (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2017) para entender a gênese do problema priorizado pela equipe de Saúde da Família da Unidade Barão de São Romão. É possível verificar uma transição demográfica, caracterizada pelo envelhecimento da população, na área adscrita da equipe de saúde da família. O grupo populacional de maior prevalência e demanda da área de abrangência é a população adulto-idosa que necessita de uma avaliação e vigilância de hábitos e comportamentos de risco de vida que refletem significativamente na organização do processo de trabalho dos profissionais da atenção básica.

Além da transição demográfica, as mudanças no estilo de vida trouxeram modificações no perfil epidemiológico da população, no qual as doenças crônicas passaram a estar entre as principais causas de morte. É importante levar em consideração ainda a crescente demanda por atendimentos de pessoas acometidas por doenças e agravos não transmissíveis na UBS, implicando em maior utilização dos serviços de saúde e aumento de custos da saúde na atenção primária dentro do SUS.

Outra questão importante a ser considerada são os níveis insuficientes de atividade física/exercício físico dos usuários que necessitam de ações de promoção do envelhecimento ativo com práticas corporais realizadas de forma orientada e regular com orientação do profissional de Educação Física. Torna-se evidente então, sobre a relevância da atuação do profissional junto a equipe da unidade, aliado a prática da atividade física regular para a saúde do indivíduo bem como da conscientização de estilo de vida ativo e hábitos saudáveis como uma estratégia efetiva de prevenção, promoção e cuidado integral das condições de saúde dos grupos da unidade. Incentivar os idosos e promover o envelhecimento ativo e ações de saúde suplementar no programa Academia da Saúde como tratamento não medicamentoso. Acolhimento e cuidado integral da pessoa idosa e de pessoas com condições crônicas, incentivar a ampliação da autonomia e independência funcional para o autocuidado e o uso racional de medicamentos. Buscar formar redes de apoio com espaços públicos para a orientação e desenvolvimento de oficinas educativas, com centros de convivência, espaços de esporte e de lazer (ginásios, quadras), clubes aquáticos e escolas da comunidade.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os nós críticos selecionados foram:

- Estilo de vida inadequado dos usuários;
- Sedentarismo e/ou atividade física insuficiente como condição de vida de adultos e idosos.

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).

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros 3 e 4, separadamente para cada nó crítico.

Quadro 3 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o nó crítico 1 “Estilo de vida inadequado dos usuários”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Barão de São Romão, do município Januária, estado de Minas Gerais.

| | |
|--|--|
| Nó crítico 1 | Estilo de vida inadequado dos usuários |
| 6º passo: operação (operações) | Ações educativas para identificação, monitoramento, prevenção e acompanhamento do usuário no tratamento preventivo de problemas de saúde e risco/vulnerabilidade para promover autoconhecimento e discussões entre os usuários e profissionais de saúde com vistas à promoção de mudança dos hábitos e estilos de vida de usuários com risco e/ou prevalência de DCNTs. |
| 6º passo: projeto | “DE BEM COM A VIDA” |
| 6º passo: resultados esperados | Autoconhecimento e maior conscientização de hábitos e comportamentos de risco como sedentarismo, alimentação inadequada, estresse, abuso de bebidas alcóolicas e tabagismo. Incentivo à mudança de hábitos. Usuários conscientizados e oficinas educativas em funcionamento a fim de identificar o perfil do estilo de vida individual, que inclui características nutricionais, nível de estresse, atividade física habitual, relacionamento social e comportamentos de risco. Melhor controle das principais doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão, diabetes e dislipidemias e menor incidência de complicações decorrentes destas. |
| 6º passo: produtos | Pesquisa ativa com visitas domiciliares dos usuários com |

| | |
|--|--|
| esperados | <p>fatores de risco e/ou prevalência de doenças crônicas com acompanhamento pela equipe de saúde da família.</p> <p>Realização de campanhas educativas mensais orientadoras para melhor adesão ao projeto. Depois do encontro de divulgação se realizará uma pesquisa daqueles usuários que cumprem com os critérios de inclusão tanto durante as consultas como durante as visitas domiciliares. Com os usuários motivados e convidados pelos agentes de saúde, se planifica um encontro no posto de saúde com todos os participantes, neste encontro o objetivo é explicar como irá funcionar o projeto e formar os grupos de trabalho. Ao final será realizada uma confraternização saudável.</p> <p>Realização de palestras com temas escolhidos ao final de cada encontro mensal, de acordo, as necessidades e dúvidas dos participantes de modo que sejam objetivas e resolutivas.</p> |
| 6º passo: recursos necessários | <p>Organizacional: locais apropriados (salões comunitários, auditório) para realização das reuniões mensais, cadastramento dos grupos operativos, redes de parceria/apoio.</p> <p>Cognitivo: profissionais de saúde com conhecimentos sobre o tema.</p> <p>Financeiro: verba para aquisição de materiais.</p> <p>Político: mobilização da equipe, profissionais do NASF-AB, estagiários e mobilização social da comunidade.</p> |
| 7º passo: recursos críticos | <p>Financeiro: verba para aquisição de materiais.</p> <p>Datashow, caixa de som; materiais antropométricos (balança de bioimpedância, fita métrica, paquímetro, adipômetro entre outros); eletrônicos (notebook) e; informativos (folders, panfletos, cartazes).</p> |
| 8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas | <p>Ator que controla: Secretário municipal de saúde.</p> <p>Motivação: Favorável.</p> |
| 9º passo: acompanhamento do plano - responsáveis e prazos | <p>Três meses para apresentação do projeto, levantamento de dados e para iniciação dos grupos operativos com acompanhamento multiprofissional:</p> <p>Médicos (acompanhamento clínico do estado de saúde e palestras);</p> <p>Enfermeiros e técnicos em enfermagem (acompanhamento do estado de saúde e exames de glicose e aferição de pressão arterial);</p> <p>Agentes de saúde (acolhimento e identificação do estado de saúde);</p> <p>Profissional de educação física do NASF-AB e acadêmicos de educação física (desenvolvimento e orientação de atividades físicas/práticas corporais com os usuários).</p> <p>Profissionais de apoio (NASF): Nutricionista, Psicólogo, Assistente Social, Farmacêutica, Fisioterapeuta e Fonoaudióloga.</p> |
| 10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação | <p>Gestão compartilhada pela equipe de saúde da família da Unidade Barão de São Romão e pela equipe do NASF-AB.</p> |

| | |
|------------------|---|
| das ações | Monitoramento por listas de presenças, exames clínicos (glicemia, pressão arterial, colesterol, triglicérides, ureia, creatinina e ECG). Avaliação das ações pela equipe semestralmente. |
|------------------|---|

Quadro 4- Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o nó crítico 2 “Sedentarismo e/ou atividade física insuficiente como condição de vida de adultos e idosos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Barão de São Romão, do município Januária, estado de Minas Gerais.

| | |
|--|--|
| Nó crítico 2 | Sedentarismo e/ou atividade física insuficiente como condição de vida de adultos e idosos. |
| 6º passo: operação (operações) | Mobilização e realização junto à comunidade de prática regular de atividades físicas coletivas voltadas para a promoção do envelhecimento populacional ativo e saudável. |
| 6º passo: projeto | “ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL” |
| 6º passo: resultados esperados | Maior número de adultos e idosos fisicamente ativos e redução do uso excessivo de tratamentos medicamentosos. Embora, uma parte dos integrantes deste projeto iniciem a prática regular de atividade física já com patologias associadas, espera-se que eles percebam a importância do exercício físico para a prevenção, controle e reabilitação de complicações, além de melhoria de seu bem-estar. |
| 6º passo: produtos esperados | Iniciação do programa de atividades físicas academia da saúde: alongamentos, caminhada, ginástica funcional, dança e hidroginástica com a orientação e supervisão do Profissional de Educação Física. |
| 6º passo: recursos necessários | Organizacional: Local para realização das atividades - praça Tiradentes local aberto ao público para realização do programa de atividades físicas propostas. Cognitivo: Profissionais de saúde com conhecimentos sobre o tema. Financeiro: verba para aquisição de materiais esportivos. Político: mobilização de profissionais da equipe e dos usuários da comunidade. |
| 7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos | Financeiro: verba para aquisição de materiais esportivos. Confecção de blusas para uniformização dos grupos, caixas de som e materiais esportivos para uso nas aulas coletivas: colchonetes, bastões, faixas elásticas, halteres entre outros. |
| 8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas | Ator que controla: Secretário municipal de Saúde. Motivação: Favorável. |
| 9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos | Profissional de Educação Física do NASF-AB e acadêmicos de enfermagem e educação física. O projeto deve ter um prazo mínimo de doze meses para a realização do programa academia da saúde com |

| | |
|--|---|
| | acompanhamento dos grupos operativos. |
| 10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações | Gestão compartilhada pela equipe de saúde da família da Unidade Barão de São Romão e equipe do NASF-AB. Monitoramento por listas de presenças. Avaliação das ações pela equipe trimestralmente. |

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional e, conseqüentemente, o aumento da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis exigem uma preparação do SUS, dos serviços de prevenção, detecção e controle de seus agravos e principalmente dos profissionais de saúde. As pessoas portadoras de condições crônicas, seus familiares e/ou cuidadores convivem com seus problemas diariamente por longo tempo, ou toda a vida.

É primordial implementar estratégias educativas e de comunicação em saúde voltadas ao fortalecimento da autonomia e do autocuidado da população ao longo do processo natural de envelhecimento, para que estejam bem informadas sobre suas condições e que sejam motivadas a lidar com elas e adequadamente capacitadas para buscarem um estilo de vida saudável e ativo. Precisam compreender o processo saúde-doença, reconhecer os sinais de alerta das possíveis complicações e saber como e onde recorrer para responder a isso. Dentre os resultados alcançados estão menos sintomas, menos complicações, menos incapacidades funcionais e menos custos relacionados a tratamentos medicamentosos.

As equipes de atenção primária em saúde devem planejar e empregar procedimentos de colaboração multiprofissional e intersetorial que valorizam a participação dos usuários e o diálogo com os saberes da comunidade, com ações e serviços de promoção da saúde que englobem apoio e que ofereça cuidado e atenção integral. Essa relação de cuidado deve se manifestar desde o acolhimento até proporcionar à população alternativa relativa à construção de comportamentos de reabilitação da saúde e prevenção dos principais fatores de risco modificáveis (tabagismo, alimentação não saudável, inatividade física/sedentarismo e o consumo nocivo de álcool).

Sendo assim, espera-se que o plano de intervenção proposto nesta pesquisa seja eficiente em reduzir os índices de morbidade, incapacidade e mortalidade causados pelas DCNT, por meio de um conjunto de ações preventivas da equipe, associadas à detecção precoce e ao tratamento oportuno na Unidade de Saúde Barão de São Romão.

REFERÊNCIAS

AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH. World Cancer Research Fund International. Policy and action for cancer prevention. **Food, nutrition, and physical activity: a global perspective**. Washington: World Cancer Research Fund. American Institute for Cancer Research; 2009.

BARRETO, M.S.; CARREIRA, L.; MARCON, S.S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós Gerontologia**, v.18, n.1, p. 325-339, 2015.

BAZZANO, L. A.; SERDULA, M. K.; LIU, S. Dietary intake of fruits and vegetables and risk of cardiovascular disease. **Current Atherosclerosis Reports**, n.5, p.492-499, 2003.

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 Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 112 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 162 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**. Seção 1, p. 6. 01.07.2011. Brasília, 2011a

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, 2011b. 160 p.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola

FARIA H. P.; CAMPOS, F. C. C. SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. 98p.

FIRMO, J. O. A.; BARRETO, S. M.; LIMA-COSTA, M.F. The Bambui Health and Aging Study (BHAS): Factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. **Cad Saúde Pública**, v.19, n.3, p.817-827, 2003.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Boletim PAD-MG | 2011: **perfil da população idosa de Minas Gerais**. Ano 3, n. 6, p. 1-85, 2014. Disponível em: <http://fjp.mg.gov.br/index.php/docman/cei/pad/335-boletim-pad-mg-2011-perfil-da-populacao-idosa-de-minas-gerais/file>. Acesso em: 23 ago 2020.

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

GOUVÊA, E.C.D.P. *et al.* Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis. **Bol Epidemiol [Internet]**. v.50, n. esp; p.99-101, 2019. (Número especial: Vigilância em Saúde no Brasil 2003|2009: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais).

HU, F. B. *et al.* Dietary fat intake and the risk of coronary heart disease in women. **New England Journal of Medicine**, n. 337, p.1.491-99, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA IBGE -- IBGE-cidades, **Januária**, Minas Gerais, 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/januaria/panorama>>. Acesso em 04 de out. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA IBGE --. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA IBGE --. **Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015** / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 132 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA IBGE --. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000 a 2060** – Revisão 2013. Rio de Janeiro: 21p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA IBGE-. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008. Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab). Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO INAN-. **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Resultados Preliminares**. 2 ed., Brasília: INAN, Ministério da Saúde 1990.

LESSA, I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.4, p.931-943, out./dez. 2004.

LIMA-COSTA, M.F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.700-701, mai-jun, 2003.

MALTA, D. C.; *et al.* Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 15., n.3, p 47-64, 2006.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JUNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.20, n.4, p.425-438, out-dez, 2011.

MATHERS, C. D; LONCAR, D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. **PLoS Medicine**, n. 3, p. e442, 2006.

MELLO, P.R.B, PINTO, G.R; BOTELHO, C. Influência do tabagismo na fertilidade, gestação e lactação. **J. Pediatr.** v.77, n.4, p. 257-264, 2001.

MEYER, K. A. *et al.* Dietary fat and incidence of type 2 diabetes in older Iowa women. **Diabetes Care**, n. 24, p. 1.528-35, 2001.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG). **Boletim de Vigilância das Doenças Crônicas não Transmissíveis**. Minas Gerais 2018. Disponível em: <<http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/boletim-de-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-2018/>> Acesso em 01 jul 2020.

NOGUEIRA, D. *et al.* Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil. **Rev Panam Salud Publ**, v.27, n.2, p.103-109, 2010.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – 2018-2021. Secretaria Municipal da Saúde. Januária: SMS. PMJ/SM.

REIS, C.S; NORONHA, K.; WAJNMAN, S. Envelhecimento populacional e gastos com internação do SUS: uma análise realizada para o Brasil entre 2000 e 2010. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 591-612, dez. 2016.

RIBEIRO, C.D.M.; SCHRAMM, F.R. A necessária frugalidade dos idosos. **Cad Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1141-1159, 2004.

RIBOLI, E.; NORAT, T. Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk. **American Journal of Clinical Nutrition**, n. 78, Supl. 559S–69S, 2003.

SANTOS, L. **O Modelo de Atenção à Saúde se Fundamenta em Três Pilares: Rede, Regionalização e Hierarquização**. 2011. Disponível em: <

<http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/09/15/o-modelo-de-atencao-a-saude-se-fundamenta-em-tres-pilares-rede-regionalizacao-e-hierarquizacao/>> Acesso em 03 out 2019.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, p.1949-1961, 2011.

SILVEIRA, R.E. *et al.* Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. **Einstein**. v.11, n.4, p.514-520, 2013.

TELLES, J.L.; BORGES, A.P. **O SUS e o processo de envelhecimento populacional**. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2012. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2012/07/o-sus-e-o-processo-de-envelhecimento-populacional/>>. Acesso em: 10 mai. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO -. Tobacco e the rights of the child. Geneva: WHO, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO **The World health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life**. Geneva: World Health Organization, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Technical Report Series, Geneva: WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO **Preventing chronic diseases: a vital investment**. Geneva: WHO; 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO **Interventions on diet and physical activity: what works? Summary report**. Geneva: World Health Organization, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO **Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke**. Geneva: World Health Organization, 2010a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: World Health Organization, 2010b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO **Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies: report of a joint technical meeting held by WHO and the Food Standards Agency, United Kingdom**. Geneva: World Health Organization, 2010c.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO **Global status report in noncommunicable diseases 2014**. Geneva, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO **Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2016**. Geneva: World Health Organization; 2018.