

CURSO DE  
ESPECIALIZAÇÃO

ATENÇÃO ÀS PESSOAS  
COM DOENÇAS CRÔNICAS  
NÃO-TRANSMISSÍVEIS

**Políticas de Saúde  
na Atenção às  
Pessoas com DCNT**



# **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS**

Formação de gestores e profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) para a organização e qualificação do cuidado às pessoas com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis - DCNT (diabetes mellitus-DM, hipertensão arterial sistêmica-HAS e obesidade) e a abordagem dos fatores de risco. O presente material focaliza as políticas de saúde na atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis e as estratégias de promoção e prevenção como integrantes das linhas de cuidado à saúde do Sistema Único de Saúde - SUS.





## GOVERNO FEDERAL

### MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA E INOVAÇÕES

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ)

Processo CNPq: 443751/2020-0



### MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)

Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS)

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitor:	Irineu Manoel de Souza
Vice-Reitora:	Joana Célia dos Passos
Pró-Reitor de Pós-Graduação:	Werner Kraus
Pró-Reitor de Pesquisa e Inovação:	Jacques Mick
Pró-Reitora de Extensão:	Olga Regina Zigelli Garcia

### CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor:	Fabricio de Souza Neves
Vice-Diretor:	Ricardo de Souza Magini

### DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Chefe:	Ângela Maria Alvarez
Sub-chefe:	Patricia Klock

### CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DCNT

Coordenadora:	Monica Motta Lino
Sub-coordenadora:	Felipa Rafaela Amadigi
Coordenadora de Tutoria:	Thaise Honorato de Souza
Coordenador de AVEA:	Tcharlies Dejandir Schmitz

### EDIÇÃO

Thaise Torres



### DIAGRAMAÇÃO

Thaise Torres  
Julia de Mello Holme

Todo o Curso de Especialização em Atenção às Pessoas com DCNT está licenciado com uma Licença Creative Commons Atribuição Não-Comercial-Compartilha-Igual 4.0 Internacional. Cópia da licença: [https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.pt_BR)

### REVISÃO

Samara Eliane Rabelo Suplici

### APOIO

Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC)  
Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina (COSEMS/SC)  
Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (COREN/SC)



## AUTORES

Samara Eliane Rabelo Suplici  
Felipa Rafaela Amadigi  
Monica Motta Lino  
Silvia Cardoso Bittencourt  
Thaíse Honorato de Souza

## ORGANIZADORES

Monica Motta Lino  
Felipa Rafaela Amadigi

## TÍTULO DA OBRA

Curso de Especialização em Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

## SUBTÍTULO

Políticas de Saúde na Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Curso de especialização em atenção às pessoas com doenças crônicas não-transmissíveis [livro eletrônico] : políticas de saúde na atenção às pessoas com doenças crônicas não-transmissíveis / Samara Eliane Rabelo Suplici...[et al.]. -- São José, SC : Ed. dos Autores, 2023.  
PDF

Outros autores: Felipa Rafaela Amadigi, Monica Motta Lino, Silvia Cardoso Bittencourt, Thaise Honorato de Souza  
Bibliografia.  
ISBN 978-65-00-64345-9

1. Doenças crônicas 2. Doenças crônicas não transmissíveis - Prevenção 3. Doenças crônicas não transmissíveis - Tratamento 4. Educação em saúde  
I. Suplici, Samara Eliane Rabelo. II. Amadigi, Felipa Rafaela. III. Lino, Monica Motta. IV. Bittencourt, Silvia Cardoso. V. Souza, Thaise Honorato de. VI. Título.

23-147848

CDD-616.044

### Índices para catálogo sistemático:

1. Doenças crônicas não transmissíveis : Ciências médicas 616.044

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

## COMO CITAR ESSE MATERIAL

Suplici, Samara Eliane Rabelo; Amadigi, Felipa Rafaela; Lino, Monica Motta; Bittencourt, Silvia Cardoso; Souza, Thaíse Honorato de. Políticas de Saúde na Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. In: Lino, Monica Motta; Amadigi, Felipa Rafaela (Orgs). Curso de Especialização em Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis [livro eletrônico]. Brasil, Ministério da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); São José, SC: Ed. dos Autores, 2023.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE





7

Políticas de Saúde



8

Cronicidade e Saúde

9

Estratégias para a Obesidade



10

Estratégias para a Hipertensão



11

Estratégias para a Diabetes



12

Estratégias para o Tabagismo



13

Tecnologia do Cuidado



## LIVRO 7

### Políticas de Saúde na Atenção às Pessoas com DCNT

Eixo Especializado

Enfoca competências específicas na atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis

## AUTORES

**Samara Eliane  
Rabelo Suplici**



Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (1994), Licenciatura em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (1994), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2000) e Doutorado em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2017). Possui experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Clínica médica e Cirúrgica, Saúde do Adulto, Semiologia e Semiotécnica em Enfermagem atuando principalmente nos seguintes temas: saúde do adulto, doenças crônicas e autocuidado. Possui experiência na área da assistência tendo atuado como enfermeira assistencial em hospitais públicos e privados. Possui também experiência na área da docência tendo lecionado em cursos de Graduação e Pós Graduação em Enfermagem. É membro do Núcleo de Estudos em Condição Crônica da Universidade Federal de Santa Catarina.

**Felipa Rafaela  
Amadigi**



Enfermeira, graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina (2003), possui Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (2005) e Doutorado em Enfermagem também pela Universidade Federal de Santa Catarina (2011). Foi Vice Presidente e Presidente do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (2008-2011; 2012-2014), e Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (2019-2021). Tem experiência na área de (I) Saúde Coletiva, com ênfase em (II) Gestão em Saúde, atuando principalmente nos temas: gestão em saúde, processo de trabalho, Estratégia de Saúde da Família. Docente do Curso de Enfermagem da UFSC, da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF) e da Residência Multiprofissional em Saúde (RIMS). Líder do LITES - Laboratório Interdisciplinar em Tecnologias Educacionais em Saúde (2020). Pesquisadora do Grupo PRÁXIS/UFSC, Laboratório de Pesquisa sobre Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem.  
E-mail: felipa.amadigi@ufsc.br

**Monica Motta Lino**



Doutora em Enfermagem. Pesquisadora CNPq - Produtividade em Desenvolvimento Tecnológico e Extensão Inovadora. Professora da Graduação e da Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Líder do Grupo LITES - Laboratório Interdisciplinar de Tecnologias Educacionais em Saúde. Editora Associada na Revista Texto & Contexto Enfermagem. Coordenadora do Curso de Especialização em Atenção às Pessoas com DCNT (MS/CNPq/UFSC).

E-mail: monica.lino@ufsc.br

Orcid: 0000-0003-0828-7969

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7047317172154364>

## AUTORES

**Silvia Cardoso Bittencourt**



Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (1993) e Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (2001). Doutora em Ciências Humanas pelo Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da UFSC (2010). Atua como pesquisadora e docente nas área de Saúde Coletiva e Ciências Humanas, com ênfase nos seguintes temas: interdisciplinaridade, história da farmacologia, história das ciências da saúde, plantas medicinais, medicamentos, itinerários terapêuticos, atenção primária em saúde, ética em pesquisa e bioética.

**Thaise Honorato de Souza**



Enfermeira, graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC (2010). Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem - PEN/UFSC (Desde 2021/01). Mestre do Programa de Mestrado Profissional Associado à Residência Integrada Multidisciplinar em Saúde da UFSC (2015). Especialista em Urgência e Emergência na modalidade de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Polydoro Ernani São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina - HU/UFSC (2013). Pós-graduação Enfermagem em Centro Cirúrgico e Central de Material Esterilizado pela Faculdade Inspirar (2018). Enfermeira Responsável Técnica do Hospital Da Visão Santa Catarina (Desde 2013). Tutora do Curso de Especialização EaD-UFSC Linha de cuidado: Doenças Crônicas não Transmissíveis (UNA-SUS) (2012 a 2014). Tutora do Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica - UNA SUS - UFSC (2015 a 2018). Tutora do Curso de Aperfeiçoamento em Atenção Domiciliar - UNA SUS - UFSC (2017). Professora Conteudista I da Universidade Aberta do Brasil UAB/UFSC (2020/2021).  
E-mail: thaisetise@yahoo.com.br



## APRESENTAÇÃO

Neste livro retomaremos a discussão sobre as políticas de saúde, agora com foco na atenção às pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. A partir da compreensão de rede de atenção, já trabalhada no Livro 2, apresentaremos de modo detalhado a rede de atenção DCNT no Estado de Santa Catarina. Falaremos sobre as linhas de cuidado enquanto importantes instrumentos de definição das ações e os serviços desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção, às linhas de cuidado existentes e sua organização em Santa Catarina. Como suporte, apresentaremos alguns programas estratégicos à disposição e suas contribuições no controle das DCNT.

Para finalizar, refletiremos sobre a atuação profissional no contexto da rede de atenção em DCNT, e os desafios para a melhoria da atenção à pessoa com doença crônica não transmissível.

Venha conosco transitar por esses temas!

Desejamos a você bons estudos e muito aprendizado!

**Ementa:** Focaliza as políticas de saúde na atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT e as estratégias de promoção e prevenção como integrantes das linhas de cuidado à saúde do Sistema Único de Saúde - SUS.

**Carga horária:** 30h

# SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>08</b>
<b>2</b>	<b>AS LINHAS DE CUIDADOS EM SANTA CATARINA</b>	<b>11</b>
2.1	Linha de cuidado à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus	13
2.2	Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica	15
2.3	Linha de cuidado em sobrepeso e obesidade	17
2.4	Linha de Cuidado Oncologia	20
2.5	Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa	22
2.6	Linha de Cuidado Tabagismo	26
<b>3</b>	<b>PROGRAMAS, PROJETOS E AÇÕES VOLTADAS AO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS</b>	<b>28</b>
3.1	Programa Academia da Saúde	29
3.2	Guia de Atividade Física para a População Brasileira	34
3.3	Proteja	36
3.4	Programa Previne Brasil	38
3.5	Indicadores de acompanhamento DCNT	40
<b>4</b>	<b>ALGUMAS CONSIDERAÇÕES</b>	<b>44</b>
<b>5</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>47</b>

## 1- Conhecendo a rede de atenção às DCNT no Estado de Santa Catarina

Conforme vimos no livro 2, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) consistem em arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. As diretrizes para a organização das RAS no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS são estabelecidas pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. A partir deste referencial foram pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2011 e 2012, as seguintes temáticas das Redes de Atenção à Saúde - RAS:

1. Rede Cegonha;

2. Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE);

3. Rede de Atenção Psicossocial (Raps);

4. Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; e

5. Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.<sup>1</sup>

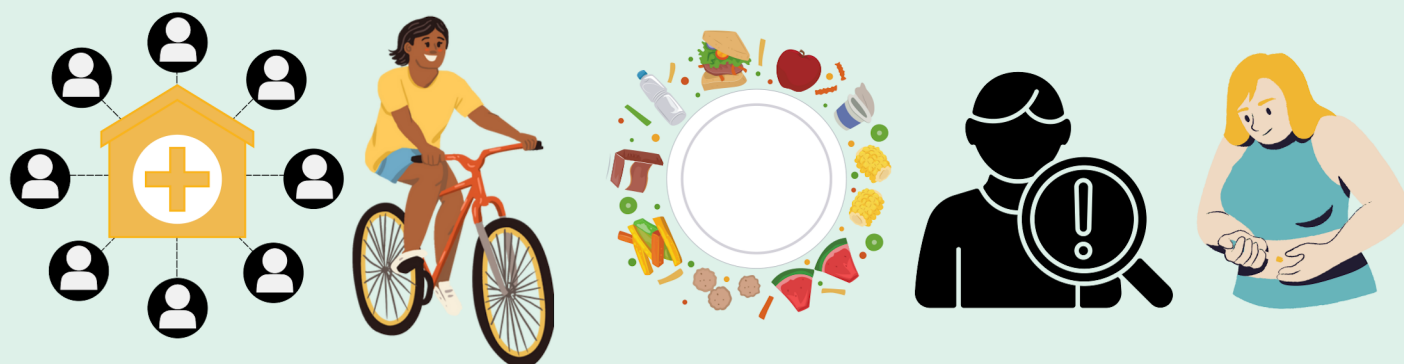


Segundo essa portaria, os arranjos organizativos das RAS são a melhor estratégia de organização dos serviços de saúde, capazes de materializar a produção em saúde de forma mais eficaz e integral, dando corpo a uma proposta inovadora para a gestão do SUS.<sup>1-2</sup>





A Rede de Atenção à Saúde - RAS das Pessoas com Doenças Crônicas foi concebida com o objetivo de realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas em todos os pontos de atenção, por meio da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; e de fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações. Busca ainda, a ampliação do acesso aos serviços; a integralidade e o aprimoramento da atenção à saúde; a promoção de hábitos alimentares saudáveis e da prática de atividade física; o enfrentamento dos fatores de risco; a ampliação da capacidade de autocuidado e autonomia.<sup>3</sup>



Como forma de concretizar os objetivos, foi elaborado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis, para o período de 2011 a 2022, publicado em 2011 propôs que a formação da Rede de Atenção à Saúde - RAS das Pessoas com Doenças Crônicas estivesse organizada por meio de Linhas de Cuidado (LC) prioritárias (doenças renocardiovasculares, hipertensão arterial, insuficiência renal crônica, diabetes mellitus, obesidade, doenças respiratórias crônicas e câncer) permitindo, assim tanto a organização dos serviços quanto a delimitação da LC, com o fluxo a ser percorrido pelos usuários.<sup>4</sup> Em 2021, o Plano Nacional passou por revisão, dando origem ao Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil.<sup>5</sup>

As Linhas de Cuidado(LC) estabelecem os fluxos assistenciais de uma pessoa com uma determinada condição de saúde dentro da RAS. Ao descreverem a trajetória adequada que uma pessoa deve percorrer na RAS, elas padronizam a organização do cuidado no sistema de saúde. Tais linhas têm como um de seus objetivos a integração das ações e dos serviços desde a Atenção Primária - AP até os serviços especializados. Assim, são uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, entre as unidades de atenção à saúde.<sup>6</sup>

### Orientar

o serviço de saúde de forma a centrar o cuidado no usuário e em suas necessidades

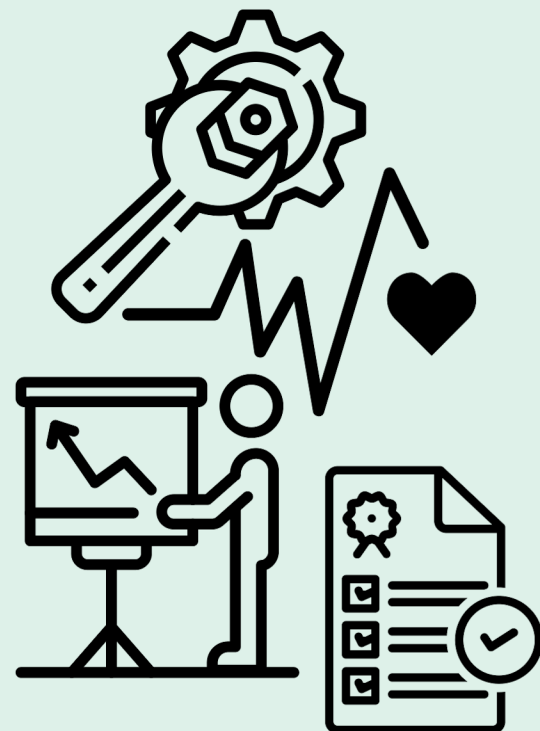
### Demonstrar

fluxos assistenciais com planejamentos terapêuticos seguros nos diferentes níveis de atenção

### Estabelecer

o “percurso assistencial” ideal dos usuários nos diferentes níveis de atenção de acordo com suas necessidades.

As LC estão entre as principais ferramentas para microgestão dos serviços e sua implantação deve se dar a partir das unidades da Atenção Primária à Saúde (APS), que têm a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede. Cabe ainda destacar que as linhas de cuidado são orientadas por diretrizes clínicas, portanto a sua construção envolve o levantamento de dados em protocolos, diretrizes e normas técnicas previamente estabelecidos pelo Ministério da Saúde - MS e Secretarias de Saúde estaduais e municipais de saúde.<sup>6</sup>



**Quer saber mais sobre as linhas de cuidado?**

Acesse <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/porta/>



## 2- AS LINHAS DE CUIDADO EM SANTA CATARINA

As linhas de cuidado definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção da RAS utilizando a estratificação de risco para definir ações em cada estrato.<sup>6</sup> A implantação das LC está entre as metas estabelecidas no Plano Estadual de Saúde de Santa Catarina.<sup>7</sup>

No contexto das LC às pessoas com DCNT, o Estado de Santa Catarina com o objetivo de garantir um cuidado integral a esta população no Estado elaborou e publicou as linhas de cuidado:<sup>7</sup>

- ✓ Linha de Cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus, aprovada na CIB pela deliberação 330/CIB/2018
- ✓ Linha de Cuidado Hipertensão Arterial;
- ✓ Linha de Cuidado Sobrepeso e Obesidade;
- ✓ Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica, deliberação 288/CIB/18, serviços ambulatoriais de cobertura no Estado distribuídos nas sete Macrorregiões de saúde.
- ✓ Linha de Cuidado Oncologia, com um total de 20 UNACONS e 1 Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) distribuídas nas sete Macrorregiões
- ✓ Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Respiratória Crônica.



Desde a publicação destes materiais, vários movimentos têm sido realizados no sentido de sua implantação no estado. A principal iniciativa é alinhar ações e serviços já existentes nos municípios para que seja possível reconhecer uma rede de cuidado às pessoas com doenças crônicas a partir das LC. Para a implantação das LC,<sup>7</sup> algumas etapas devem ser cumpridas:



Realizar diagnóstico situacional das regiões de saúde;



Deliberar em Comissão Intergestores Regional (CIR);



Formar um Grupo Condutor Regional e Construir um plano de ação regional;

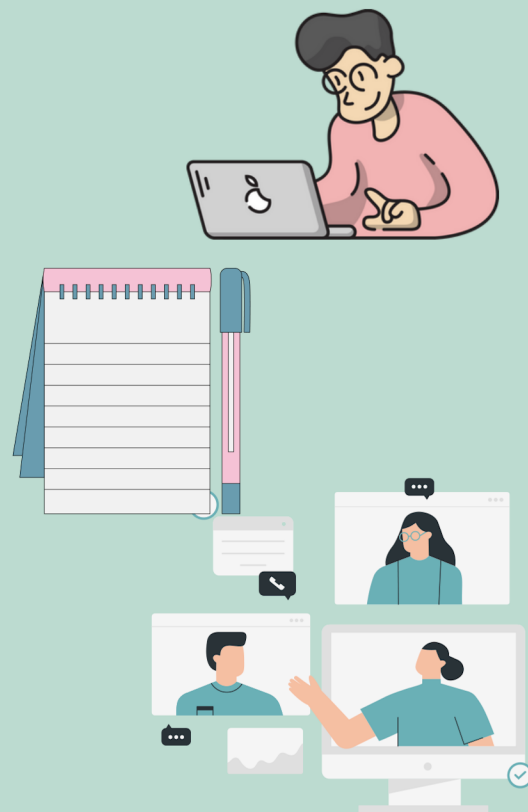


Realizar cursos de aperfeiçoamento (qualificação do processo de trabalho e da prática clínica na perspectiva das Linhas de Cuidado - LC à Pessoa com Doença Crônica)

Para a realização da primeira etapa, o diagnóstico situacional são levantados indicadores de saúde relacionados à temática para a partir disso definir o local por onde iniciará a implantação. Uma vez definida a região de saúde onde determinada LC será implantada, é feita uma pactuação em CIR. Um novo levantamento dos recursos humanos, materiais e equipamentos de saúde disponíveis na região é realizado para construir um plano de ação regional.<sup>8</sup>



Quanto aos cursos de aperfeiçoamento, estes são realizados pela SES em parceria com o Telessaúde/UFSC com o objetivo de qualificar o processo de trabalho na APS na perspectiva das LC. Trata-se de minicursos na modalidade Ensino à Distância (EAD) com 100 horas destinados a todos os profissionais e gestores que atuam na APS com certificação e dois momentos síncronos nos quais os profissionais podem discutir com os técnicos da SES as perspectivas e desafios para implantação da LC.<sup>8</sup>



Enfatiza-se a importância do trabalho dos profissionais da APS no cuidado às pessoas com DCNT e, nesse sentido, a implantação dessas linhas de cuidado sistematizam o processo de trabalho já realizado por esses profissionais e corrobora com um cuidado integral, longitudinal, contínuo e coordenado.

## 2.1 LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, por meio da Diretoria de Atenção Primária, elaborou e publicou em 2018 a LC à pessoa com Diabetes Mellitus (DM) e em 2019 a LC à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Baseado em diretrizes Clínicas e nas mais atuais evidências científicas, um grupo de trabalho constituído por técnicos da SES e avaliadores externos com expertise na área, elaborou o material com o objetivo de subsidiar as ações voltadas à promoção, prevenção, detecção, controle do DM e HAS e o estabelecimento de novas e mais fortes articulações entre os níveis de atenção.<sup>9-10</sup>

No escopo dessas LC está o itinerário das pessoas com DM e HAS, e um conjunto de informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, cura e reabilitação dessas condições de saúde a serem desenvolvidas nas unidades de atenção à saúde, bem como informações relativas aos recursos envolvidos nesses processos, em cada uma dessas unidades. A padronização técnica dessas LC fortalecem e qualificam a atenção à pessoa com estas condições, por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado em todos os pontos de atenção. O cuidado deve levar em consideração as necessidades individuais de cada pessoa após identificar os fatores de risco, avaliar as condições de saúde e solicitar exames necessários e que possam contribuir para a decisão terapêutica ou preventiva.<sup>9-10</sup>

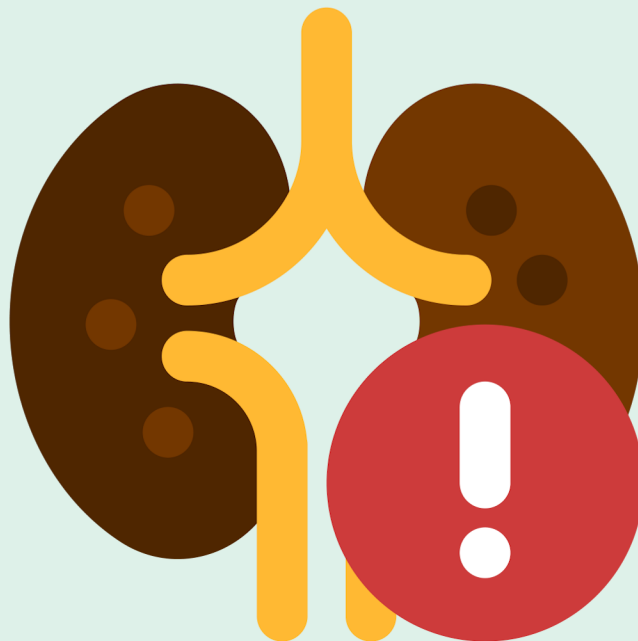


As LC definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio, utilizando a estratificação para definir ações em cada estrato de risco. Esses estratos de risco determinados por parâmetros clínicos é que direcionam como a pessoa será cuidada e os critérios de encaminhamento para a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). No caso da LC à Pessoa com DM a pessoa é estratificada em baixo, médio, alto e muito alto risco de acordo com os valores de hemoglobina glicada e a presença de complicações agudas e/ou crônicas. No caso da linha de cuidado à pessoa com HAS, a estratificação do risco depende dos níveis da PA, dos fatores de risco associados, das lesões em órgãos alvo e da presença de doença cardiovascular ou doença renal. Essas linhas de cuidado serão detalhadas nos livros 10 e 11.

Essas LC organizam o cuidado às pessoas com DM e HAS incorporando os elementos da RAS. A implantação dessas LC iniciou pelas regiões do Oeste, Extremo Oeste e Xanxerê. No momento encontra-se em expansão para as demais regiões do Estado.

## 2.2 LINHA DE CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

A Portaria GM/MS nº 1.675 de 2018 que alterou a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, dispôs os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>11</sup> A partir dessa portaria e das diretrizes clínicas para o cuidado à pessoa com DRC,<sup>12</sup> o Estado de Santa Catarina publicou em 2021 a Linha de Cuidado à Pessoa com DRC.<sup>13</sup>



Essa LC organiza o cuidado à pessoa com DRC desde a APS até a AAE e ainda institui um valor de incremento estadual destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico para os casos indicados e para o apoio matricial das equipes de APS nos assuntos relacionados às doenças renais de forma a diagnosticar e tratar as complicações da DRC. Nessa LC a pessoa é estratificada em estágios clínicos que vão desde o estágio 1 até o estágio 5 levando em consideração<sup>3</sup> principalmente a Taxa de Filtração Glomerular, mas também exames de imagem que indiquem lesão renal. As pessoas classificadas nos estágios 1 a 3 são acompanhadas na APS e aquelas nos estágios 4 e 5 são encaminhadas à AAE devendo continuar seu cuidado também na APS. O fluxo de acesso da APS para consultas especializadas prevê a teleconsultoria clínica de forma compulsória. Essa teleconsultoria ocorre previamente ao atendimento no ambulatório de atenção especializada para as pessoas com DRC classificadas nos estágios 4 e 5.<sup>13-14</sup>



Para a qualificação do processo de trabalho nessa linha de cuidado, está em fase de elaboração o curso de capacitação telessaúde/SES que será em breve ofertado aos profissionais da APS. Para saber mais sobre essa LC acesse a nota técnica para apoiar os profissionais de saúde no encaminhamento das pessoas com Doença Renal Crônica - DRC da Atenção Primária - AP para a Atenção Especializada disponível em:

**<https://www.saude.sc.gov.br/coronavirus/arquivos/NT-01-2022-DAPS-SPS-SES.pdf>**

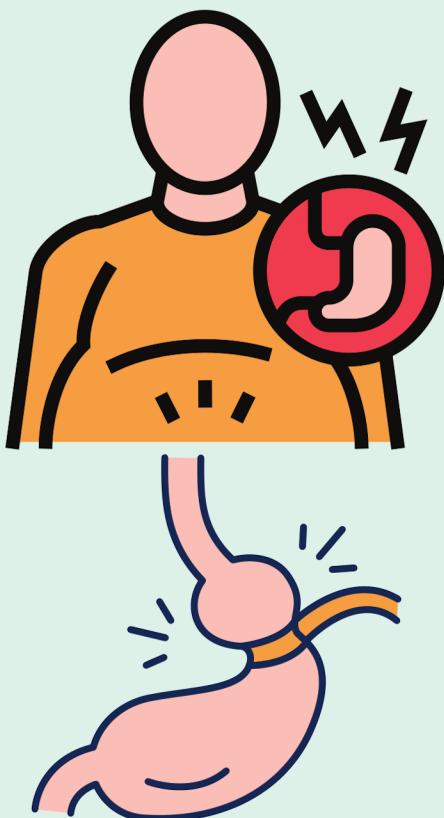




## 2.3 LINHA DE CUIDADO EM SOBREPESO E OBESIDADE

A Linha de cuidado em Sobrepeso e Obesidade foi redefinida pela portaria nº 424 de 19 de março de 2013. Esta portaria estabeleceu as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Esta Rede de atenção é composta pelos componentes: Atenção Primária à Saúde (APS); a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE); e o terceiro componente que trata dos Sistemas de Apoio e Sistema Logístico.<sup>15</sup>

As ações desenvolvidas na APS incluem a vigilância alimentar e nutricional, ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade, assistência terapêutica multiprofissional e a coordenação do cuidado entre todos os níveis de atenção.<sup>16</sup>



Na AAE são realizadas a assistência terapêutica clínica e o acompanhamento das comorbidades associadas, além do acompanhamento pré/pós-cirurgia bariátrica, a cirurgia bariátrica e a cirurgia plástica reparadora com profissionais especializados para o cuidado da pessoa com obesidade. Este componente se divide em Subcomponente Ambulatorial Especializado, Subcomponente Hospitalar e Subcomponente de Urgência e Emergência, cada um deles com suas atribuições específicas no cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade.<sup>16</sup>

O componente de sistemas de apoio e logístico é responsável pela realização de exames complementares ao diagnóstico e tratamento da obesidade, pela assistência farmacêutica ao tratamento clínico da obesidade e pós-tratamento cirúrgico da obesidade, e também pelo transporte sanitário eletivo e de urgência.<sup>16</sup>

A linha de cuidado prevê a organização das ações desde a prevenção até o tratamento do sobrepeso e da obesidade. O diagnóstico, o monitoramento do excesso de peso e a estratificação de risco são o ponto inicial para organização da linha de cuidado na rede de atenção à saúde. A partir da estratificação de risco é desenhado o fluxo do usuário com sobrepeso e obesidade na RAS.

A estratificação de risco do sobrepeso e obesidade leva em consideração o índice de massa corporal (IMC) e a presença de comorbidades. O encaminhamento dos usuários com  $IMC \geq 35\text{kg/m}^2$  com comorbidades descompensadas ou  $IMC \geq 40\text{ kg/m}^2$  que não tiveram sucesso em dois anos de acompanhamento na APS deve ser feito para acompanhamento na atenção especializada.<sup>16</sup> A cirurgia bariátrica deve ser oferecida por critérios da Atenção Hospitalar especializada e das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.



Em Santa Catarina os serviços atualmente habilitados estão localizados nas Macrorregiões da Grande Florianópolis, Serra Catarinense, Nordeste e Médio Vale do Itajaí. Atualmente cada unidade fica responsável pela assistência de, no mínimo, a população adstrita de duas Macrorregionais.

3



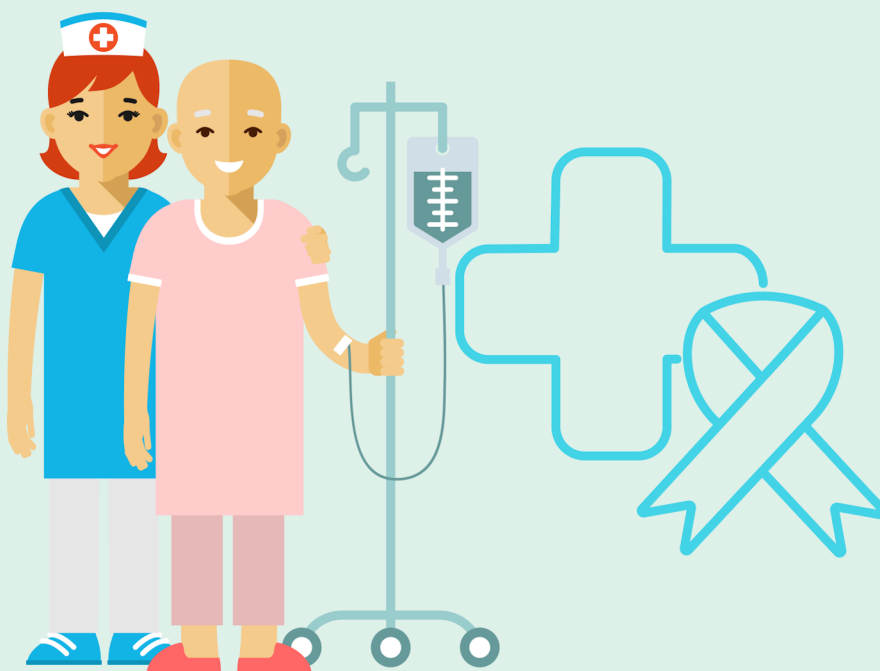
No contexto da Atenção Especializada, o serviço de atenção em alta complexidade conta com 5 hospitais habilitados. Os hospitais foram habilitados segundo a Portaria nº 492 de 31 de agosto de 2007 e deverão se adequar às normas de habilitação vigente da Portaria nº 425/GM/MS/2013.<sup>17</sup>



## 2.4 LINHA DE CUIDADO ONCOLOGIA

Para institucionalizar a prevenção e controle do Câncer foi publicada a Portaria GM/MS nº 874 de 16 de maio de 2013, referente a Política Nacional de Atenção Oncológica trazendo como propósito a diminuição da mortalidade e da incapacidade causadas pelo câncer e ainda a possibilidade de reduzir a incidência de alguns tipos de câncer, assim como, colaborar para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. Essa política passou a tratar o câncer como problema de saúde pública, conforme orienta a OMS, e está organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção.

Em Santa Catarina a LC na oncologia surge da necessidade de analisar se os serviços de atenção oncológicos supriam a demanda integral gerada pelos pacientes. Nesse sentido, foi elaborado em 2018 o Plano de ação da rede de atenção à saúde das pessoas com câncer em Santa Catarina.



Na atenção básica as ações em saúde incluem: inserir promoção, prevenção, rastreabilidade, diagnóstico precoce, suporte e cuidados paliativos.

- Estímulo para alimentação adequada;
- Estímulo para atividade física;
- Tratamento do tabagismo;
- Tratamento da obesidade;
- Rastreamento do câncer de mama e do câncer de colo uterino;
- Diagnóstico precoce presuntivo dos cânceres de pele, cólon e reto, cavidade oral, próstata e estômago, por meio de história clínica e exame físico, complementados por exames/procedimentos;
- Manutenção do cuidado integral multiprofissional de outros agravos pré-existentes de saúde, durante o tratamento oncológico no CACON;
- Consultas individuais e com os cuidadores. Visitas domiciliares; Procedimentos de baixa complexidade; Dispensação de medicamentos não-excepcionais para controle da dor.



Na atenção especializada de média complexidade as ações incluem:

- O diagnóstico histopatológico do câncer, o tratamento do câncer e os cuidados paliativos;
- Diagnóstico histológico, por meio de broncoscopia, endoscopia digestiva alta, mediastinoscopia, pleuroscopia, retossigmoidoscopia, colonoscopia, endoscopia urológica, laringoscopia, colposcopia, laparoscopia, histeroscopia, entre outros;
- Retirada cirúrgica da lesão precursora do câncer do útero (exérese da zona de controle de intercorrências);





Na atenção especializada de alta complexidade as ações são de tratamento e cuidados paliativos.

- Cirurgia em oncologia/ quimioterapia/radioterapia;
- Radioterapia anti-hemorrágica e antiálgica;
- Dispensação de medicamentos para controle da dor, classificados como excepcionais;

## 2.5. LINHA DE CUIDADO PARA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Uma das causas do aumento da prevalência e incidência das DCNT é o envelhecimento populacional. De acordo com os dados do último Vigitel,<sup>16</sup> o percentual de pessoas que referem diagnóstico médico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus entre a população adulta ( $\geq 18$  anos) aumenta com a idade, mas o aumento da longevidade da população trouxe consigo, além do aumento da incidência e prevalência das DCNT, também o aumento da mortalidade por estas. Apesar da relação direta entre envelhecimento populacional e aumento de DCNT, estas não devem ser entendidas como parte normal do envelhecimento e, por isso, um dos principais desafios atuais do Sistema de Saúde brasileiro está na prevenção, monitoramento e controle das DCNT na população idosa. Mesmo entendendo que o cuidado à pessoa idosa deve ter como foco a sua saúde, discutiremos aqui a importância do cuidado integral à saúde da pessoa idosa no enfrentamento às DCNT.



Em Santa Catarina, buscando superar os desafios que permanecem em relação à Saúde da Pessoa Idosa, a Diretoria de Atenção Primária (DAPS) da Superintendência de Planejamento da Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC) publicou, em 2018, a “Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa” como um modo de organizar estrategicamente a atenção integral e longitudinal à saúde desta população na RAS.<sup>18</sup>

A construção dessa LC envolveu técnicos da SES e avaliadores externos que elaboraram o material com o objetivo de subsidiar as ações voltadas ao cuidado integral à saúde da pessoa idosa. Essa linha de cuidado teve como base a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, anexo I do anexo XI, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI); o Estatuto do Idoso disposto na Lei nº 10.741/2003; a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, anexo XXII do anexo XI que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); a Política Estadual do Idoso disposta na Lei nº 11.436/2000 regulamentada pelo Decreto nº 3.514/2001; nas orientações técnicas para a Implementação da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde (SUS) do Ministério da Saúde; e a Linha Guia da Saúde do Idoso do Paraná.<sup>18</sup>

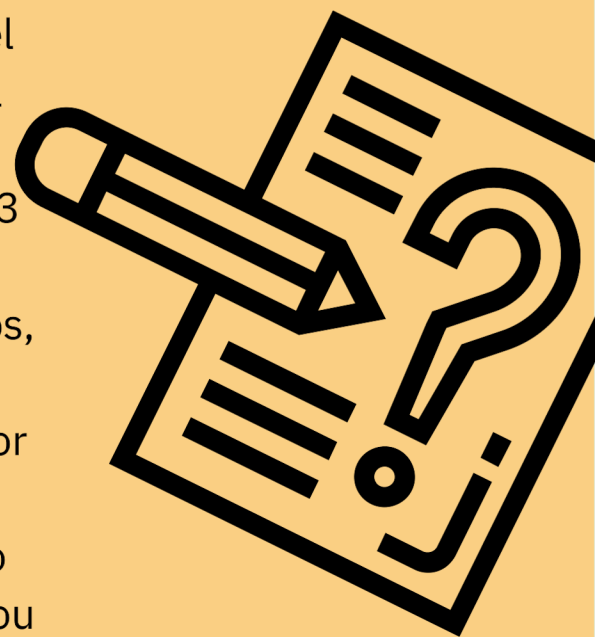
Os pontos de atenção na RAS incluem tanto os serviços de saúde quanto os de outros setores, como os dispositivos da assistência social, as instituições da justiça e dos direitos humanos, as entidades e associações comunitárias, equipamentos e pontos de cultura, esportes, lazer e educação, dentre outros, necessários à integralidade do cuidado e à construção da intersetorialidade. Compete ao gestor estadual e municipal garantir a atenção às pessoas idosas em seu território.<sup>18</sup>



A atenção à saúde da população idosa tem a APS como ordenadora e coordenadora do cuidado em saúde, responsável por promover a articulação e integração de ações com as demais políticas públicas, sendo a porta de entrada preferencial para a RAS. As equipes da APS devem realizar a primeira abordagem com avaliação multidimensional e estratificação de risco das pessoas idosas dos territórios para os quais são referências. A estratificação de risco nesta linha de cuidado leva em consideração os perfis funcionais da pessoa idosa e a definição destes perfis organiza as ações a serem desenvolvidas em cada nível de atenção da RAS e por meio da articulação intersetorial.

Existem instrumentos, escalas e testes que auxiliam na avaliação da pessoa idosa, na perspectiva da integralidade. Santa Catarina adota a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para identificar todos os idosos da área de abrangência da UBS, com o objetivo de priorizar o atendimento dos idosos de acordo com o grau de vulnerabilidade que se encontram.<sup>19</sup>

A estratificação de risco proposta na caderneta de saúde da pessoa idosa é realizada pelo Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13) que leva em consideração a idade, a autopercepção da saúde, a presença de limitações físicas e de incapacidades. O VES-13 é um questionário composto por 13 itens, de fácil aplicação e duração média de 4 a 5 minutos, pode ser respondido pelo paciente ou pelos familiares/cuidadores. No VES-13, quanto maior a pontuação maior a fragilidade da pessoa e assim, a pessoa idosa é estratificada em baixo risco ou robusta ( $\text{VES-13} \leq 2$ ); risco moderado ou em risco de fragilização (3 a 6 pontos); e risco elevado ou frágil ( $\geq 7$  pontos).<sup>20</sup>





As pessoas idosas que possuem maior grau de complexidade e múltiplas necessidades de saúde devem ser encaminhadas para os serviços ambulatoriais especializados, a exemplo dos Centros de Referência Saúde do Idoso que devem estar articulados com os demais pontos de atenção da RAS, com acesso a procedimentos de maior densidade tecnológica para manejo efetivo do cuidado compartilhado com a APS.<sup>18</sup>



As intercorrências, que levam a necessidade de serviços de urgência e emergência, bem como as internações hospitalares são situações que devem ser acompanhadas, também, pelas equipes da atenção primária. Isso permite a troca de informações e acompanhamento da evolução do quadro, e em especial, no retorno ao lar, por meio das visitas domiciliares que permitam o acompanhamento da recuperação da pessoa idosa, bem como para oferecer suporte e orientações para familiares e/ou outros cuidadores.<sup>18</sup>



Importante enfatizar que o cuidado à pessoa idosa é intersetorial, uma vez que o setor saúde é apenas um dos aspectos que compõem esse cuidado. Por isso, existe a necessidade de planejamento e ação conjunta com as políticas de Educação, Trabalho, Previdência Social, a Assistência Social, Direitos Humanos, Habitação, Transporte, Cultura, viabilizando a proteção dos direitos, bem como o acesso à moradia, à mobilidade urbana, à cultura, ao lazer, dentre outros.<sup>18</sup>

No nível local, a gestão deve articular as equipes e os equipamentos da saúde, com os demais dispositivos do território, estabelecendo um fluxo permanente de informações com todos os serviços disponíveis, no município e região de saúde. É importante que essa articulação seja dialógica e implique em responsabilização mútua, para a rede de cuidados e de proteção integral às pessoas idosas em cada território.

Para saber mais sobre essa linha de cuidado acesse:

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexos-deliberacoes-2018/14727-anexo-307-linha-de-cuidado-a-saude-do-idoso-em-sc/file>



## 2.6 LINHA DE CUIDADO TABAGISMO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS),<sup>21</sup> oferecer ajuda para a cessação do tabagismo é um componente essencial de qualquer estratégia de controle do uso do tabaco. No Brasil, desde 2001 o apoio à cessação do uso do tabaco é implementado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). O programa articula a rede de tratamento do tabagismo no SUS, o Programa Saber Saúde, as campanhas e outras ações educativas, além da promoção de ambientes livres de tabaco.



O Programa Saber Saúde é responsável pela formação de profissionais da educação e da saúde para trabalharem conteúdos relacionados à promoção da saúde e prevenção do tabagismo com crianças, adolescentes e jovens nas escolas por meio de informações de base científica que auxiliam na abordagem do tema tabagismo e outros fatores de risco à comunidade escolar e local.



Partindo desse princípio o programa entende que o tratamento do tabagismo pode ser realizado em qualquer nível de atenção do SUS, sendo que a Atenção Primária à Saúde, por sua capilaridade, vínculo com o território e com os usuários é estratégica pois possibilita maior alcance populacional. Assim cabe aos demais pontos da rede de atenção a abordagem breve/mínima e o encaminhamento à APS para que proceda o planejamento terapêutico.

Quer saber mais? acesse  
<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/tabagismo/>



### 3. PROGRAMAS, PROJETOS E AÇÕES VOLTADAS AO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

De acordo com a OMS, um conjunto de fatores de risco responde pela maioria das mortes por DCNT. Entre esses fatores, destacam-se o tabagismo, a alimentação inadequada, a inatividade física e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas.<sup>21</sup> O enfrentamento das DCNT, portanto, requer programas, projetos e ações voltadas para o controle destes fatores de risco.



Os programas e projetos na área da saúde voltados ao cuidado da pessoa com DCNT são as formas de materialização para que as políticas públicas sejam capilarizadas e convertidas em ações. Assim, tais programas e projetos aplicam os conhecimentos e técnicas na elaboração de atividades para se atingir objetivos específicos. Considerando a magnitude das DCNT no Estado e os fatores de risco comuns para as DCNT mais prevalentes, os programas, ações e/ou estratégias são concebidos a partir do Ministério da Saúde e descentralizados às Secretarias Estaduais e Municipais. Destacaremos a seguir alguns programas, ações e/ou estratégias relacionadas à prevenção e cuidado da pessoa com DCNT.



## 3.1 PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

O Programa Academia da Saúde foi instituído pelo Ministério da Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através da portaria nº719, de 7 de abril de 2011, sendo revogada pela portaria nº 2681/GM/MS de 08.11.2013 que redefiniu o Programa.<sup>22</sup>

Trata-se de uma iniciativa do SUS com o objetivo central de fomentar práticas de cuidado em saúde voltadas à promoção da saúde e prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), bem como, compor as ações e serviços de saúde na Atenção Primária, como elemento indissociável à integralidade do cuidado. O Programa Academia da Saúde possui princípios e diretrizes baseados na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080/1990), nas Políticas Nacionais de Promoção da Saúde (Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014) e de Atenção Básica (Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017).

Este arcabouço institucional conferem três características principais do Programa Academia da Saúde:

- 1** É um programa de Promoção da Saúde;
- 2** Compõe o conjunto de ações e serviços da Atenção Primária; e
- 3** É um ponto de atenção nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).



O objetivo é ofertar serviços e iniciativas para além das práticas corporais e atividade física, que sejam capazes de compor várias dimensões do cuidado na Atenção Primária, ao mesmo tempo em que desenvolvesse novas práticas capazes de favorecer a melhoria da saúde da população usuária.<sup>22</sup>

Existem três modalidades de polos para construção, que se diferenciam pelo valor do repasse financeiro ao município e pela área total construída. Um elemento importante no processo de solicitação de incentivo financeiro de capital foi a publicação da Portaria nº 381, de 6 de fevereiro de 2017, que trata das transferências, fundo a fundo, de recursos financeiros de capital ou corrente, do Ministério da Saúde a estados, Distrito Federal e municípios para execução de obras de construção, ampliação e reforma, que implicou diretamente no processo de repasse de recursos para obras de polo do Programa Academia da Saúde. No entanto, atualmente o repasse para construção dos polos ocorre por meio de emenda parlamentar.



Para estimular a manutenção do Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e como ponto da Rede de Atenção à Saúde, o Ministério da Saúde prevê o repasse mensal de recursos de custeio para o financiamento das ações. Tal recurso é repassado de forma regular, por meio de transferência fundo a fundo, às Secretarias Municipais de Saúde e à Secretaria de Saúde do Distrito Federal. O repasse, no entanto, consiste em um incentivo, devendo o Programa contar também com financiamento dos Estados/Distrito Federal e Municípios.



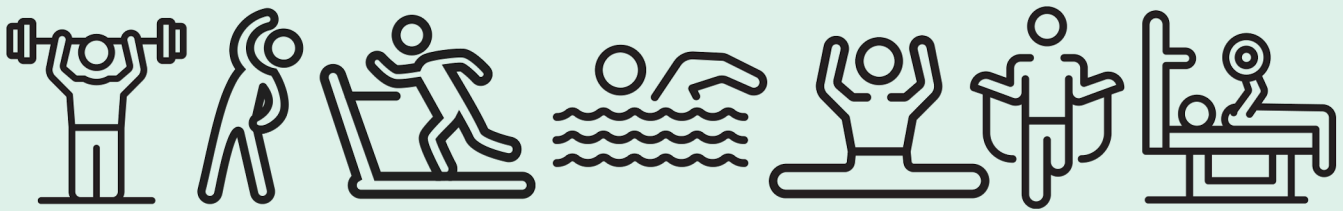
O monitoramento das ações para atingir os objetivos é realizado pelo Ministério da Saúde, ficando o recurso de custeio condicionado ao alcance destes. Assim, o município deverá ter profissional(is) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) do polo ou do Estabelecimento de Atenção Básica onde a estrutura de apoio ao Programa esteja localizada, conforme o Código Brasileiro de Ocupação (CBO) descrito no Anexo III da Portaria vigente, sendo pelo menos 1 (um) profissional com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais ou, no mínimo, 2 (dois) profissionais com carga horária de 20 (vinte) horas semanais cada.

Além disso, é preciso alimentar os dados no sistema de informação da Atenção Primária à Saúde, comprovando, obrigatoriamente, o início e a execução das atividades. A nota técnica nº 17/2021-CGPROFI/DEPROS/SAPS/MS orienta os profissionais e gestores municipais de saúde para o registro de dados na estratégia e-SUS Atenção Primária à Saúde no âmbito do Programa Academia da Saúde.



Entendendo que o programa é uma importante estratégia para o estímulo a comportamentos saudáveis de vida que impactam positivamente nos indicadores de saúde, o Estado de Santa Catarina estimula a implantação de polos da Academia da Saúde nos seus municípios. Hoje o Estado conta com 196 polos do Programa implantados sendo que destes 59 polos recebem recurso financeiro de custeio.

Para propiciar o acesso da população à atividade física, além da existência de políticas públicas, de planos e de ações internacionais e nacionais, são fundamentais a garantia de incentivo financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios e o apoio técnico interfederativo. Nesse contexto, foi instituído em 2022 pela portaria no 1.105 o Incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de Atividade Física (IAF) na Atenção Primária à Saúde (APS). A solicitação do credenciamento ao IAF foi realizada pelos gestores de saúde dos municípios e do Distrito Federal, ou por pessoas designadas. O IAF é uma nova ação do Ministério da Saúde para a promoção da atividade física e que não prejudica o Programa Academia da Saúde, sendo estratégias complementares.<sup>23</sup>



Em Santa Catarina, 73 municípios aderiram a esta ação que tem como objetivos:

I - implementar ações de atividade física na APS, por meio, dentre outros mecanismos:

- a) de contratação de profissionais de educação física na saúde na APS;
- b) de aquisição de materiais de consumo; e
- c) de qualificação de ambientes relacionados a atividade física; e

II - melhorar o cuidado das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, mediante a inserção de atividade física na rotina desses indivíduos.<sup>23</sup>

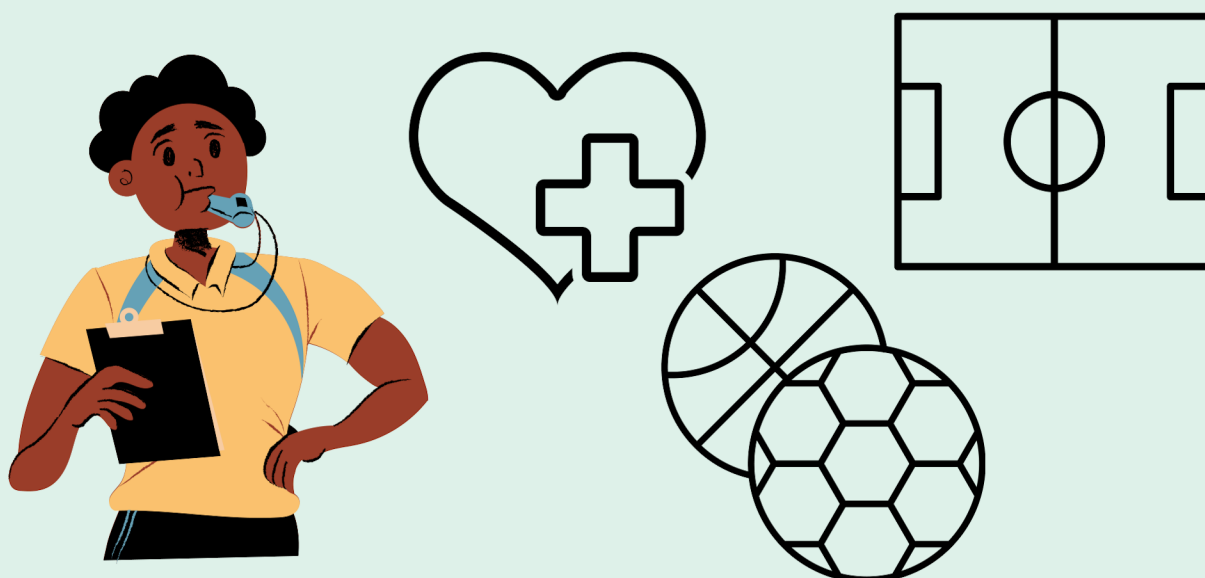




O monitoramento das ações para atingir os objetivos será realizado pelo ministério da saúde a partir dos seguintes indicadores:

I - número de profissionais de educação física, com suas respectivas cargas horárias, vinculados aos estabelecimentos de saúde elegíveis ao incentivo financeiro, conforme dados constantes no CNES;

II - número de ações de práticas corporais e de atividade física registradas no Sisab, considerando os estabelecimentos.<sup>23</sup>

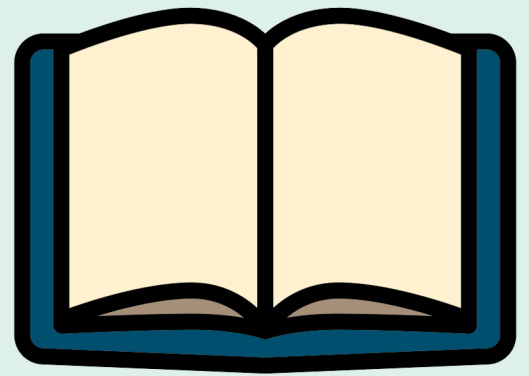


Para isso, é necessária a compreensão de gestores e técnicos estaduais e municipais de que a efetividade da promoção de atividade física requer planejamento; recursos materiais, estruturais e de pessoas; instrumentalização das equipes de saúde e qualificação do monitoramento e da avaliação das ações, aspectos incorporados ao IAF.<sup>23</sup> Ressalta-se que o IAF apresenta-se como uma resposta oportuna e específica para reorganizar, qualificar e ampliar as ações para a inclusão da atividade física no cuidado integral em saúde e na redução da inatividade física da população brasileira.

### 3.3 GUIA DE ATIVIDADE FÍSICA PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

O Guia de Atividade Física para a População Brasileira foi lançado em 2021 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de estimular a prática de atividade física da população, auxiliando gestores e profissionais de saúde na implementação de práticas voltadas à incorporação da atividade física na rotina diária. O guia traz informações relevantes com linguagem fácil e acessível destinada às pessoas de todas as idades.

As diretrizes para a prática de atividade física são fundamentais para a redução da inatividade física. Nesse sentido, o guia brasileiro torna-se um marco histórico, sendo o primeiro documento oficial visando estimular a atividade física trazendo as primeiras recomendações e informações do Ministério da Saúde sobre atividade física para que a população tenha uma vida ativa, promovendo a saúde e a melhoria da qualidade de vida.<sup>24</sup>



O guia foi construído por uma comissão científica que contou com seis especialistas, representantes de cada região do Brasil, além de técnicos do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e outros profissionais experientes na área, que utilizaram as evidências científicas mais atuais para a construção deste documento.<sup>24</sup>



Durante a construção do guia, foi realizada uma ampla revisão da literatura científica e ocorreram diversos momentos de conversa com os setores relacionados, especialistas e a população, além de consulta pública, originando a versão oficial que reforça o compromisso do Ministério da Saúde com a promoção da atividade física e com a melhoria das condições de saúde do povo brasileiro.

As recomendações do guia estão expostas em 08 capítulos nos quais a atividade física é abordada em todos os ciclos de vida: crianças, adolescentes, adultos e idosos e em algumas condições específicas como gestantes e pessoas com deficiência, além do destaque para a Educação Física Escolar. Em cada capítulo são abordados 04 domínios da atividade física: as tarefas domésticas, o deslocamento, as atividades relacionadas ao trabalho/estudo e as atividades no tempo livre.<sup>24</sup>



Foram impressos e distribuídos para os Estados e os municípios 74 mil exemplares destinados a Gestores e técnicos estaduais e municipais de saúde; Profissionais e multiprofissionais da área da saúde e usuários vinculados ao Programa Academia da Saúde; Centros de Reabilitação com foco na atenção às pessoas com deficiência visual; Ministérios e órgão que tenham como pauta a promoção da atividade física. Além da versão impressa, o guia está disponível em formato digital, nas versões português, inglês, espanhol e audiobook, democratizando o acesso a estrangeiros e refugiados que residem no Brasil que usam o Sistema Único de Saúde (SUS). O guia na versão português está disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_atividade\\_fisica\\_populacao\\_brasileira.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf)

A atividade física é uma das principais variáveis de promoção da saúde, qualidade de vida e prevenção de doenças. Sabendo que a vida ativa e o sedentarismo são multifatoriais, o guia visa a trabalhar com essa amplitude de questões que podem estar relacionadas com a atividade física e inatividade física. Assim, o guia tem enorme potencial de orientar políticas públicas, incentivar a população em geral e contribuir na atuação dos diversos profissionais da área da saúde com recomendações para toda a população brasileira de como adotar um estilo de vida ativo, além de apresentar sugestões para gestores públicos sobre como incorporar a promoção de atividade física como uma política eficaz de promoção da saúde.<sup>24</sup>

### 3.4 PROTEJA

Tendo em vista que as DCNT são o resultado de comportamentos que se iniciam ainda na infância e adolescência, o Proteja é uma Estratégia Nacional de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil que foi instituída pelo Ministério da Saúde na Portaria GM/MS nº 1.862, de 10 de agosto de 2021. Outra portaria referente a esta estratégia é a GM/MS nº 1.863, também publicada em 10 de agosto de 2021 que estabeleceu o incentivo financeiro para apoiar a implementação das ações de prevenção e atenção à obesidade infantil no âmbito do Proteja, bem como definiu um conjunto de municípios que foram priorizados para o recebimento destes recursos.

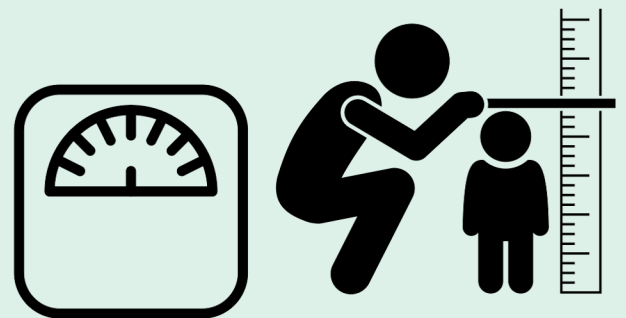




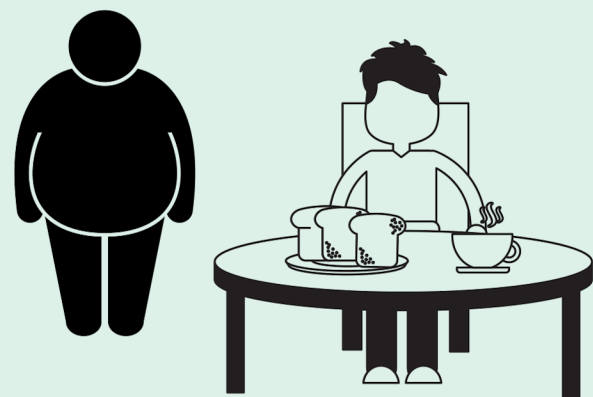
Os principais responsáveis por essa iniciativa são os gestores municipais de saúde. As ações propostas pela estratégia requerem articulação local para a sua implementação com outros setores tais como educação, assistência social, agricultura, segurança alimentar e nutricional, desenvolvimento urbano, esportes, câmara de vereadores, entre outros que tenham capacidade de planejar e implementar ações capazes de proporcionar ambientes e cidades favoráveis às escolhas e hábitos de vida saudáveis. Atores não governamentais e organismos internacionais também podem apoiar a prevenção e a atenção à obesidade infantil.<sup>25</sup>

As ações do Proteja serão monitoradas através dos seguintes indicadores:

I – Número de crianças com estado nutricional (peso e altura) avaliado;



II – Número de crianças com práticas alimentares (marcadores de consumo alimentar) avaliadas; e



III – Número de atendimentos individuais para problema ou condição avaliada obesidade em crianças.<sup>25</sup>

Para saber mais sobre este programa acesse:

<https://aps.saude.gov.br/ape/promocaosaude/proteja>



### 3.5 PROGRAMA PREVINE BRASIL

O programa Previne Brasil foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Trata-se de um modelo de financiamento da APS que altera as formas de repasse financeiro para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em quatro critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas e Incentivo financeiro com base em critério populacional.<sup>19</sup>

O Previne Brasil foca a transferência dos valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP), somado a incentivos específicos, como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), equipes de saúde bucal, informatização (Informatiza APS), equipes de Consultório na Rua, equipes que estão como campo de prática para formação de residentes na APS, entre outros tantos programas. Foi definido um conjunto de indicadores que pudessem ser acompanhados de forma sistemática e cujo acesso às informações possibilitasse a avaliação dos dados agregados por equipe, tendo, portanto, prioritariamente, o Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) como principal fonte de dados.<sup>19</sup>



O conjunto dos 7 (sete) indicadores estão voltados ao Pré-natal, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Doenças Crônicas. Entre os sete indicadores, dois estão relacionados ao cuidado às pessoas com DCNT:

Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre;



Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre;



O programa tem sido objeto de várias críticas, em especial por focar em indicadores de produção, sem considerar a efetividade da assistência.

Para saber mais sobre esses indicadores acesse:

[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota\\_tecnica\\_18.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_18.pdf)






[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota\\_tecnica\\_19.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_19.pdf)



## 3.5 INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO DCNT

No que diz respeito aos indicadores de acompanhamento das DCNT, o plano nacional organizou as metas divididas em cinco indicadores e metas para as DCNT e dez indicadores e metas para os fatores de risco para as DCNT. Sendo facultada aos estados, e aos municípios a inclusão de outras metas dessa natureza ou metas de processo, que não dispõem de sistema de informação, mas são importantes para monitorar o andamento do plano.


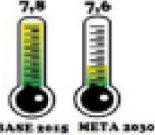

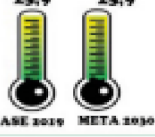

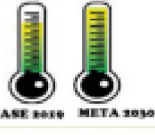

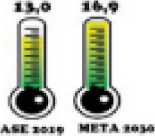

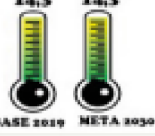

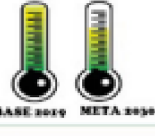

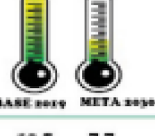

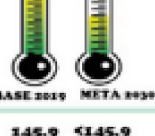

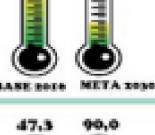


### Indicadores e Metas para DCNT 2021-2030

INDICADORES E METAS PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS			
	CONTEXTO (BRASIL)	META	MONITORAMENTO
DCNT	 <b>308 mil</b> óbitos prematuros por DCNT em 2019	Reduzir em 1/3 a mortalidade prematura por DCNT	290,9 (BASE 2015)   275,5 (2019)   192,0 (META 2030)
	 <b>15%</b> probabilidade incondicional de morte prematura por DCNT 2019	Reduzir em 1/3 a probabilidade incondicional de morte prematura por DCNT	15,5 (BASE 2015)   14,8 (2019)   10,2 (META 2030)
Câncer	 <b>16%</b> aumento na mortalidade câncer de mama (2000-2019)	Reduzir em 10% a mortalidade prematura por câncer de mama	20,3 (BASE 2015)   21,2 (2019)   18,3 (META 2030)
	 <b>8,7</b> óbitos prematuros por câncer colo uterino a cada 100 mil mulheres	Reduzir em 20% a mortalidade prematura por câncer colo uterino	8,4 (BASE 2015)   8,7 (2019)   6,7 (META 2030)
	 <b>42 mil</b> óbitos prematuros por câncer aparelho digestivo em 2019	Reduzir em 10% a mortalidade prematura por câncer do aparelho digestivo	37,5 (BASE 2015)   37,3 (2019)   33,7 (META 2030)

Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae.



## INDICADORES E METAS PARA FATORES DE RISCO

	CONTEXTO	META	MONITORAMENTO
Fatores de risco	 <b>14%</b> das crianças de 5 a 9 anos apresentam obesidade (POF 2008-2009)	Reduzir em 2% a obesidade entre crianças e adolescentes	 7,8 (BASE 2015) / 7,6 (META 2030)
	 <b>20%</b> dos adultos apresentam obesidade (PNS, 2019)	Deter o crescimento da Obesidade entre adultos	 25,9 (BASE 2019) / 25,9 (META 2030)
	 <b>61%</b> da população não pratica atividade física no tempo livre (PNS, 2019)	Aumentar a prevalência de atividade física no lazer em 30%	 30,1 (BASE 2019) / 39,1 (META 2030)
	 <b>77%</b> da população não consome a quantidade recomendada de frutas/hortaliças (PNS, 2019)	Aumentar em 30% a prevalência de consumo recomendado de frutas e hortaliças	 13,0 (BASE 2019) / 16,9 (META 2030)
	 <b>18%</b> da população consome alimentos ultraprocessados (PNS, 2019)	Reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados	 14,3 (BASE 2019) / 14,3 (META 2030)
	 <b>15%</b> Da população consome bebidas adoçadas (PNS, 2019)	Reduzir em 30% o consumo regular de bebidas adoçadas	 9,2 (BASE 2019) / 6,1 (META 2030)
	 <b>19%</b> da população faz uso abusivo de bebida alcoólica (PNS, 2019)	Reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%	 17,1 (BASE 2019) / 15,4 (META 2030)
	 <b>9,8%</b> da população é fumante (PNS, 2019)	Reduzir a prevalência de tabagismo em 40%	 12,8 (BASE 2019) / 7,7 (META 2030)
	 <b>44 mil</b> mortes atribuídas à poluição atmosférica em 2016 (Brasil, 2018)	Reduzir a mortalidade por DCNT atribuída à poluição atmosférica	 145,9 (BASE 2016) / 145,9 (META 2030)
	 <b>70%</b> dos casos de câncer de colo do útero são causados por HPV (SIS-PNI)	Atingir 90% de cobertura vacinal contra o HPV	 47,3 (BASE 2016) / 90,0 (META 2030) <small>miro</small>

Fonte: Fatores de risco – PNS (2019), POF 2008-2009, PeNSE (2015); Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Gastos e Internações – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS). Cobertura vacinal – SIS-PNI.

Já o plano de ação estadual buscou considerar a vigilância, análise e monitoramento dos indicadores de mortalidade, morbidade e fatores de risco, adequando-se à realidade das regiões do estado de Santa Catarina, apresentando as seguintes metas:

### Metas do Plano Estadual (2021-2030)

METAS DO PLANO DE DCNT	VALOR DA LINHA DE BASE (2019)	META 2030
Reduzir a mortalidade prematura (30-69 anos) por DCNT em 0,5% ao ano	286,1	270,8
Reduzir a prevalência de tabagismo em 10%	10,7	9,63
Reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%	21,0	18,9
Conter o crescimento da obesidade em adultos	17,8	17,8
Aumentar a prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 20%	45,2	54,2
Aumentar o consumo recomendado de frutas e hortaliças em 10%	34,3	37,7
Reduzir a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por neoplasias de mama em 20%	25,2	20,2
Reduzir a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por neoplasias de colo do útero em 10%	9,5	8,6
Aumentar a proporção de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram Papanicolau nos últimos três anos.	81	83
Aumentar a proporção de mulheres de 50 a 69 anos que realizaram mamografia nos últimos dois anos.	65	67
Conter o consumo de alimentos ultraprocessados	14,3	14,3
Reduzir em 30% o consumo regular de bebidas adoçadas	9,2	6,1

**Fonte: Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (dcnt) no estado de Santa Catarina (2021)**

Cabe destacar que a mensuração das variáveis em saúde pode ser uma ação realizada em diferentes níveis, por exemplo, (a) dados individuais (medida de pressão arterial, acesso a serviços) e (b) dados populacionais (como no caso dos censos e pesquisas amostrais). Importante que se identifique quais as metas e indicadores pactuados em nível municipal para que se realize o acompanhamento e monitoramento das DCNT nas respectivas áreas de abrangência.



## Para refletir...

“Todo indicador de saúde é uma estimativa (mensuração com certo grau de imprecisão) de uma situação de saúde em uma população alvo”. Os dados obtidos em determinado local e situação podem ser trabalhados e gerar indicadores.

Os indicadores, por sua vez, geram informações que nos auxiliam a lidar com as situações de saúde. Um indicador de saúde pode ser utilizado para conhecer determinada situação de saúde e também para avaliar o desempenho de um sistema de saúde. Eles procuram descrever ou monitorar determinadas situações de saúde de uma população. Os indicadores são úteis para diferentes situações, entre elas, por exemplo, a gestão de sistemas de saúde e seu melhoramento e a avaliação das intervenções em saúde realizadas por serviços de saúde.



## 4- ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Apesar de regulamentada há mais de uma década, percebemos ainda hoje que a institucionalização da Rede de atenção em DCNT ainda é um desafio para o sistema de saúde, variando muito de município para município.

Outro ponto relevante está associado ao fato de que as pessoas com doenças crônicas necessitam de cuidados integrais, e, enquanto as redes não estiverem verdadeiramente consolidadas, com a APS ordenando o cuidado, a integralidade da assistência não passará de um ideal a ser perseguido pelo sistema, pelos trabalhadores e usuários do SUS.

À medida que acompanhamos a introdução de novos modelos de atenção que não priorizam a vigilância em saúde, a incorporação de indicadores que não retratam a situação das DCNT, e formas de financiamento divergentes à lógica da vigilância em saúde, percebemos que ainda temos um longo caminho a percorrer para a consolidação da rede de DCNT.

Nesse sentido, importante que os municípios consigam fortalecer a APS, o vínculo com os usuários para o acompanhamento das DCNT e a vigilância em saúde.

Esperamos que essas questões possam ser incorporadas aos conhecimentos que serão apresentados nos próximos livros e que possam efetivamente contribuir com a melhoria da atenção as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis.





## Links de interesse:



<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/servicos/profissionais-de-saude/atencao-basica/coordenacoes-e-subcoordenacoes/coordenacao-de-monitoramento-e-avaliacao-da-aps-2/linhas-de-cuidado>

<https://saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexos-deliberacoes-2021/anexos-da-deliberacao-262/19120-anexo-deliberacao-262-2021-plano-estadual-dcnt-versao-final/file>

<https://www.dive.sc.gov.br/phocadownload/doencas-agrivos/Doen%C3%A7as%20Cr%C3%B4nicas%20N%C3%A3o%20Transmiss%C3%ADveis/Publica%C3%A7%C3%B5es/PlanoDCNT2.pdf>

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-de-atencao-a-saude-das-pessoas-com-doencas-cr>

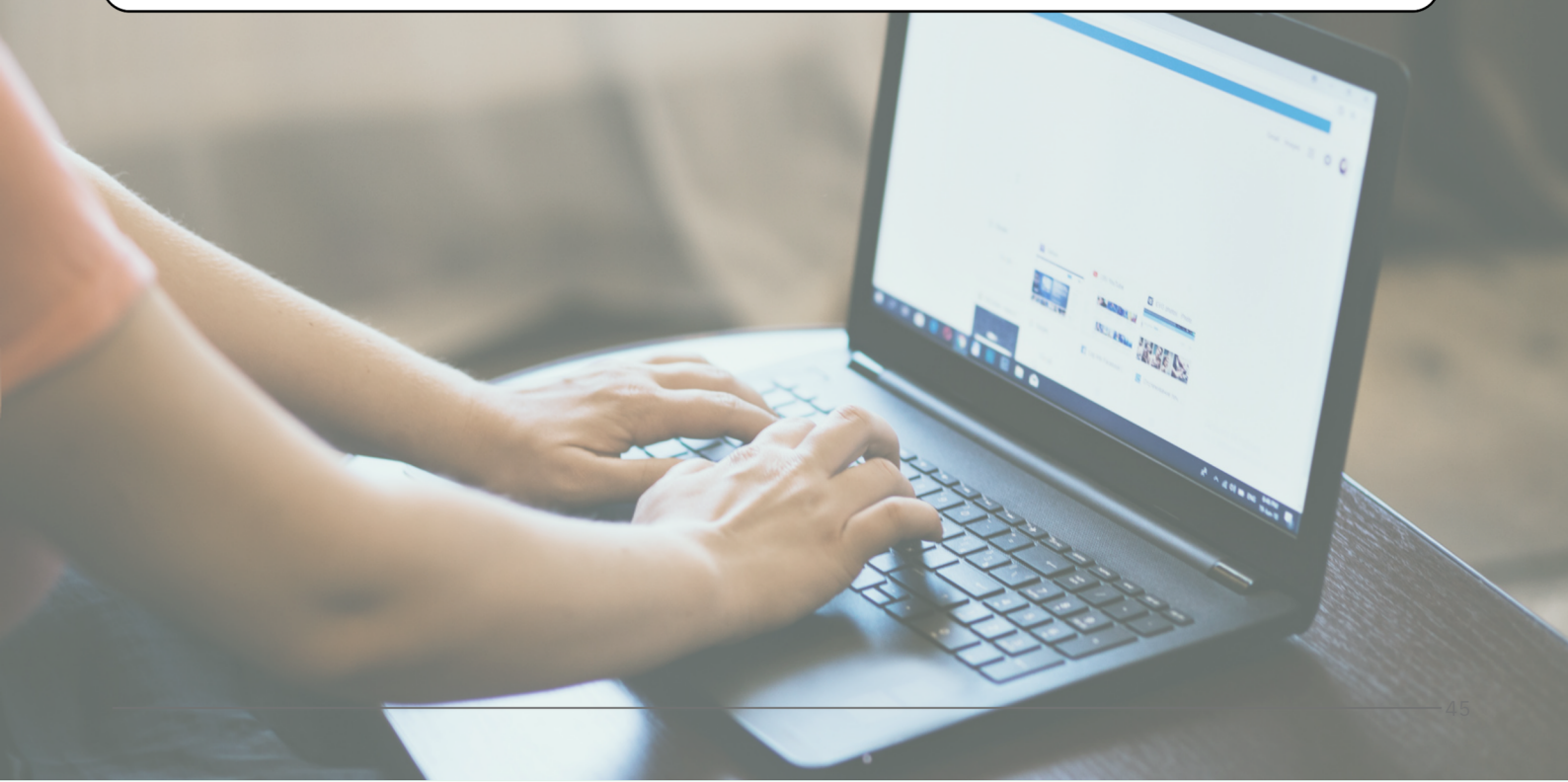
<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/atencao-basica/linha-de-cuidado-ab-aps/linha-de-cuidado-saude-da-pessoa-idosa/15181-linha-de-cuidado-a-pessoas-com-diabetes-mellitus/file>



<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/atencao-basica/linha-de-cuidado-ab-aps/linha-de-cuidado-a-pessoa-com-hipertensao-arterial-sistematica/16393-linha-de-cuidado-a-pessoa-com-hipertensao-arterial-sistematica/file>

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-de-atencao-a-saude-das-pessoas-com-doencas-cr/13324-profissionais-condicoes-cronicas-na-aps/file>

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/plano-estadual-de-saude/16883-plano-estadual-de-saude-2020-2023/file>



## REFERÊNCIAS

- 1- BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)
- 2- Mendes, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.
- 3- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Brasília, 2017a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/>
- 4- 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.
- 5- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.
- 6- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Brasília, 2017a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/>
- 7- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2020 - 2023. Florianópolis, 2019a
- 8- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Ofício Circular 112/2022. Florianópolis, 2022a.
- 9- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Linha de Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus. Florianópolis, 2018a.
- 10- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Linha de Cuidado à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica. Florianópolis, 2019b
- 11- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1675/GM/MS DE 7 DE JUNHO DE 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, Brasília, 2018a.
- 12- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p.: 37 p.: Il
- 13- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Linha de Cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica em Santa Catarina. Florianópolis, 2021. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexos-deliberacoes-2021/anexos-da-deliberacao-190-2021/18659-anexo-deliberacao-190-2021-linha-de-cuidado-drc-com-incremento-estadual-versao-final/file>.
- 14- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. NOTA TÉCNICA No 001/2022 - DAPS/SPS/SES. Florianópolis, 2022b.
- 15- BRASIL. Portaria nº 424 de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Ministério da Saúde. 2013a. disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424\\_19\\_03\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html)
- 16- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF. MS, 2021a. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/m anual\\_pessoas\\_sobrepeso.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/m anual_pessoas_sobrepeso.pdf)
- 17- BRASIL. Portaria nº 425 de 19 de março de 2013. Estabelece regulamentos técnicos, normas e critérios para a assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade. Ministério da Saúde. 2013b
- 18- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa. Florianópolis, 2018b.
- 19- BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2019, n.220, 13 novembro 2019. Seção I, p.97. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/portarias/prt\\_2979\\_12\\_11\\_2019.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/portarias/prt_2979_12_11_2019.pdf). Acesso em: 19 julho 2022.
- 20- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de saúde da pessoa idosa. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 61p
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: WHO, 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Academia da Saúde: caderno técnico de apoio à implantação e implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.



## REFERÊNCIAS

21- BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA GM/MS No 1.105, DE 15 DE MAIO DE 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS no 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir o incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde (APS). Brasília: Ministério da Saúde, 2022a

22- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. 54 p. disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_atividade\\_fisica\\_populacao\\_brasileira.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. PROTEJA: Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil : orientações técnicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2022c.



