

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

Heliangela Maria Ferreira Ker

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO VISANDO À PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA
SAUDÁVEIS ENTRE PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS**

Belo Horizonte

2020

Heliangela Maria Ferreira Ker

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO VISANDO À PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA
SAUDÁVEIS ENTRE PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Belo Horizonte

2020

Heliangela Maria Ferreira Ker

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO VISANDO À PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA
SAUDÁVEIS ENTRE PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Profa Dra Selme Silqueira de Matos-UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 14 de dezembro de 2020

DEDICO

Este trabalho a todos os profissionais de saúde e gestores que, diariamente, depositam esforços na qualidade dos serviços de saúde.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço aos profissionais da equipe que proporcionaram que este trabalho pudesse ser realizado.

E a todos os profissionais de saúde que estão na Estratégia Saúde da Família.

Um agradecimento especial para os servidores que atuam na equipe de saúde de Santana.

RESUMO

Os serviços de atenção primária devem estar orientados para a comunidade, conhecer suas necessidades de saúde, realizar atendimento centrado na família, para bem avaliar como responder às necessidades de saúde de seus membros; e saber se comunicar e reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais. Visando levantar os problemas existentes no território do Programa Saúde da Família Santana foi utilizado o Método da Estimativa Rápida. Após elencar os problemas existentes, foi analisada a relevância dos problemas, de acordo com o grau de governança que a equipe tem sobre os mesmos e eleger aquele considerado prioritário, no momento. Assim, este estudo objetivou elaborar um plano de intervenção visando à promoção de hábitos de vida saudáveis entre portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) assistidos pela equipe de Saúde Santana, PSF Santana, município de Sericita, estado de Minas Gerais. Este plano seguiu os passos propostos pelo planejamento estratégico Situacional e em pesquisa bibliográfica realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados da MEDLINE, LILACS e SciELO e documentos do Ministério da Saúde. O plano de intervenção se justifica pela possibilidade de estabelecer ações que permitam estímulo a hábitos de vida saudáveis, aumente a acessibilidade aos serviços de saúde e qualifique a assistência prestada aos portadores de DCNT. A contribuição da ESF para o enfrentamento da DCNT tem como base a atuação em território definido, a realização de ações que visam à promoção a saúde, vigilância em saúde, prevenção e assistência.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Educação em saúde.

ABSTRACT

Primary care services must be oriented towards the community, know their health needs, provide family-centered care, in order to assess how to respond to the health needs of their members; and knowing how to communicate and recognize the different needs of different population groups. In order to raise the existing problems in the territory of the Santana Family Health Program, the Rapid Estimation Method was used. After listing the existing problems, the relevance of the problems was analyzed, according to the degree of governance that the team has over them and choosing the one considered a priority, at the moment. Thus, this study aimed to develop an intervention plan aimed at promoting healthy living habits among patients with chronic noncommunicable diseases (NCDs) assisted by the Santana Health team, PSF Santana, municipality of Sericita, state of Minas Gerais. This plan followed the steps proposed by Situational strategic planning and bibliographic research carried out at the Virtual Health Library, in the databases of MEDLINE, LILACS and SciELO and Ministry of Health documents. The intervention plan is justified by the possibility of establishing actions that allow the encouragement of healthy lifestyle habits, increase accessibility to health services and qualify the assistance provided to patients with NCDs. The ESF's contribution to coping with NCDs is based on action in a defined territory, the performance of actions aimed at health promotion, health surveillance, prevention and assistance.

Keywords: Primary Health Care. Chronic Noncommunicable Diseases. Health education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Mapa da agenda de equipe da PSF de Santana	17
Quadro 2 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Santana, PSF Santana, município de Sericita, estado de Minas Gerais	29
Quadro 3. Relação e quantitativo de pessoas atendidas pela eSF Santana , 2019	28
Quadro 4. Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Maus hábitos de vida entre portadores de doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santana, do município Sericita, Minas Gerais	30
Quadro 5. Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Maus hábitos de vida entre portadores de doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santana, do município Sericita, Minas Gerais	31
Quadro 6. Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Maus hábitos de vida entre portadores de doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santana, do município Sericita, Minas Gerais	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização mundial de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PTI	Planos Terapêuticos individuais
PIB	Produto interno bruto
PSF	Programa Saúde da Família
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.2 O sistema municipal de saúde	13
1.3 Aspectos da comunidade	14
1.4 O Posto de Saúde da Família (PSF) Santana	16
1.5 A Equipe de Saúde da Família Santana do PSF Santana	16
1.7 O dia a dia da equipe Santana	17
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	18
1.9 Priorização dos problemas– a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	18
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVOS	211
3.1 Objetivo geral	21
3.2 Objetivos específicos	21
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
5.1 (texto) Indicador não definido.	Erro!
5.2 (texto) Indicador não definido.	Erro!
5.3 (texto) Indicador não definido.	Erro!
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	29
6.1 Descrição do problema selecionado(terceiro passo)	29
6.2 Explicação do problema selecionado(quarto passo)	30
6.3 Seleção dos nós críticos(quinto passo)	30
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERENCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

O município de Sericita está localizado no Estado de Minas Gerais, e segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística possui uma população estimada, para 2020, em 7333 habitantes. A densidade demográfica é de 42,94 habitantes por km² no território do município. O Produto Interno Bruto (PIB) per capita em 2017 foi de 9.538,21 (IBGE, 2020).

Sericita fica a 247,1km da capital Belo Horizonte. Em 2018, o salário médio mensal correspondia a 1.4 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 11.4%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 41.3% da população nessas condições, ocupando o município a posição 293 dentre as 853 cidades de Minas Gerais (IBGE, 2020).

Na área da educação, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade é de 93,9%, em 2010, e o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) anos iniciais do ensino fundamental, de alunos matriculados na Rede pública foi de 6,1, em 2017. Na área da saúde, a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 18.35 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de quatro para cada 1.000 habitantes (IBGE, 2020).

Em se tratando de território e ambiente, o município tem “ 44.8% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 42.2% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 25.3% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio)”.(IBGE, 2020, s.p.).

A cidade não tem indústria e a economia do município está ligada ao comércio e à cafeicultura. Atualmente existem somente dois partidos políticos, o partido atual tem uma excelente gestão e se preocupa muito com a área da saúde, educação e do bem-estar da população. Trata-se de uma gestão de obras e crescimento para a melhoria da qualidade de vida da população.

1.2 O sistema municipal de saúde

O município não conta com atendimento hospitalar. O hospital mais próximo fica a 25 km. Sericita tem três Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dois Postos de Saúde. Na UBS central realizam-se atendimentos com médicos especialistas, como, ginecologista, pediatras, urologista e cardiologista. Há, ainda, um Laboratório de Análises Clínicas da Prefeitura.

O Sistema de Saúde é assim apresentado:

- Atenção Primária à Saúde – conta com três Unidades Básicas de Saúde e dois Postos de Saúde da Família, com uma cobertura de aproximadamente 85% da população.
- Pontos de Atenção à Saúde Secundários - na UBS Central há atendimento por médicos especializados em ginecologia, pediatria, urologia e cardiologia.
- Pontos de Atenção à Saúde Terciários -os pacientes são encaminhados para municípios vizinhos como Abre Campo, Rio Casca, Ponte Nova, Muriaé e Belo Horizonte.
- Sistemas de Apoio: Diagnóstico e Terapêutico, Assistência Farmacêutica, Informação em Saúde. O município possui um laboratório de Análises clínicas, demais exames são referenciados para outros municípios. Possui farmácia municipal na UBS Central.
- Sistemas Logísticos: Transporte em Saúde, Acesso Regulado à Atenção, Prontuário Clínico, Cartão de Identificação dos Usuários do SUS. O município conta com central de marcação e regulação. Há cadastramento dos usuários do SUS nas próprias unidades de saúde (SERICITA, 2017).

O Modelo de Atenção à Saúde no município de Sericita é de Rede. O sistema de referência e contra referência não ocorre de forma satisfatória. Quando necessário, os usuários são referenciados para outros municípios mas a contrarreferência é praticamente inexistente.

1.3 Aspectos da comunidade

O Distrito de Santana, local de abrangência do Posto de Saúde da Família (PSF) Santana, é composto por aproximadamente 1500 habitantes, na zona rural do

município de Sericita. O PSF é considerado um ponto estratégico na assistência à saúde da população, pois se localiza na área central da zona rural correspondente.

A comunidade assistida pelo PSF de Santana, em sua maior parte, se dedica a atividades rurais, como a cultura de café. Entre adultos e idosos é alto o índice de analfabetismo. Diferentemente da sede de Sericita, operada pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA), a localidade de Santana tem a Prefeitura Municipal como responsável pelo abastecimento de água, que é feito por poços artesianos, sem tratamento adequado. O Distrito não possui saneamento básico adequado, o esgotamento sanitário é realizado através de fossas rudimentares e, em muitas casas, a água também não é tratada, sendo retirada de cisternas.

Na comunidade existe a Escola Municipal Hilo de Andrade, que oferece ensino infantil e fundamental I. Adolescentes que queiram concluir o ensino médio precisam se deslocar até a sede do município. Não existem creches, ou associações.

Embora se estime que a população seja de aproximadamente 1500 habitantes no PSF de Santana existem 1155 usuários cadastrados, o que representaria uma cobertura de 66,27% da área adscrita com o cadastramento familiar. Quanto à faixa etária da população adscrita, verifica-se maior proporção de adultos (n= 518 adultos), seguido de crianças e jovens (n=387) e idosos (n= 250).

É possível conhecer o perfil epidemiológico da população da área de abrangência da ESF por meio da coleta de dados disponíveis no cadastro individual da população. Quanto às doenças mais comuns, tem-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS), com 178 hipertensos cadastrados, seguida pelo diabetes mellitus (DM) com 145 usuários cadastrados e indivíduos com doenças respiratórias crônicas (asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e enfisema), que totalizam 26 usuários cadastrados.

Tomando como referência o ano de 2020 (mês de junho/2020) existem seis gestantes sendo acompanhadas, quatro registros de acidente vascular cerebral (AVC) e, no último ano, 12 registros de infarto agudo do miocárdio (IAM) além de 19 pessoas portadoras de doenças cardíacas.

No que se refere aos pacientes com doença renal, tem-se quatro usuários cadastrados, além de nove usuários com câncer e 14 usuários com transtornos mentais. A equipe atende periodicamente cinco usuários acamados.

Analisando os hábitos de vida da população, tem-se 146 tabagistas cadastrados, 60 etilistas e 12 usuários de drogas ilícitas identificados pela equipe de saúde. E as principais causas de óbitos no ano de 2019, foram: Insuficiência cardíaca, AVC e morte por idade. As principais causas de internação no mesmo ano foram: Hipertensão, Hipotensão, Alteração na Glicemia e Parto.

1.4 O Posto de Saúde da Família -PSF Santana

A Unidade Básica de Saúde onde atuo se localiza em Santana, na avenida principal, ficando uns 8 km do centro da cidade e é de fácil acesso à população. Tem uma estrutura nova, construída há 10 anos: é bastante arejada e com muita luminosidade. A sala de recepção é de tamanho médio, porém não cria nenhum tumulto uma vez possuir cadeiras o suficiente. Tem-se, ainda, salas de reuniões. A unidade conta com salas apropriadas para cada atendimento. Os equipamentos são os básicos para esse atendimento são: mesa ginecológica, nebulizador, aparelho glicosímetro, instrumentos para realizar suturas e curativos. Com relação aos materiais de consumo algumas vezes faltam diversos itens.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Santana do PSF Santana

A equipe do Posto de Saúde da Família Santana é composta por uma médica, cinco agentes comunitários de saúde, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem. Há ainda, no PSF, uma equipe de saúde bucal alocada, composta por um cirurgião-dentista e uma auxiliar em saúde bucal.

A equipe possui uma boa relação com a comunidade, sobretudo entre os ACS e os membros da comunidade verifica-se grande vínculo. Os profissionais são bem recebidos nas visitas domiciliares e a comunidade tem grande apreço pela equipe de saúde.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Santana

A Unidade de Saúde funciona das 7:00 às 11:00 e de 13:00 às 17:00 com atendimento médico. Porém, entre 11:00 às 13:00, que não tem atendimento médico, os agentes comunitários de saúde e a enfermeira estão na recepção, caso necessite de algo e também para ir organizando os atendimentos. Depois das 17:00h, caso ocorra algo, o paciente é encaminhado automaticamente para hospital Unidade Pronto Atendimento (UPA) da cidade vizinha, Abre Campo.

| 1.7 O dia a dia da equipe Santana

A equipe de saúde da família de Santana faz o atendimento de pré-natal, saúde bucal, desenvolvimento da criança, exame citopatológico (preventivo), atendimento a hipertensos, asmáticos, a pacientes que estão em tratamento e controle de câncer e de diabéticos. A equipe já tentou várias vezes realizar um outro tipo de atendimento relacionado à saúde como grupos de hipertensos e de diabéticos, mas não teve sucesso, despertou pouquíssimo interesse da população.

No quadro 1 tem-se apresentados os dias, horários e atendimentos realizados pela equipe Santana.

Quadro 1 . Mapa da agenda de equipe da PSF de Santana

Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
07h30	Atendimento e exames	Palestras	Visitas domiciliares	Distribuição medicamentos	Agendamento de exames
09h00	Atendimento	Pré natal	Visitas domiciliares	Atendimento	Visitas domiciliares
11h30	Atendimento	Pré natal	Visitas domiciliares	Palestras	Atendimento
14h30	Atendimento	Atendimento	Atendimento	Agendamentos de exames	Atendimento
17h00	Atendimento	Atendimento	Atendimento	Atendimento	Atendimento

Elaboração: Própria

A equipe se reúne mensalmente, embora o planejamento inicial fosse realizar reuniões quinzenais. Durante as reuniões de equipe são feitos os planejamentos das ações mensais. Entretanto, é importante salientar que a equipe não tem o hábito de utilizar os

indicadores, e dados estatísticos para realização do planejamento, o que reduz muitas vezes a efetividade das ações desenvolvidas.

Além desse planejamento mensal, diariamente os componentes da equipe definem prioridades quanto às visitas domiciliares, a partir de demandas trazidas pelos agentes comunitários de saúde. Quanto às ações educativas, temos um calendário semestral de atividades propostas, mas nem sempre conseguimos cumprir todo o calendário.

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

1. Elevada prevalência de Hipertensão e diabetes mellitus
2. Dependência química em adolescentes
3. Maus hábitos de vida entre portadores de doenças crônicas não transmissíveis
4. Humanização e acolhimento insatisfatórios para portadores de doenças crônicas não transmissíveis
5. Sobrecarga emocional, e desmotivação dos profissionais

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

Quadro 1. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Santana, PSF Santana, município de Sericita, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Indivíduos com DCNT	Alta	08	Total	1
Hipertensos	Alta	07	Total	2
Diabéticos	Alta	06	Total	3
Pessoas com doenças respiratórias (asma ,DPOC , enfisema)	Alta	05	Parcial	4
Pessoas com doenças cardíacas	Alta	04	Parcial	5

Fonte: Elaboração própria (2020).

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são representadas por um conjunto de doenças de curso crônico e paulatino. As principais afecções que representam as DCNT são as doenças do aparelho respiratório, as doenças cardiovasculares, as neoplasias e também as desordens metabólicas, como a diabetes mellitus (MACHADO *et al.*, 2017).

Com taxas de mortalidade e morbidade cada vez mais altas, as doenças crônicas são responsáveis por 63% de todos os óbitos no mundo. “No Brasil, as DCNT correspondem a 72% das causas de morte”. Contudo, detectou-se haver declínio das taxas de mortalidade, em todo o Brasil, até o ano de 2013 e estas taxas têm relações próximas independente das regiões e suas respectivas diferenças. Destaca-se maior redução para as doenças respiratórias crônicas e menor queda para diabetes e neoplasias. (MALTA *et al.*, 2019, p.2).

Machado *et al.* (2017, p.222) destacam que:

Os principais fatores ambientais modificáveis das DCNT são os hábitos alimentares inadequados, o sedentarismo e a obesidade, associados às mudanças no estilo de vida como a cessação do tabagismo e o controle do stress. Dentro da prevenção, o monitoramento da prevalência dos fatores de risco para DCNT, especialmente os de natureza comportamental permitem, por meio das evidências observadas, a implementação de ações preventivas com maior custo-efetividade

Assim, o foco do plano de intervenção aqui proposto será na Atenção Primária à Saúde (APS), sobretudo na área adscrita ao PSF Santana, no município de Sericita – Minas Gerais. O plano de intervenção se justifica pela possibilidade de estabelecer ações que permitam estímulo a hábitos de vida saudáveis, aumente a acessibilidade aos serviços de saúde e qualifique a assistência prestada aos portadores de DCNT.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção visando à promoção de hábitos de vida saudáveis entre portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) assistidos pela equipe de Saúde Santana, PSF Santana, município de Sericita, estado de Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Sensibilizar a equipe de saúde para necessidade de maior acolhimento e humanização no cuidado aos portadores de DCNT;
- Aumentar o nível de informação da população e conhecimento técnico da equipe sobre manejo DCNT e importância de hábitos de vida saudáveis;
- Estabelecer Planos Terapêuticos individuais (PTI) para portadores de DCNT que cursam com maus hábitos de vida.

4 METODOLOGIA

Visando levantar os problemas existentes no território do PSF Santana foi utilizado o Método da Estimativa Rápida. Após elencar os problemas existentes, foi analisada a relevância dos problemas, de acordo com o grau de governança que a equipe tem sobre os mesmos (FARIA, CAMPOS, SANTOS, 2018).

Foi também utilizado Planejamento Estratégico Situacional (PES) para classificar e priorizar os problemas identificados no diagnóstico situacional e definir o problema prioritário, sobre o qual foi elaborado o plano de intervenção de acordo com Faria, Campos e Santos (2018).

Para fundamentar teoricamente o plano foi realizada pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e documentos do Ministério da Saúde. ,

Na BVS foram levantados artigos nas bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), no *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e na *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS). Para esta busca utilizou-se os descritores: atenção primária à saúde, doenças crônicas não transmissíveis e educação em saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Determinantes sociais da saúde e doença

O primeiro conceito em torno da saúde é a definição tradicional que considera a saúde unicamente como a ausência de doenças, como uma questão biológica que se determina apenas pelo componente de visão restritivo. No segundo conceito, a saúde é compreendida como um meio para a vida dos indivíduos, se definindo como condições e recursos para a vida humana. Essa definição se conecta com o campo da promoção da saúde que é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. A terceira definição é a da Organização Mundial de Saúde (OMS) que define a saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar biopsicossocial (MENDES, 2012).

É de suma importância também ressaltar o que se entende sobre condições de saúde tendo em vista que nós, profissionais da Atenção Primária, atendemos diariamente a população com problemas de saúde e em condições de saúde.

Mendes (2012, p. 32) afirma que:

[...] condição de saúde vai além de doenças por incorporar certos estados fisiológicos, como a gravidez, e os acompanhamentos dos ciclos de vida, como o acompanhamento das crianças (puericultura), o acompanhamento dos adolescentes (hebicultura) e o acompanhamento das pessoas idosas (senicultura) que não são doenças, mas são condições de saúde de responsabilidade dos sistemas de atenção à saúde.

Com isso, surgem os determinantes sociais, em relação à determinação social dos indivíduos, além da saúde, outras condições são necessárias para a realização dos indivíduos. Trata-se, dos meios que a sociedade propicia, permite e determina para eles se desenvolverem e se realizarem. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

No que diz respeito às ações estratégicas para o enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) , o Ministério da Saúde, juntamente com diversos setores de educação e saúde, elaborou um Plano com vistas ao preparo , até o ano de 2022, de profissionais para o enfrentamento das DCNT. Afinal, no Brasil, “essas doenças constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem acerca de 70% das causas de mortes, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos mais vulneráveis[...].” (BRASIL, 2011, p. 8).

Contudo, percebem-se avanços ao se constatar que na “última década, observou-se uma redução de aproximadamente 20% nas taxas de mortalidade pelas DCNT, o que pode ser atribuído à expansão da Atenção Básica, melhoria da assistência” (BRASIL, 2011, p. 8).

Como determinantes sociais das DCNT, são apontadas as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação, além dos fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada, tornando possível sua prevenção (BRASIL, 2011, p. 8).

Essas condições são determinantes centrais das condições de saúde dos indivíduos. Por isso, a determinação social de saúde se liga no bem estar físico ou ambiental e traz uma grande questão sobre o ponto de vista da posição social em relação à exposição de agentes biológicos, químicos ou físicos danosos, a deficiência nutricional, o desgaste físico generalizado ou o esforço repetitivo no trabalho são características das condições sociais de pobreza ou miséria. E como asseguram Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 81), torna-se grande desafio de diversos estudos o estabelecimento de “ uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas”. Afinal, “a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito”

Para dar conta de um atendimento equânime e integral, destaca-se que no período anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) representava um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial. A

partir daí, começou a se fundar o modelo de APS com a busca de intervenções de promoção, prevenção, curativa e reabilitação à saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Com isso, o Modelo de Atenção à Saúde no município em que atuo é o de rede e está voltado com os princípios de integralidade da atenção com a comunidade. Além disso, fundamentada em Pinto e Giovanella (2018), observa-se os determinantes sociais da saúde e os possíveis fatores de riscos que possam se estabelecer na comunidade como as condições crônicas de saúde.

Os serviços de atenção primária devem estar orientados para a comunidade, conhecendo suas necessidades de saúde; centrar-se na família, para bem avaliar como responder às necessidades de saúde de seus membros; ter competência cultural para se comunicar e reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a APS é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e 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 (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A estrutura da rede de atenção à saúde permeia com as comunicações entre a atenção primária, secundária e terciária e os sistemas de apoio, se baseando em sistemas lógicos em que todos os pontos são conectados juntamente com os serviços de saúde (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Dessa maneira, a ESF vem se expandindo com serviços que vão crescendo com um olhar que vão além da assistência médica, mas na estrutura de reconhecer as necessidades da comunidade, colocando a comunidade como ponto base de estabelecimento de vínculos entre os usuários e os serviços de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). A ESF está voltada para uma atenção centralizada na família, e ampliada pela necessidade de intervenção que vão além de práticas curativas, mas da percepção do ambiente físico, levando as observações das necessidades em todo seu contexto (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

5.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis constituem o plano estratégico para enfrentamento no Ministério da Saúde (MS) desde 2011, com o objetivo de enfatizar ações para controle das DCNT, pois representam uma morbimortalidade como principal fonte de carga de doenças. Essas doenças são: doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, câncer e doença respiratória crônica. O enfrentamento para controle da DCNT corresponde a quatro principais fatores de risco que são: a inatividade física, fumo, uso prejudicial de álcool e alimentação inadequada (OLIVEIRA;SOUZA;MORAIS NETO, 2020).

O MS tem amplificado políticas para o enfrentamento das DCNT e, com isso, busca compreender sobre a magnitude, tendência e distribuição dessas doenças na população. Além disso, com a estratégia de compreender as tendências das DCNT e os fatores de risco busca apoiar as políticas públicas que são voltadas à promoção à saúde como a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que tem por objetivo promover ações no campo da alimentação saudável, prevenção do uso do tabaco, atividade física, e a prevenção do uso do álcool (BRASIL, 2011)

De acordo com o Ministério da Saúde, a contribuição da ESF para o enfrentamento da DCNT tem como base a atuação em território definido, a realização de ações que visam à promoção a saúde, vigilância em saúde, prevenção e assistência. Além desses pontos citados é fundamental para o acompanhamento longitudinal dos usuários e possui, como parceiros, os Agentes Comunitário de Saúde que contribuem ainda mais na descrição da saúde da comunidade e o estabelecimento dos vínculos visando a melhoria da resposta ao tratamento dos usuários com DCNT e outros usuários (BRASIL, 2011).

Malta *et al.* (2017), ao discorrerem sobre a implantação do Sistema de Vigilância das DCNT no Sistema Único de Saúde mostram que a consolidação desta vigilância permitiu organizar ações voltadas ao acompanhamento e monitoramento dos fatores de risco e a morbidade e mortalidade das DCNT; proposição de ações e programas de prevenção e, ainda, buscou efetivar a promoção da saúde e de atenção integral às pessoas com DCNT. Ademais, aumentou o acesso dos usuários aos serviços de saúde, aquisição de

medicamentos e apoio diagnóstico. Pontuam, como grande desafio, o compromisso da sociedade civil e das instituições de ensino e pesquisa se envolverem nessa implantação e cobrarem sua continuidade para que a população brasileira seja amparada e receba o que tem direito: ações de saúde de qualidade e equânimes.

5.3 Educação em saúde

A educação em saúde é um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, das áreas tanto da educação, quanto da saúde, as quais espelham diferentes compreensões do mundo. Educação na saúde é um campo de saberes e de práticas sociais em pleno processo de uma construção (FALKENBERG *et al.*, 2014).

Para a construção do SUS é fundamental a reorientação do modelo vigente e hegemônico no país. Um modelo, que é uma combinação complementar e, ao mesmo tempo, contrária do modelo médico privatista e do modelo assistencial. É possível perceber, voltando o olhar para atualmente, que tem a necessidade de complementação do atual modelo de atenção assistencialista, por um modelo mais integral, que priorize a promoção da saúde e a prevenção de agravos, e que utilize como uma ferramenta a educação em saúde de 'forma participativa' (FALKENBERG *et al.*, 2014).. Na educação em saúde deve ser priorizada a educação popular em saúde, valorizando os saberes, e o conhecimento já obtido da população e não somente e puramente no conhecimento científico.

As relações entre educação e saúde e suas práticas são fundamentais para a sociedade. Apesar da educação tradicional – centralizada no poder do profissional, ainda ser uma das principais metodologias realizadas no sistema de saúde, a educação popular em saúde tem sido vista como fator importante de intervenção (SILVA *et al.*, 2010).

O objetivo desta abordagem é o de informar e transformar os saberes já existentes da população em relação aos assuntos relevantes ao tema saúde.

A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde (SOUZA; JACOBINA, 2009. p. 624).

A tradução do termo educação em saúde é intervenção educativa concreta. Os profissionais da saúde devem aplicar o princípio da integralidade, voltando a assistência não somente para o olhar curativo, mas também para as execuções de ações preventivas e de promoção de saúde. Para isto faz-se necessário a compreensão de como aplicar esta abordagem educativa (SOUZA; JACOBINA, 2009).

O Ministério da Saúde define educação em saúde como “processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa que visa à apropriação temática pela população” , ou seja, um conjunto de práticas que contribui para o aumento da autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os gestores e profissionais de saúde (BRASIL, 2012, p.19).

As práticas que envolvem a educação em saúde são divididas em três segmentos: gestores que apoiam os profissionais de saúde que aplicam esta metodologia; sociedade civil que necessita ampliar os conhecimentos e autonomia nos cuidado de saúde no campo coletivo ou individual e os profissionais da área da saúde que valorizem as práticas de promoção e prevenção, tanto quanto, valorizam as ações curativas (FALKENBERG *et al.*, 2014).

A educação em saúde é a metodologia que fundamenta as ações que são realizadas pelos profissionais de saúde que valorizam as práticas educativas em diferentes organizações e instituições. Flisch *et al.* (2014) compreendem que dentre os aspectos relacionados a esta prática realizada por esses profissionais estão os serviços de saúde que envolve políticas públicas, materiais de intervenção e valorização de práticas educativas envoltas no cotidiano da população.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Este plano refere-se ao problema priorizado “Maus hábitos de vida entre portadores de doenças crônicas não transmissíveis”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

As ações propostas encontram-se desenhadas em quadros que mostram – para cada causa selecionada como “nós crítico”, a (s) operação (ões), projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA: CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

No quadro 3 é possível verificar a descrição do problema, as complicações (doenças cardíacas, AVC, IAM, e comprometimento renal) , todas referentes aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis

Quadro 3. Relação e quantitativo de pessoas atendidas pela eSF Santana , 2019

DESCRIÇÃO	QUANTITATIVO	FONTE
Hipertensos cadastrados	178	e-SUS
Diabéticos cadastrados	145	e-SUS
Pessoas com doenças respiratórias (asma ,DPOC , enfisema, outras)	26	e-SUS
Indivíduos com DCNT cadastrados	349	e-SUS
Pessoas com doenças cardíacas	19	Registro da equipe (1)
Pessoas que tiveram AVC	04	Registro da equipe (1)
Pessoas que tiveram IAM	12	Registro da equipe (1)
Pessoas que desenvolveram comprometimento renal moderado à grave	04	Registro da equipe (1)
Etilismo entre DCNT	192	Registro da equipe (1)
Tabagismo entre DCNT	88	Registro da equipe (1)
Sedentarismo entre DCNT	202	Registro da equipe (1)

Fonte: Elaboração própria

(1) Levantamento feito pelos ACS

Os dados do quadro 3 revelam a existência de alta incidência de usuários com DCNT na nossa comunidade além dos fatores de risco associados aos mesmos o que justifica a proposição e concretização de ações educativas para tal situação seja minimizada. .

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Acredita-se que o problema priorizado seja decorrente de múltiplos fatores como o desconhecimento dos portadores de DCNT sobre os riscos de hábitos de vida inadequados, questões culturais e baixo vínculo entre portadores de DCNT e ESF. Além disso, é importante ressaltar que diversos determinantes de saúde estão presentes e podem propiciar ou piorar tal problema, como o baixo nível de escolaridade dos portadores de DCNT, a baixa cobertura dos ACS em visitas domiciliares a tais usuários, bem como a deficiência de ações educativas com a comunidade.

Como consequência, verifica-se que os portadores de DCNT seguem com hábitos deletérios, sobretudo etilismo, tabagismo e alimentação inadequada, o que propicia maior descontrole pressórico e metabólico. Ocorre conseqüentemente maior número de complicações (IAM, AVC, comprometimento renal), maior ocorrência de hospitalizações e óbito se maior custo em saúde.

A equipe de saúde raramente problematiza os hábitos deletérios dos portadores de DCNT em seus atendimentos ou ações educativas. Não há ações de promoção de hábitos saudáveis, o que pode ainda agravar a persistência em hábitos inadequados.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

- Deficiente humanização e acolhimento aos portadores de DCNT
- Nível de informação da equipe e da comunidade insuficientes
- Questões culturais e contextos individuais que impedem mudança de hábitos de vida

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

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

Quadro 4 Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Maus hábitos de vida entre portadores de doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santana, do município Sericita, Minas Gerais Estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Deficiente humanização e acolhimento aos portadores de DCNT
6º passo: operação (operações)	Sensibilizar a equipe de saúde para necessidade de maior acolhimento e humanização no cuidado aos portadores de DCNT; Atender de forma humanizada e acolher os usuários desde a chegada à unidade de saúde
6º passo: projeto	Cuidando melhor
6º passo: resultados esperados	Profissionais mais proativos no acolhimento e humanização durante o cuidado aos portadores de DCNT Profissionais conscientes sobre a necessidade de acolher os usuários e ofertar atendimento humanizado
6º passo: produtos esperados	Atividades educativas para que os profissionais discutam e compreendam a importância do acolhimento e humanização do cuidado. Oficinas de capacitação quinzenais.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: oficinas de discussão sobre acolhimento e humanização Financeiro: Não há necessidade Político: Propor a participação conjunta da equipe de saúde nas oficinas. Adesão dos profissionais
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Elaboração de um plano de intervenção eficaz; Político: Adesão dos profissionais Reuniões de equipe abordando importância da qualificação
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Apresentação do projeto à equipe de saúde para sensibilizar os profissionais quanto à importância da implementação do projeto. Motivação favorável. Médica
9º passo: acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Equipe de Saúde Santana Início em três meses Médica
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Avaliar a mudança dos profissionais: está ocorrendo humanização nos atendimentos? O acolhimento segue as diretrizes do Ministério da saúde? a população está mais satisfeita

Fonte: Elaboração própria (2020).

Quadro 5. Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Maus hábitos de vida entre portadores

de doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santana, do município Sericita, Minas Gerais

Nó crítico 2	Nível de informação da equipe e da comunidade insuficientes
6º passo: operação (operações)	Aumentar o nível de informação da população e conhecimento técnico da equipe sobre manejo das DCNT , sobre os riscos se não tratadas adequadamente
6º passo: projeto	Conhecer para mudar
6º passo: resultados esperados	População mais informada sobre importância de hábitos de vida saudáveis para controle de DCNT. Equipe com maior nível de conhecimento. Distribuição de material educativo impresso para portadores de DCNT e população em geral, com orientação individualizada durante distribuição de material educativo.
6º passo: produtos esperados	Oficinas de capacitação quinzenais para ACS e mensalmente para usuários com DCNT Treinamento para aferição de pressão arterial e glicemia casual Orientações quanto aos 10 passos de alimentação saudável Orientações sobre risco do tabagismo e etilismo
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: oficinas para discussão e capacitação Financeiro: para aquisição de material educativo Político: adesão dos profissionais
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: adesão dos profissionais
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretaria Municipal de Saúde - Favorável. Gestor da UBS (favorável).Reuniões de equipe abordando importância da qualificação. Reunião com Secretário de Saúde viabilizando apoio no projeto.
9º passo: acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médica. Enfermeira Início em três meses e término em seis meses
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Avaliação da execução das ações de qualificação profissional. Programa de capacitação elaborado. Equipe capacitada. Material educativo impresso. Pelo menos 80% dos portadores de DCNT

Fonte: Elaboração própria (2020).

Quadro 6. Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Maus hábitos de vida entre portadores de doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santana, do município Sericita, Minas Gerais

Nó crítico 1	Questões culturais e contextos individuais que impedem mudança de hábitos de vida
6º passo: operação (operações)	Estabelecer Planos Terapêuticos individuais (PTI) para portadores de DCNT que cursam com maus hábitos de vida
6º passo: projeto	Planejando Junto!
6º passo: resultados esperados	Estímulo ao maior autocuidado entre os portadores de DCNT. Elaboração de PTI para no mínimo 70% dos portadores de DCNT
6º passo: produtos esperados	Oficinas com participação ativa dos usuários com DCNT; Atividades pedagógicas sobre os hábitos de vida Estabelecimento de planos terapêuticos para os usuários da PSF
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: oficinas sobre hábitos saudáveis de vida; Financeiro: Não há necessidade Político: propor a participação de líderes comunitários nas oficinas de formação
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: Adesão dos usuários e líderes comunitários
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Gestor da UBS (favorável). Equipe de saúde favorável e motivada Reuniões de equipe reestruturando processo de marcação e discussão conjunta dos planos terapêuticos
9º passo: acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médica e enfermeira. Início em três meses e ação contínua após implantação.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Avaliar a cobertura das consultas e elaboração do PTI, que deverá cobrir no mínimo 70% dos portadores de DCNT. A avaliação será periódica, a cada 03 meses, serão revistos os prontuários. Usuários faltantes receberão visitas domiciliares (busca ativa) pelos ACS, e terão consultas remarcadas.

Fonte: Elaboração própria (2020).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O problema priorizado é decorrente de múltiplos fatores como o desconhecimento dos portadores de DCNT sobre os riscos de hábitos de vida inadequados, questões culturais e baixo vínculo entre portadores de DCNT e equipe de saúde da família.

A contribuição da ESF para o enfrentamento da DCNT tem como base a atuação em território definido, a realização de ações que visam à promoção a saúde, vigilância em saúde, prevenção e assistência. Além desses pontos citados é fundamental para o acompanhamento longitudinal dos usuários e temos, como parceiros, os ACS que contribuem ainda mais na descrição da saúde da comunidade e o estabelecimento dos vínculos visando a melhoria da resposta ao tratamento dos usuários com DCNT e outros usuários.

Por isso, entre as escolhas de enfrentamento e desenvolvimento do plano de intervenção ressaltamos sobre os fatores de riscos e determinantes de saúde que estão presentes e podem propiciar ou piorar as DCNT.

Este trabalho apoia para que mais pesquisas em relação a ações de enfrentamento das DCNT sejam desenvolvidas pela ESF em razão da contribuição que pode ser realizada para que possa minimizar a morbimortalidade pelas DCNT.

REFERENCIAS

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H.E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva** v. 21, p. 1499-1510, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático : gestão do trabalho e da educação na saúde** / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

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

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 77-93, Apr. 2007

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

FALKENBERG M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 847-852, Mar. 2014 Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847>
Acesso em: 26 nov. 2015.

FLISCH T. M. P. *et al.* Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde. **Interface. (Botucatu)**, v. 18, supl. 2, p. 1255-1268, 2014 2014. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000601255&script=sci_arttext>
Acesso em: 26 nov. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE Cidades **Sericita**. 2020. Disponível em:
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/sericita/panorama.>, Acesso em 20 jun. 2020

MACHADO , W. D. *et al.* Análise dos fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis. **Santa Maria**, v. 43, n.1, p. 214-224, jan./abr. 2017

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe1, p. 18-37, Sept. 2018.

MALTA, D. C. *et al.* Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo v. 22, e190030, p.1-13, abr. 2019.

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

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

OLIVEIRA, M. A C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept. 2013

OLIVEIRA, J. H.; SOUZA, M. R.; MORAIS NETO, O. L. Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde em Goiás: estudo descritivo, 2012 e 2014 **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 29, n. 5, e2020121, 2020

PINTO, L F; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1903-1914, June 2018

SERICITA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: 2018-2021.** Secretaria Municipal de Saúde, 2018.

SILVA C. M. da C. *et al.* Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, p. 2539-2550, Aug. 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500028> Acesso em: 26 nov. 2015.

SOUZA I. P. M. A. de; JACOBINA R. R. Educação em saúde e suas versões na história brasileira. **Revista Baiana de Saúde Pública.** Bahia, v.33, n.4, p.618-627 out./dez. 2009. Disponível em:<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/293/pdf_106> Acesso em: 24 nov. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa charter for health promotion.**
Geneve: WHO, 1986