

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

ABEL PAZ OLIVERA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE
MAUS HÁBITOS NUTRICIONAIS NA COMUNIDADE DO PSF
URBANO, ÁGUA BRANCA, ALAGOAS**

POLO MACEIO/ALAGOAS

2015

ABEL PAZ OLIVERA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE
MAUS HÁBITOS NUTRICIONAIS NA COMUNIDADE DO PSF
URBANO, ÁGUA BRANCA, ALAGOAS**

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

POLO MACEIÓ/ALAGOAS

2015

ABEL PAZ OLIVERA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE
MAUS HÁBITOS NUTRICIONAIS NA COMUNIDADE DO PSF
URBANO, ÁGUA BRANCA, ALAGOAS**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof.^a Me. Lourani Oliveira dos Santos Correia, UFAL

Examinador 2: Prof.^a Valéria Bezerra Santos - UFAL

Aprovado em Belo Horizonte, em 17 de agosto de 2015.

DEDICATÓRIA

Em primeiro lugar a DEUS, por ser sempre fiel em suas promessas.

A minha família, por sua paciência infinita, força e apoio constante em cada empenho pessoal.

Ao povo brasileiro, por acolher-me como seu filho e me brindar todo seu carinho.

AGRADECIMENTOS

Aos governos de Brasil e Cuba por me brindar a oportunidade de trabalhar neste maravilhoso país.

A minha equipe de saúde da família por toda sua ajuda e apoio constante.

À minha orientadora Lourani Oliveira dos Santos Correia por sua contribuição e orientações certas.

A toda equipe de trabalho da UFMG que fez possível este Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família.

RESUMO

Os maus hábitos nutricionais foi o principal problema de saúde identificado no diagnóstico de saúde da comunidade PSF Urbano da cidade de Água Branca, Alagoas. Utilizando o método do Planejamento Estratégico Situacional considerou-se que as causas que poderiam ser enfrentadas pela equipe para elaboração da proposta de intervenção são: nível de informação, hábitos e estilos de vida, estrutura dos serviços de saúde e processo de trabalho da equipe de saúde. Propõem-se um plano de ação que contempla a capacitação da equipe de saúde; a educação em saúde da população sobre este tema, assim como a implantação de protocolos de tratamento para pacientes com obesidade e desnutrição.

PALAVRAS-CHAVES: Hábitos alimentares pouco saudáveis. Educação em saúde. Atenção primária.

ABSTRACT

The bad nutritional habit was the main health problem identified in the community, in the health diagnosis of the PSF urban in White Water, Alagoas city. Using the method of the Situational strategic planning it was considered that the causes that could be faced by the team for drafting the proposal for intervention are: level of information, habits and lifestyles, health services structure and work process of the health team. Propose a plan of action that includes the training of health staff; the health education of the population on this topic, and the implementation of treatment protocols for patients with obesity and malnutrition.

Keywords: Unhealthy eating habits. Health education. Primary health care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica -
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de massa corporal
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCR	Proteína-C-reativa
PE	Pernambuco
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Posto de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Desenho de operações para os "nós" críticos do problema Maus Hábitos Nutricionais na Comunidade do PSF urbanos município Água Branca/AL.....	28
Quadro 2 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas, para enfrentamento dos "nós" críticos do problema Maus Hábitos Nutricionais na Comunidade do PSF urbano da cidade de Água Branca/AL.....	30
Quadro 3- Propostas para motivação dos atores e ações estratégicas PSF urbano da cidade de Água branca/AL.....	31
Quadro 4- plano de ação sobre Maus Hábitos nutricionais da Comunidade, PSF Urbano, cidade de Água Branca/AL.....	32
Quadro 5 - Planilha para acompanhamento do Projeto sobre Maus Hábitos Nutricionais da Comunidade PSF Urbano, cidade de Água Branca/AL.....	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 Objetivo Geral.....	16
3.2 Objetivos Específicos.....	16
4 METODOLOGIA.....	17
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	19
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS.....	37
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	41

1 INTRODUÇÃO

Com a implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS), a estratégia de saúde da família tem sido orientada como novo modelo assistencial, Isso constituiu um desafio para a saúde pública brasileira. A criação de equipes multiprofissionais em unidades de atenção primária de saúde tem possibilitado trabalhar em diferentes programas de saúde com o objetivo de melhorar os indicadores de saúde da população, mediante de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. A equipe de saúde realiza várias intervenções personalizadas ao longo do tempo, a partir da compreensão da estrutura familiar (MINAS GERAIS, 2010).

De acordo com Cecagno, Souza e Jardim (2004, p. 111), “trabalhar com famílias significa revisar nossa postura profissional, aprender o que jamais encontraríamos nos livros, compartilhar sentimentos e, principalmente, partilhar de um mundo familiar, que não é o nosso”. Por tanto devemos entender a família de forma integral, em toda sua complexidade, e individualidade, respeitar suas crenças, e costumes, pois ela engloba pessoas com diferentes laços de parentesco e de ajuda mutua.

Para conseguir mudanças nos hábitos e estilo de vida das pessoas, famílias e comunidade é necessário um processo de educação permanente da equipe de saúde da família como ferramenta necessária para superar as dificuldades encontradas no dia a dia, pois para se lograr uma mudança comportamental é necessário que a pessoa se envolva, continue e adira uma estratégia específica de mudança. Motivação não deve ser encarada como um traço de personalidade inerente ao caráter da pessoa, mas sim um estado de prontidão ou vontade de mudar (PEREIRA; DIAS, 2009).

Com a finalidade de prevenir o aparecimento de doenças evitáveis é necessário trabalhar com os diferentes grupos de riscos e fatores de riscos, sejam eles alimentares e/ou ambientais, mediante o desenvolvimento de atividades educativas que possam interferir no processo saúde doença. Convém destacar que uma das diretrizes do artigo 198 da Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988 estabelece como prioridade as atividades preventivas na atenção primária da saúde (BRASIL,1988).

O desafio representado pela implantação do SUS exige cada vez mais a utilização de ferramentas e tecnologias que facilitem a identificação dos principais problemas de saúde da comunidade e a definição de intervenções eficientes e eficazes. Portanto a equipe de saúde da família tem que se envolver como ator principal e contar com instrumentos como planejamento, monitoramento e avaliação das ações que garantam a reorganização do processo de trabalho (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

O diagnóstico situacional é uma importante ferramenta para a coleta de dados em quanto à realidade socioeconômica, política, cultural, ambiental, epidemiológica e de morbimortalidade onde vive a população. Por meio dele é possível identificar possíveis fatores de risco e problemas de saúde da população tais como são descritos na sequência de informações sobre o local onde será realizada a intervenção proposta neste trabalho.

O município de Água Branca localiza-se no sertão alagoano, a uma altitude de 570 metros acima do nível de mar a 304 km de Maceió a capital do Estado, limita-se ao norte com os municípios Mata Grande e Tacaratu (PE), ao sul com Delmiro Gouveia e Olho d'água do Casado, a leste com Inhapi, e Olho d'água do Casado e a oeste com Pariconha. O acesso a partir de Maceió é feito através das rodovias pavimentadas BR-316, BR-101, AL- 220 e AL-145.

A cidade de Água Branca esta localizada na região nordeste do sertão alagoano, Até o século XVII o território de Água Branca fazia parte das sesmarias de Paulo Afonso, que compreendiam também os atuais municípios de Mata Grande, Piranhas e Delmiro Gouveia, sendo uma das cidades mais antigas do Estado, foi denominada Mata Pequena, Matinha de Água Branca, até se tornar município da Água Branca. O nome veio de uma serra, da região, rica em fontes de águas muito limpas. Sua fundação em 1875 se deve a três irmãos da família Vieira Sandes, que liderados pelo Capitão Faustino Vieira Sandes, saíram da localidade de Boacica, hoje município de Igreja Nova e Porto Real do Colégio, para desbravarem o sertão Alagoano. Em 24 de abril de 1875, o povoado foi emancipado e instituído a Vila de Água Branca. Por divergências políticas, a Várzea do Pico, onde se realizava as grandes feiras de gado, foi chamada Vila do Capiá e em 1893 passou a ser sede da

vila de Água Branca. Em 1º de junho de 1895 a sede passou definitivamente à Vila de Água Branca (FEITOSA, 1999?).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Água Branca tem uma unidade territorial de 478.317 km². O censo 2010 revelou uma população composta por 19,377 habitantes dos quais 49,9% são homens e 50,1% são mulheres. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) foi de 0.549 classificados como baixo. A população residente alfabetizada corresponde a 11.982 pessoas, ou seja, 62%. A religião predominante é a católica apostólica romana (95%), apenas cinco pessoas se declaram seguidoras da religião espírita e 627 são evangélicas (IBGE, 2014)

No ano de 2013, dos 137 óbitos ocorridos a maioria (26%) teve a causa básica classificada como mal definida ou desconhecida. Isto se deveu ao fato de dificuldades no preenchimento da declaração de óbitos pelos médicos que alegaram não conhecer a pessoa falecida. Entre os 97 óbitos com causas determinadas prevaleceram as doenças do aparelho circulatório (34%); as neoplasias e causas externas (12%) e as doenças do aparelho respiratório (8%)(DATASUS, 2015).

A equipe de saúde na qual desempenho minhas atividades como médico denomina-se PSF Urbano. Pertence ao centro da cidade, é de fácil acesso à população e compreende seis micros áreas bem definidas. Atende uma população de 2.611 pessoas e um total de 726 famílias que corresponde a 100% das famílias existentes. A equipe é completa e inclui uma equipe de saúde bucal. O horário de atendimento é de 08h00min as 17h00min e são regido pelos princípios de universalidade, integralidade, equidade, regionalização e hierarquização.

Assim como no município, no PSF Urbano há um predomínio da população feminina: 1.404 mulheres contra 1.207 homens. A faixa etária predominante é de 20 a 39 anos (818 pessoas) e de 60 anos e mais (378 pessoas). As pessoas com 15 anos e mais alfabetizadas estão em torno de 88%. Apenas 6% da população são coberta por plano de saúde. Quase 25% da população adscrita está inscrita na Bolsa Família e/ou no CAD/Único (SIAB, 2014).

A despeito da principal fonte de abastecimento de água ser a rede pública que serve 98,9% das residências, a mesma não é de ótima qualidade. O sistema de

abastecimento de água do centro da cidade é muito antigo e com infiltrações e o abastecimento só ocorre uma vez por semana. Os sistemas de armazenamento muitas vezes não cumprem com os requisitos higiênicos sanitários. A maioria das pessoas não dispõe de recursos econômicos para comprar água mineral e embora 79,7% utilize a filtração e 9,2%, a cloração para tratamento da água no domicílio, ainda existe uma porcentagem elevada da população que utiliza água sem tratamento (10,6%) (SIAB, 2014).

Quanto ao lixo, 96% da população tem destino adequado, sendo servida pela coleta pública. As fezes e urina também tem destino adequado sendo que 91% das residências estão ligadas a rede de esgoto e 8% a fossa. Quanto ao tipo de casa, 100% são de tijolo/adobe (SIAB, 2014).

Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) revelam que na área de abrangência há 312 hipertensos e 83 diabéticos cadastrados e acompanhados. Há um elevado número de pessoas portadoras de dislipidemias, sedentários e obesos. A principal causa de morte definida na comunidade são as doenças cardiocirculatórias com 28 óbitos.

Em visita a uma escola da área de atuação da equipe, com mais de 500 estudantes, pode-se verificar que para a merenda a escola oferecia cuscuz com carne e suco natural, gratuito, mais os estudantes preferiam comprar pipocas e refrigerante para merendar. Cabe ressaltar que do total de estudantes só identificamos um que estava merendando uma fruta.

Do diagnóstico situacional, seja aquele obtido pela observação direta, estimativa rápida ou análise dos dados dos sistemas de informações existentes no município verificou-se que os problemas mais comuns na área de abrangência da equipe estão relacionados à: má qualidade da água para consumo humano, dificuldade com os meios de diagnóstico e de laboratório no município, consumo elevado de bebidas alcoólicas entre jovens e adolescentes, dificuldade em definir as causas de, elevado índice de verminoses em crianças e maus hábitos nutricionais na comunidade.

A ESF do PSF Urbano tem como prioridade o desenvolvimento de ações de saúde relacionadas à gestante, puericultura, acompanhamento os portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, vacinação, Programa Saúde na Escola,

saúde da mulher, saúde do idoso e visita domiciliar, mediante um trabalho continuado.

2 JUSTIFICATIVA

Há muito tempo se conhece que existem fatores de riscos que influenciam de forma significativa na aparição e aumento dos agravos de diferentes doenças e que se modificá-los estaremos contribuindo na melhoria dos indicadores de saúde da população, assim como na qualidade de vida da comunidade. Dentro desses fatores de risco encontram-se os maus hábitos alimentares. Nas últimas décadas o consumo de alimentos de uso tradicional vem sendo substituído por alimentos altamente processados ricos em carboidratos, sódio e gorduras. Estas práticas alimentares com forte suporte publicitário vêm delineando um padrão alimentar que está na base do aumento da prevalência de excesso de peso, de obesidade e de doenças associadas (TEO; MONTEIRO, 2012).

Segundo Arruda e Lopes (2007) os hábitos alimentares assumidos durante a infância e adolescência tendem a se estabilizar na vida adulta. Portanto conhecendo as associações com diferentes doenças como as doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2 e alguns tipos de câncer é necessário uma intervenção do setor saúde para mudar os padrões incorretos de alimentação de crianças e adolescentes.

Quando analisadas as estatísticas da área de abrangência do PSF Urbano verifica-se que as principais doenças são a hipertensão arterial e a diabetes mellitus, assim como as suas complicações e sequelas como os acidentes vasculares encefálicos, o infarto agudo do miocárdio, a insuficiência renal crônica e as amputações. Essas complicações estão associadas a uma elevada carga para a saúde pública.

Pelo exposto a equipe considerou que os maus hábitos nutricionais na comunidade são um importante fator de risco modificável que incide diretamente na prevalência, assim como no agravamento destas doenças. A nível local tem-se recursos humanos e materiais para se fazer uma intervenção nesta área, o que torna viável a proposta.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Propor um plano de intervenção com vistas a ampliar o conhecimento da população adscrita ao PSF Urbano da cidade de Água Branca- AL sobre maus hábitos nutricionais.

3.2 Objetivos específicos

Capacitar à equipe de saúde sobre alimentação saudável

Organizar ações de educação em saúde da população sobre maus hábitos nutricionais

Implantar linha de cuidados para portadores de obesidade e desnutrição

Coordenar a utilização de um cardápio saudável nas escolas da área

4 METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão da literatura sobre maus hábitos nutricionais. As palavras-chave utilizadas foram: hábitos alimentares pouco saudáveis, educação em saúde, atenção primária. Estas palavras foram definidas de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DECS), foram consultadas as bases de dado, BVS, LILACS e CIELO.

Para identificação dos problemas foram utilizados os dados coletados durante o processo de realização do diagnóstico da situação de saúde da área de abrangência, obtidos a partir de base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município, base de dados na *internet* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Atlas de Desenvolvimento Humano, com foco nos dados municipais, além de entrevistas com informantes-chave e da observação ativa.

Também foi utilizado o método da estimativa rápida, para o qual se reuniu a equipe de saúde da família com os líderes da comunidade, examinou-se os registros existentes, entrevistou-se informantes chaves e mediante observação ativa das condições de vida da comunidade, determinou-se, que os problemas de saúde identificados deveriam ser priorizados na seguinte ordem.

1º - Maus hábitos nutricionais na comunidade.

2º - Má qualidade da água de consumo no município.

3º - Alto índice de hipertensos no município.

4º- Alto índice de verminoses em crianças.

5º - Consumo elevado de bebidas alcoólicas, em jovens e adolescentes.

6º - Dificuldade com os meios diagnósticos e de laboratório no município.

Utilizou-se as estratégias proposta no Planejamento Estratégico Situacional (PES), para determinar o problema prioritário, os nós críticos e as ações a serem desenvolvidas.

Depois de analisado os principais problemas de saúde da comunidade pela equipe de saúde, determinado o principal problema, analisado suas causas e a capacidade para enfrentá-lo, determinou-se que deveriam ser enfrentadas os seguintes nós críticos: nível de informação, hábitos e estilos de vida, estrutura dos serviços de saúde e processo de trabalho da equipe de saúde.

Os desenhos das operações seguintes foram concebidos levando em conta o texto “Elaboração do plano de ação” (CAMPOS, 2010) estudado no módulo Planejamento e Avaliação em Saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O ano 1994, definido pela Organização de Nações Unidas (ONU) como “Ano Internacional da Família”, constitui-se também o marco/momento brasileiro de oficialização da família como foco do cuidado profissional, de saúde em atenção básica através do programa, estratégia de saúde da família (RIBEIRO, 2004).

A Política Nacional de Atenção Básica, Brasil (2012; p. 9) estabelece.

[...] No Brasil, a atenção básica é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

O Ministério da Saúde cria a estratégia Saúde mais perto de você, onde as unidades básicas instaladas devem estar perto onde as pessoas moram, trabalham e estudam, com o objetivo de garantir a população, acesso a uma saúde de qualidade. Para o Brasil é um verdadeiro desafio garantir as infraestruturas necessárias, pois é único país no mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, integral e gratuito (BRASIL, 2012).

Hábitos e estilos de vida inadequados

No Brasil, o cenário atual da saúde é marcado pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como consequência do aumento da adoção de estilos de vida pouco saudáveis, com destaque para a alimentação inadequada e a inatividade física, decorrentes dos processos de industrialização e globalização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008 apud TOLEDO; ABREU; LOPES, 2013, p.541).

Anos de vida perdidos, incapacidade, elevada consome de medicamentos, disfunções e crises das famílias ocorrem em decorrência dessas doenças. Uma alimentação com consumo excessivo de alimentos ricos em gordura saturada, bebidas hipercalóricas e baixos níveis de atividade física, determinaram uma pandemia de sobrepeso e obesidade, e suas consequentes comorbidades (RIBEIRO 2006).

Mesmo com o reconhecimento atual dos benefícios de uma alimentação adequada, rica em frutas, hortaliças, cereais integrais e fibras, bem como da prática regular de atividade física, para a promoção da saúde, prevenção e controle das DCNT muitos brasileiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010 apud TOLEDO; LOPES, 2013, p. 541) apresentam dificuldades em aderir a estilos de vida mais saudáveis em relação a esses fatores (NEWMANN; MARTINS; ARAUJO, 2007 apud TOLEDO; ABREU; LOPES, 2013, p. 541).

Ensaio clínicos conduzidos em diferentes partes do mundo comprovaram a eficácia de hábitos saudáveis – no que se refere à alimentação, à atividade física, ao combate ao estresse e ao tabagismo – para redução de risco de *diabetes mellitus* tipo 2. Em contraste com as condições ideais nas quais esses ensaios foram conduzidos, programas de mudanças no estilo de vida instituídos na vida real têm trazido resultados menos animadores. Em outras palavras, a efetividade de programas dessa natureza é mais dificilmente demonstrada e as razões para tanto são compreensíveis. Mudanças sustentadas de comportamentos de risco estão entre os maiores desafios dos profissionais e dos órgãos internacionais de saúde. Este é o momento de ampliar esforços para encontrar estratégias que atinjam esse fim, o que resultará não apenas em prevenção do DM2, mas provavelmente em melhora da qualidade de vida em geral (CEZARETTO et al, 2012 apud BARROS, 2013, p.8).

De acordo com Viana, Santos e Guimarães (2008; p. 222), “a despeito de serem conhecidas às implicações para a saúde do consumo exagerado de gorduras e proteínas animais ou das dietas desequilibradas e deficitárias em nutrientes, alterar os hábitos alimentares é tarefa difícil de conseguir”. Portanto toda a equipe de saúde da família com ajuda das organizações sociais e a comunidade tem que unir esforços para encontrar câmbios no modo e estilo de vida e contribuir ao bem estar da população.

Fatores de Risco

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica os fatores de risco em dois grupos, um deles relacionado com o indivíduo e o outro relacionado ao ambiente. O primeiro grupo de fatores de risco subdivide-se em:

- 1- Geral (idade, sexo, escolaridade, herança genética),
- 2- Associados ao estilo de vida (tabagismo, dieta inadequada, sedentarismo).
- 3- Intermediário ou biológico (hipertensão arterial sistêmica - HAS, obesidade e hipercolesterolêmica).

No segundo grupo estão às condições socioeconômicas, culturais, ambientais e de urbanização (NOBRE et al, 2006 apud COLTRO et al, 2009; p.606).

Na prática clínica, o que tem se verificado é que fator de risco inclui características constitucionais, como sexo, idade, etnia e antecedentes pessoais, fatores esses não modificáveis. Enquanto isso, comportamentos e estilos de vida, como tabagismo, etilismo, alimentação inadequada, usam de anticoncepcionais e condições como hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemias e obesidade sofreriam forte influência do meio, sendo, portanto, passíveis de controle e modificação. Os aspectos socioeconômicos e culturais também merecem consideração, pois variáveis como escolaridade, renda e ocupação, exercem influência direta no perfil das doenças crônicas não transmissíveis (PIERIN; GUSMÃO; CARVALHO, 2004).

As doenças cardiovasculares fazem parte do grupo das doenças crônicas não transmissíveis, as quais compõem a síndrome plurimetabólica (obesidade, hipertensão, diabetes mellitus e dislipidemia), causada por fatores de risco resultantes de mudanças de hábitos de vida (CORONELLI, MOURA 2003 apud RIBAS; SILVA, 2014, p.578).

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem uma importante causa de morte nos países desenvolvidos e também naqueles em desenvolvimento. Em geral, as manifestações clínicas das DCV, como infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico e doença vascular periférica, são causadas por um processo aterosclerótico e têm início a partir da meia-idade. No entanto, estudos atuais indicam que o processo aterosclerótico começa a se desenvolver na infância. A fisiopatogênica da aterosclerose tem sido estudada pelo seu aspecto inflamatório, e, dentre os marcadores inflamatórios, a proteína-C-reativa (PCR) vem sendo bastante estudada nos indivíduos portadores de alguma DCV, inclusive naqueles aparentemente saudáveis. Níveis elevados de PCR têm sido relacionados a fatores de risco para a aterosclerose: história familiar de doença arterial coronariana,

dislipidemia, hipertensão arterial, diabete mellitus, obesidade, tabagismo e sedentarismo. Grande parte desses fatores de risco pode ser influenciada por modificações no estilo de vida, tais como a mudança de hábitos alimentares e a prática de atividade física (SANTOS, 2008).

Recentemente, foram desenvolvidas definições de saúde cardiovascular associadas à sobrevida sem incapacidades e a menor mortalidade por doença cardiovascular. Estes são baseados em 4 fatores comportamentais: não fumar, praticar atividade física regularmente, ter índice de massa corporal (IMC) $< 25\text{kg/m}^2$ e uma dieta saudável; e a 3 fatores biológicos: colesterol $< 200\text{mg/dl}$, pressão arterial $< 120/80\text{mmHg}$ e glicemia de jejum $< 100\text{mg/dl}$ (LLOYD-JONES, 2010 apud FELISBINO-MENDES et al, 2014, p.1184).

O diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica associada a complicações micro e macrovasculares de elevada morbimortalidade, requerendo cuidado contínuo, educação permanente e suporte para prevenção de complicações agudas e redução do risco de complicações crônicas. O DM do tipo 2 (DM2) é caracterizado por hiperglicemia crônica, resistência insulínica e deficiência relativa na secreção de insulina e é responsável por 90% dos casos de diabetes (STANDARDS OF MEDICAL CARE IN DIABETES, 2011 apud SOUZA et al, 2012, p. 276).

Segundo Santos, (2008; p. 302), “A obesidade é também um importante preditor das DCV, e já foram observadas lesões arteriais nas paredes vasculares de crianças obesas. A prevalência da obesidade na infância e na adolescência traz consequências em curto e longo prazo, por estar associada a um perfil lipídico anormal, com aumento da concentração de colesterol total, triglicerídeo e LDL, e diminuição de HDL”.

Promoção de saúde

A promoção da saúde considerada como eficaz é aquela que conduz a mudanças nos determinantes da saúde. Esses determinantes incluem tanto fatores que estão sob o controle das pessoas como condutas individuais, estilos de vida, utilização dos serviços de saúde, quanto aqueles, externos, relativos às condições sociais,

econômicas e ambientais, assim como a prestação de serviços (OMS, 1997, APUD HORTA, *et al*, 2009, p. 525).

O espaço da família é fundamental para implantação das ações de promoção de saúde no seu componente estilo de vida, pois é precisamente na família onde se constituem muitos dos comportamentos de hábitos e estilos de vida, como padrões alimentares, higiene pessoal, uso de tabaco e álcool, hábitos de exercício físico, comportamento sexual. Estas condutas *constituídas* no núcleo familiar inicial são levadas para quase toda a vida, reproduzindo-se muitas vezes em gerações sucessivas (BUSS; CRUZ, 2003).

Desde o início da sua história o movimento da promoção da saúde vem articulando seus projetos promocionais a partir de investimentos na autonomia dos sujeitos para o cuidado de si. Como destacam os documentos oficiais, a essência da promoção da saúde é a autonomia o que sugere certa simbiose entre os significados de saúde e de autonomia. Para o projeto da promoção da saúde é central preparar/capacitar os indivíduos para o cuidado de si, o que deve acontecer por intermédio de ações educativas. A educação é, assim, indicada como a estratégia de excelência para a promoção da saúde da população, saúde viabilizada a partir da autonomia para o autocuidado (CARTA DE OTAWA 1986, apud OLIVEIRA, 2011, p.186).

No Brasil, o consumo de alimentos de grande densidade energética, com altos teores de açúcar e gorduras, ou excessivamente ricos em sódio tem se ampliado. Conseqüentemente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como o *diabetes mellitus* e as doenças cardiovasculares, são cada vez mais comuns, inclusive em crianças. As DCNT associadas às elevadas prevalências de excesso de peso entre crianças e adolescentes, representam graves repercussões para a saúde atual e futura dos mesmos. Verifica-se a necessidade de redução das complicações associadas à alimentação e nutrição inadequadas, sendo que ações desta natureza devem estar relacionadas com a promoção de modos de vida saudáveis (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAUDE, 2003 apud BERNARDON *et al*, 2009, p. 390).

A promoção da saúde na escola se caracteriza pela atuação concomitante de três grandes áreas: ambiente saudável, participação dos serviços de saúde e educação

em saúde. Esta última área consiste em um conjunto de estratégias sistematizadas para impulsionar a cultura e valorizar a alimentação. Nesse sentido, a escola é um ambiente propício para a implantação de projetos dessa natureza, visto ser um espaço importante para a concretização de iniciativas de promoção da saúde, incentivando o desenvolvimento saudável e as relações construtivas e harmônicas, contribuindo para a formação de cidadãos críticos (GONÇALVES, 2008, apud BERNARDON et al, 2009, p. 390).

Educação permanente

As características e o modo de vida das populações refletem diretamente em suas condições de saúde e doença. Assim, a Atenção Básica à Saúde (AB) deve ser o contato preferencial dos usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que é desenvolvida com alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas (MINISTERIO DA SAUDE, 2006, apud RICARDI, SOUZA, 2015). Para a qualificação desse nível de atenção e o fortalecimento do vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a forma prioritária de reorganização dos serviços da AB (SOUSA, HAMANN, 2009, apud RICARDI, SOUZA, 2015, p. 210).

A Educação Permanente em Saúde é uma estratégia sistemática e global, que visa à transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, sendo fundamental para que o local de trabalho venha a ser um espaço de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Nesse processo, promove-se uma ampla intersecção entre saúde e educação, no que tange à formação, gestão, atenção e participação (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2009 apud RICARDI SOUZA, 2015, p. 210). Uma das finalidades da Educação Permanente é, justamente, a contribuição para que cada grupo possa adquirir a capacidade de ser o seu próprio coautor, em meio a um processo de reinvenção das instituições de saúde (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006 apud RICARDI; SOUSA, 2015, p. 210).

A criação de uma equipe de profissionais da área da saúde se apresenta como um processo desafiador que perpassa as definições políticas e as práticas institucionais

para atender às expectativas na qualidade do atendimento à comunidade (RODRIGUES; POZZEBON, 2010 apud MICCAS; BATISTA, 2014, p.171)

O Sistema Único de Saúde (SUS), pela dimensão e amplitude que tem, aparece na arena dos processos educacionais de saúde como um lugar privilegiado para o ensino e a aprendizagem, especialmente os lugares de assistência à saúde. Educar “no” e “para o” trabalho é o pressuposto da proposta de educação permanente em saúde (EPS). Os lugares de produção de cuidado, visando integralidade, corresponsabilidade e resolutividade são, ao mesmo tempo, cenários de produção pedagógica, pois concentram o encontro criativo entre trabalhadores e usuários. A proposta da EPS surgiu na década de 1980, por iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) para o desenvolvimento dos Recursos Humanos na Saúde. No Brasil, foi lançada como política nacional em 2003, constituindo papel importante na concepção de um SUS democrático, equitativo e eficiente (FRANCO, 2007 apud MICCAS; BATISTA, 2014, p.171).

A EPS construída como instrumento para transformar o profissional de saúde em um profundo conhecedor da sua realidade local. Por isso, foi necessário situar a formação dentro de um marco de regionalização, com programas adaptados para os profissionais e equipes de saúde em cada nível local do sistema de saúde (MICAS, BATISTA, 2014; p.171).

O sistema de saúde brasileiro tem, entre seus objetivos, a garantia de acompanhamento sistemático aos indivíduos portadores de doenças crônicas, enfermidades que impactam na morbimortalidade da população. Por esse motivo, o Ministério da Saúde implantou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus com o objetivo de estabelecer diretrizes e metas para reorganizar a atenção a estes grupos de agravos no Sistema Único de Saúde (SUS), investindo na atualização dos profissionais de saúde da Rede Básica. Para operacionalizar essa capacitação a EPS surge como estratégia de investimento na qualificação profissional para superar as deformações e deficiências na formação dos trabalhadores da saúde (BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE, 2002 apud RODRIGUES, VIEIRA, TORRES, 2010; p.532).

Em 2003, foi aprovada, pelo Conselho Nacional de Saúde e pactuada com a Comissão Inter gestores Tripartite, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde para ser a política de educação do SUS. A Educação Permanente em Saúde é uma atividade educativa de caráter contínuo, cujo eixo norteador é a transformação do processo de trabalho, centro privilegiado de aprendizagem (BRASIL, 2004).

Portanto, a educação permanente é uma ferramenta imprescindível para equipe da saúde da família com vistas a melhorar seus conhecimentos nos diferentes temas de saúde e poder atingir os problemas mais comuns da comunidade.

Neste contexto, apresenta-se em seguida a proposta de intervenção sobre maus hábitos nutricionais da comunidade.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O plano de ação foi desenhado para garantir o cumprimento dos objetivos traçados neste projeto. O detalhamento pode ser visualizado nos Quadros 1 a 4.

Quadro 1- Desenho de operações para os "nós" críticos do problema maus hábitos nutricionais na comunidade do PSF Urbano da cidade de Água Branca/AL.

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	Mais saúde, modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir em 20% o número de obesos e sedentários na população da área de abrangência	Programa de caminhada orientada, campanha educativa na rádio local, programa cardápio saudável, na escola.	<p>Organizacional Organizar as caminhadas</p> <p>Cognitiva Informação sobre o tema e estratégia de comunicação.</p> <p>Político Conseguir o espaço na rádio local, carros de som, mobilização social.</p> <p>Financeiro Para aquisição de recursos áudio visual e folhetos educativos.</p>
Nível de informação	Saber mais Aumentar o nível de conhecimento da população sobre maus hábitos alimentares.	População mais informada sobre maus hábitos nutricionais.	Avaliação do nível de informação da população sobre maus hábitos nutricionais, campanha educativa na rádio local e carros de som,	<p>Organizacional Organização da agenda</p> <p>Cognitivo Informação sobre o tema e sobre</p>

			saúde na escola, capacitação de agentes de saúde.	estratégias de comunicação e pedagógicas. Político Articulação Inter setorial (parcerias com educação e mobilização social).
Estrutura dos serviços da saúde	Contribuir com seu melhor cuidado Melhoria das estruturas de saúde para atendimentos dos portadores de má nutrição (obesos e desnutridos).	Garantia das consultas especializadas Garantias de exames.	Capacitação de recursos humanos Contratação de consultas especializadas (endocrinologista, nutricionista, psicologia)	Cognitivo Elaboração da adequação do número de consultas e exames disponibilizados. Políticos Decisão para adquirir recursos para estruturar o serviço Financeiros Garantir os recursos para exames e consultas especializadas.
Processo de trabalho da equipe de Saúde da família inadequado para enfrentar o problema	Linha de cuidado Implantar linha de cuidado para portadores de má nutrição (obesos e desnutridos).	Cobertura para 100% da população	Recursos humanos capacitados, Linha de cuidados para portadores de má nutrição implantada.	Cognitivo Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos Político Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais

O processo de transformação da realidade sempre requer algum tipo de recurso, portanto, apresenta-se a seguir a análise dos recursos críticos necessários para confirmar a viabilidade do plano de ação proposto.

Quadro 2 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para enfrentamento dos “nós” críticos do problema: maus hábitos nutricionais na comunidade do PSF Urbano da cidade de Água Branca/AL.

Mais saúde	Político - conseguir o espaço na radio local e de difusão das informações por carros de som. Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, barraca para a realização de uma palestra,
Saber mais	Político- articulações intersectorial.
Contribuímos com seu melhor cuidado	Político- decisão de aumentar os recursos para estruturas os serviços Financeiro- Garantir os recursos para exames e contratação de especialistas.
Linha de cuidado	Político – articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Financeiros – recursos necessários para a estruturação do serviço.

A análise da viabilidade do plano em relação aos atores que participam, quais são os recursos críticos que controlam e quais são suas motivações em relação aos objetivos citados, e as estratégias para aumentar sua motivação estão apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3 - Propostas para motivação dos atores e ações estratégicas PSF urbano da cidade de Água branca/AL.

Operações/projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Mais saúde , modificar hábitos e estilos de vida	Político - conseguir o espaço na radio local e de difusão por carros de som. Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, barraca para a realização de palestras,	Setor de comunicação social	Indiferente	Apresentar projeto
		Secretária de Saúde	Favorável	Não é necessário
		Prefeita municipal	Indiferente	Apresentar projeto
Saber mais Aumentar o nível de conhecimento da população sobre maus hábitos alimentares.	Político - articulações intersectorial	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Apresentar projeto
		Secretario de Educação	Indiferente	Apoio das associações
Contribuímos com seu melhor cuidado Melhoria das estruturas de saúde para atendimentos dos portadores de má nutrição (obesos e desnutridos)	Político - decisão de aumentar os recursos para estruturas os serviços Financeiro - Garantir os recursos para exames e a contratação de especialistas.	Secretária de Saúde	Favorável	Apresentar projeto
		Prefeita municipal	Indiferente	
		Fundo nacional da saúde	Indiferente	
Linha de cuidado Implantar linha de cuidado para portadores de má nutrição (obesos e desnutridos).	Político – articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Financeiros – recursos necessários para a estruturação do serviço.	Secretária de Saúde	Favorável	Apresentar projeto
		Prefeita municipal	Indiferente	
		Fundo nacional da saúde	Indiferente	

Outro ponto importante do plano de intervenção é a elaboração do plano de ação com a definição de responsabilidades entre as pessoas que estão participando do planejamento da proposta. A designação dos responsáveis pelas ações estratégicas podem ser visualizadas no Quadro 4.

Quadro 4 - Plano de ação sobre Maus Hábitos nutricionais da Comunidade, PSF Urbano, cidade de Água Branca/AL.

Operações	Resultados esperados	Ação estratégica	Responsável	Prazo
Mais saúde Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir em 20% o número de obesos e sedentários na população da área de abrangência	Criar um grupo para obesos que desejam emagrecer	Abel Paz Olivera médico do PSF	Início em dois meses
		Programa de caminhada orientada,	João neto Agente de saúde	Início em três meses
		Campanha educativa na rádio local,	Andréia Borges de Oliveira, enfermeira do PSF.	Início em dois meses
		Programa cardápio saudável, na escola.	Segismundo Sequeira Neto Nutricionista do centro da saúde	Início em dois meses
Saber mais	Equipe e população mais informada sobre maus hábitos alimentares	Capacitação de agentes de saúde sobre tema maus hábitos alimentares.	Abel Paz Olivera médico do PSF	Início em dois meses
		Realização de palestras a população sobre maus hábitos nutricionais, em cada micro área.	Andréia Borges de Oliveira enfermeira do PSF	Início em dois meses
		Campanha educativa na rádio local e carros de som,	Nívea Greisy Pereira Torres, técnico de enfermagem.	Início em dois meses
		Ministrar palestra nas escolas sobre maus hábitos alimentares.	Abel Paz Olivera médico do PSF	Início em dois meses

		Distribuir material gráfico sobre maus hábitos nutricionais na sala de espera do PSF	Maria Quitéria Agente de saúde	Início em três meses
Contribuímos com seu melhor cuidado	Adequação da consulta e a demanda.	Definir os protocolos de tratamentos para pacientes obesos e desnutridos	Abel Paz Olivera médico do PSF	Início em dois meses
		Providenciar balança digital, fita métrica, para busca ativa de pacientes.	Maria da Conceição, Diretora do Centro de Saúde.	Início em dois meses
Linha de cuidado	Serviços organizados para desenvolver as atividades preventivas, garantindo o atendimento da população com fatores de risco. Coordenação da avaliação por especialistas dos 100% de pacientes com obesidade e desnutrição	Implantar linha de cuidado para pacientes com obesidade e desnutridos.	Abel Paz Olivera médico do PSF	Início em dois meses.
		Capacitar os recursos humanos para execução dos protocolos	Abel Paz Olivera médico do PSF	Início em dois meses
		Implantar gestão de linha de cuidado	Maria da Conceição, Diretora do Centro de Saúde.	Início em três meses

A gestão do plano é um passo imprescindível para garantir que ele seja efetivamente implementado as ações estratégicas podem ser visualizadas no Quadro 5.

Quadro 5. Planilha para acompanhamento do Projeto sobre Maus Hábitos Nutricionais da Comunidade PSF Urbano, cidade de Água Branca/AL.

Operação mais saúde, modificar hábitos e estilos de vida.					
Coordenação: Abel Paz Olivera					
Avaliação após 6 meses do início do projeto.					
Produto	Responsável	Prazo	Situação atual.	Justificativa	Novo prazo
Criar um grupo para obesos que desejam emagrecer	Abel Paz Olivera médico do PSF	Início em dois meses	Esperando aprovação do projeto.		
Programa de caminhada orientada,	João neto Agente de saúde	Início em três meses	Esperando aprovação do projeto.		
Campanha educativa na radio local.	Andréia Borges de Oliveira, enfermeira do PSF.	Início em dois meses	Esperando aprovação do projeto.		
Programa cardápio saudável, na escola.	Segismundo Sequeira Neto Nutricionista do centro da saúde	Início em dois meses	Esperando aprovação do projeto.		
Operação saber mais.					
Coordenação: Andréia Borges de Oliveira					
Avaliação após de seis meses do início do projeto.					
Produto	Responsável	Prazo	Situação atual.	Justificativa	Novo prazo
Capacitação de agentes de saúde sobre tema maus hábitos alimentares.	Abel Paz Olivera médico do PSF	Início em dois meses	Esperando aprovação do projeto.		
Realização de palestras a população sobre maus hábitos nutricionais, em cada	Andréia Borges de Oliveira enfermeira do PSF	Início em dois meses	Esperando aprovação do projeto.		

micro área. Campanha educativa na radio local e carros de som,	Nívea Greisy Pereira Torres, técnico de enfermagem.	Início em dois meses.	Esperando aprovação do projeto.		
Ministrar palestra nas escolas sobre maus hábitos alimentares.	Abel Paz Olivera médico do PSF	Início em dois meses	Esperando aprovação do projeto.		
Operação contribuir com seu melhor cuidado Coordenação: Abel Paz Olivera Avaliação após 6 meses do início do projeto.					
Produto	Responsável	Prazo	Situação atual.	Justificativa	Novo prazo
Definir os protocolos de tratamentos para pacientes obesos e desnutridos.	Abel Paz Olivera médico do PSF	Início em dois meses.	Esperando aprovação do projeto.		
Providenciar balança digital, fita métrica, para busca ativa de pacientes.	Maria da Conceição, Diretora do Centro de Saúde.	Início em dois meses.	Esperando aprovação do projeto.		
Operação implantar linha de cuidado Coordenação: Abel Paz Olivera Avaliação após 6 meses do início do projeto.					
Produto	Responsável	Prazo	Situação atual.	Justificativa	Novo prazo
Implantar linha de cuidado para pacientes com obesidade e desnutridos.	Abel Paz Olivera médico do PSF	Início em dois meses.	Esperando aprovação do projeto.		

Capacitar os recursos humanos para execução dos protocolos	Abel Paz Olivera médico do PSF	Início em dois meses.	Esperando aprovação do projeto.		
Implantar gestão de linha de cuidado	Maria da Conceição, Diretora do Centro de Saúde.	Início em três meses.	Esperando aprovação do projeto.		

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhecemos que os maus hábitos nutricionais da comunidade constituem um importante fator de risco modificável para diferentes doenças e que atuando sobre eles é possível prevenir seu aparecimento precoce, bem como sua evolução futura.

Contamos com recursos humanos e econômicos para programar um plano de ação que garanta o cumprimento dos objetivos estabelecidos, mediante ações de promoção e prevenção da saúde, assim como atenção individual a cada paciente, mediante um trabalho, universal, integral, completo e contínuo.

Para garantir o êxito é necessária, a reorganização do processo de trabalho da equipe de saúde da família assim como manter uma superação individual e coletiva mediante o processo de educação permanente em saúde.

É necessário manter alianças entre os diferentes atores envolvidos para garantir o êxito do trabalho.

REFERENCIAS

ARRUDA, Edson Luís Machado de; LOPES, Adair da Silva. Gordura corporal, nível de atividade física e hábitos alimentares de adolescentes da região serrana da Santa Catarina, Brasil. **Rev. bras. cineantropom. Desempenho hum.** Florianópolis, v. 9, n. 1, p.5-11, 2007

BARROS, Camila Risso de et al. Implementação de programa estruturado de hábitos de vida saudáveis para redução de risco cardiometabólico. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 57, n. 1, Feb. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v57n1/a02v57n1.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2015

BERNARDON, Renata et al. Construção de metodologia de capacitação em alimentação e nutrição para educadores. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 22, n. 3, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v22n3/v22n3a09.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS** de 13 de fevereiro de 2004. Brasília, v.141, n.32, 2004. Seção 1, p.37-41.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da Republica Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislação/const/con1988/con1988_05.10.1988/CON1988.shtm> Acesso em: 28 mar 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BUSS, Paulo Marchiori; CRUZ, Oswaldo. Promoção da saúde. **Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIAS Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CECAGNO, Susana; SOUZA, Miguel Danzer de; JARDIM, Vanda Maria da Rosa. Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v. 26, n. 1. p. 107-112, 2004.

COLTRO, Rodrigo Soler et al. . Frequência de fatores de risco cardiovascular em voluntários participantes de evento de educação em saúde. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 5, p. 606-610, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n5/28.pdf>>. Acesso em: 22 Jul. 2015.

DATASUS. Informações em Saúde (Tabnet). Estatísticas Vitais. Mortalidade Geral – 1996 a 2013, pela CID-10. Mortalidade Geral. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em: 22 jul. 2015.

FEITOSA, Edvaldo de Araujo História de Água Branca. Disponível em: <http://www.aguabranca.al.gov.br/internas/cidade/?id=81>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

FELISBINO-MENDES, Mariana Santos et al . Avaliação dos fatores de risco cardiovasculares em uma população rural brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, n. 6, p. 1183-1194, Jun. 2014 . Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n6/0102-311X-csp-30-6-1183.pdf>> . Acesso em: 27 Jul. 2015.

FRANCO, Túlio Batista. Produção do cuidado e produção pedagógica: Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface-Comunic., Saúde, Educ**, v. 11, n. 23, p. 427-38, 2007.

GONÇALVES, Fernanda Denardin et al. Health promotion in primary school. **Interface-Comunic., Saúde, Educ.**, v. 12, n. 24, p. 181-192, 2008.

HORTA, Natália de Cássia et al . A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 62, n. 4, Ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/05.pdf> Acesso em 28 mar. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. Cidades@, 2014. Disponível <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=270010&search=alagoas%C3%81gua-branca>. Acesso em: 28 mar. 2015.

LLOYD-JONES, Donald M. et al. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction the American Heart Association's Strategic Impact Goal through 2020 and beyond. **Circulation**, v. 121, n. 4, p. 586-613, 2010

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; BURG CECCIM, Ricardo. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud colectiva**, v. 2, n. 2, p. 147-160, 2006.

MICCAS, Fernanda Luppino; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 48, n. 1, fev.. 2014 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0170.pdf> >. Acesso em: 28 mar. 2015

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do plano diretor da atenção primária à saúde**. Oficina 6: abordagem familiar. Belo Horizontes: ESPMG, 2010, 36 p.

OLIVEIRA, Dora Lúcia Liedens Corrêa de. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição?. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 1, p. 185-188, Feb. 2011 . Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a27.pdf> > Acesso em: 27 jul. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ação intersectorial para a saúde: um pilar para a saúde para todos no século XXI**. Genebra: OMS; 1997.

PEREIRA, Alexandre de Araújo; DIAS, Ruth Borges (Org). **Diretrizes clínicas para atuação em saúde mental na atenção básica**. NESCON/UFMG-Curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Belo Horizonte; NESCOM/UFMG, 2009, 44p.

PIERIN, Ângela Maria Geraldo; GUSMÃO, Josiane Lima; CARVALHO, Luciane Vasconcelos Barreto de. A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para hipertensão arterial. **Revista brasileira da hipertensão arterial**, v. 7, n. 3, p. 100, 2004.

RIBAS, Simone Augusta; SILVA, Luiz Carlos Santana da. Fatores de risco cardiovascular e fatores associados em escolares do Município de Belém, Pará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, n. 3, p. 577-586, Mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n3/0102-311X-csp-30-3-0577.pdf>>. Acesso em 22 jul. 2015.

RIBEIRO, Edilza Maria. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF).: **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 658-664, jul./ago. 2004.

RIBEIRO, Robespierre QC et al. Fatores adicionais de risco cardiovascular associados ao excesso de peso em crianças e adolescentes: o estudo do coração de Belo Horizonte. **Arq Bras Cardiol**, v. 86, n. 6, p. 408-418, 2006.

RICARDI, Luciani Martins; SOUSA, Maria Fátima de. Educação permanente em alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família: encontros e desencontros em municípios brasileiros de grande porte. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, Jan. 2015 . Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/1413-8123-csc-20-01-00209.pdf>> Acesso em: 28 mar. 2015.

RODRIGUES, Andreia Cristinha Seabra; VIEIRA, Gisele de Lacerda Chaves; TORRES, Heloisa de Carvalho. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 44, n. 2, June 2010 Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/41.pdf>> . Acesso em 28 mar. 2015.

SANTOS, Maria Gisele dos et al . Fatores de risco no desenvolvimento da aterosclerose na infância e adolescência. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo , v. 90, n. 4, Apr. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v90n4/v90n4a12.pdf> Acesso em: 28 mar. 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Sistema de Informação da Atenção Básica, versão 6.6. Base de dados. Água Branca, 2014.

SOUZA, Camila Furtado de et al . Pré-diabetes: diagnóstico, avaliação de complicações crônicas e tratamento. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo , v. 56, n. 5, p. 275-284, July 2012 . Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abem/v56n5/a01v56n5.pdf>> Acesso em: 27 jul. 2015.

TOLEDO, Mariana Tâmara Teixeira de; ABREU, Mery Natali; LOPES, Aline Cristine Souza. Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 3, June 2013. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000300540&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&ORIGINALLANG=pt> Acesso em: 28 mar. 2015.

TEO, Carla Rosane Paz Arruda; MONTEIRO, Carlos Augusto. Marco legal do Programa Nacional de Alimentação Escolar: uma releitura para alinhar propósitos e prática na aquisição de alimentos, **Rev. nutr.** Campinas, v.25, n. 5 p. 657-688, set-out. 2012.

VIANA, Victor; SANTOS, Pedro Lopes dos; GUIMARAES, Maria Júlia. Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: Uma revisão da literatura. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 9, n. 2, 2008 . Disponível em <
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v9n2/v9n2a03.pdf> >. Acesso em: 23 mar. 2015.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ALVES, José Eustáquio Diniz. A definição de família do IBGE: cuidados metodológicos necessários. Aparte-inclusão social em debate. Rio de Janeiro: UFRJ, p.1-4, 2005.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção à saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 4. Ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2007. 68p.

CHAPADEIRO, Cibele Alves; ANDRADE, Helga Yuri Silva Okano; ARAÚJO, Maria Rizioneide Negreiros de. A família como foco de Atenção Básica à Saúde. Belo horizontes; Nescon/UFMG, 2012. 94 p.

FONSECA, Claudia. Concepções de família e prática de intervenção: uma contribuição antropológica. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.14, n. 2, p.50-59, maio-ago. 2005.

GRILLO, Maria José Cabral. Educação permanente em saúde; um instrumento para a reorganização da atenção em saúde. Belo Horizontes, 2012. 8 f.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília: **Organização Panamericana da Saúde**, 2003, 58 p.

REGO, Ricardo A. et al. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. **Rev Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 277-85, 1990.

SICHIEIRI, Rosely; COUTINHO, Denise C; MONTEIRO, Josefina B; COUTINHO, Walmir F. Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. **Arq Bras Endocrinol Metabol**, v. 44, n. 3, p. 227-32, jun. 2000.
Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abem/v44n3/10929.pdf>> Acesso em: 28 mar 2015.