

Grupos operativos com agentes comunitárias de saúde: experiências com o Programa de Educação pelo Trabalho

Operative groups with community health agents: experiences with the Education Program at Work

RESUMO

O relato apresenta uma experiência de extensão realizada em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde da Família (UAPSF), em agosto de 2014, com o objetivo de disseminar informações para a comunidade sobre a adoção de um estilo de vida saudável como fator preventivo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Foram desenvolvidos grupos operativos em dois encontros com as agentes comunitárias de saúde (ACS), abordando como temática os fatores de risco modificáveis comuns às principais DCNT, como inatividade física, alimentação não saudável, distúrbios do sono e estresse. O resultado das atividades desenvolvidas foi positivo, uma vez que as participantes relataram ter adquirido novos conhecimentos sobre as DCNT, se interessaram pelos termos abordados e puderam vivenciar momentos de aprendizagem que serão de grande importância na sua atuação na comunidade.

Palavras-chave: Doença crônica. Estratégia saúde da família. Vigilância em saúde. SUS.

ABSTRACT

This report presents an extension experiment carried out in a Primary Family Health Care Unit (PFHCU) in August 2014, with the objective of disseminating information to the community about the adoption of a healthy lifestyle as a preventive factor for chronic non-communicable diseases (CNCD). Operative groups were developed in two meetings with Community Health Agents (CHA), addressing the modifiable risk factors common to the main CNCD, such as physical inactivity, unhealthy eating, sleep disorders and stress. The activities developed with the CHA produced positive results as the participants reported having acquired new knowledge about the CNCD, were interested in the terms discussed and were able to experience moments of learning that will be of great importance in their work with the community.

Jokasta Sousa Rocha

Graduanda em Nutrição na Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais (jokastarochoa@hotmail.com).

Bruna Borges Macedo

Graduanda em Nutrição na Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais (brunaborgesmacedo@hotmail.com).

Ana Beatriz Carrijo Rodrigues

Graduanda em Nutrição na Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais (biaufu@hotmail.com).

Lucas Alves Mendes

Graduado em Gestão em Saúde Ambiental pela Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais (lucas.gsaufu@gmail.com).

Keywords: Chronic disease. Family health strategy. Health surveillance. SUS.

INTRODUÇÃO

Atualmente, o termo saúde, antes definido como perfeito funcionamento orgânico/biológico, vem sendo substituído, passando a considerar a formação global do indivíduo e destacando a corresponsabilidade do processo de saúde entre o próprio sujeito e os profissionais de saúde. Nesse contexto, entendemos cada vez mais que a saúde tem valor amplo e abrange o indivíduo e sua coletividade. Logo, para a garantia da saúde dos indivíduos que vivem em comunidade, deve-se considerar o reflexo do âmbito social, cultural, econômico e político das organizações sociais (ARAÚJO; XAVIER, 2014).

Ao analisar o processo de saúde-doença no Brasil, é possível observar, ao longo dos anos, a ocorrência de uma transição epidemiológica. Em 1930, as doenças infecciosas eram a principal causa de morte em todas as regiões brasileiras. Naquela época, as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares tinham menor relevância em termos de mortalidade (PRATA, 1989). Conforme a descrição de Omran (2005), uma mudança no perfil epidemiológico ocorre quando a mortalidade por doenças infecciosas diminui, e inverso a isso, ocorre um crescimento da mortalidade por doenças crônicas. Essa transição epidemiológica é um indicador importante que vem sendo observado no Brasil e requer atenção para realização de ações preventivas.

Diversos fatores como os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, a urbanização e o crescimento econômico e social contribuem negativamente para a saúde dos brasileiros (SCHMIDT et al., 2011). O estilo de vida atual dessa população potencializa os riscos ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tais como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, câncer, doenças crônicas do aparelho respiratório e obesidade. A taxa de mortalidade por DCNT no Brasil corresponde a 72% do total de óbitos (SCHMIDT et al., 2011; MALTA et al., 2014).

Com o intuito de desenvolver estudos sobre vigilância em saúde e ampliar a integração entre serviços de saúde e instituições de ensino

superior, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Vigilância em Saúde (PET-VS) foi promovido pelos Ministérios da Saúde e da Educação para ser desenvolvido por universidades em parceria com Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde.

O programa visa à formação do aluno por meio do trabalho, oferecendo oportunidades de troca de conhecimento e experiência entre profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) e alunos de cursos de graduação da área da saúde. Um dos profissionais que mais contribuem com tal experiência é o agente comunitário de saúde (ACS), pois, transitam entre os espaços (governo e comunidade) e, assim, intermedeiam essa interlocução. Esse profissional tem papel importante no acolhimento e, dessa forma, criam vínculos com a comunidade mais facilmente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

O Programa de Educação pelo Trabalho possui o eixo “Vigilância das doenças crônicas não transmissíveis”, que apresenta várias ações voltadas ao manejo das DCNT e seus fatores de risco. Nesse contexto, a prática regular de atividade física, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), reduz o risco de hipertensão arterial, diabetes e câncer de colo/reto, além de contribuir para o controle de peso (WHO, 2011). Em relação aos hábitos alimentares, o baixo consumo de frutas e hortaliças e o alto consumo de refrigerantes e alimentos com alto teor de gordura têm contribuído para o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade em adultos no Brasil (48% e 14%, respectivamente) (BRASIL, 2010).

Estudos epidemiológicos têm demonstrado ainda que o sono tem papel importante nas DCNT, uma vez que a duração diária de sono menor que 7 horas, associa-se com a mortalidade geral, principalmente por doenças cardiovasculares e diabetes mellitus tipo 2 (GALLICHIO; KALESAN, 2009; KNUTSON, 2010). Uma recente revisão da literatura mostrou que distúrbios do sono e estresse no trabalho, estão associados a um risco maior de desenvolver hipertensão arterial (CUFFEE et al., 2014).

Desse modo, o objetivo deste trabalho foi realizar uma atividade educativa enfatizando a adoção de um estilo de vida saudável como fator preventivo para as DCNT em grupos operativos com agentes comunitárias de saúde.

METODOLOGIA

As atividades do PET-VS foram desenvolvidas em quatro unidades de saúde do setor leste da cidade de Uberlândia, MG, ambos (unidades e setor) escolhidos aleatoriamente. A equipe foi composta por nove alunos dos cursos de graduação em Nutrição, Medicina e Gestão em Saúde Ambiental, quatro preceptores representantes da Prefeitura Municipal de Uberlândia e dois tutores professores da Universidade Federal de Uberlândia.

As ações do programa concentraram-se nas Unidades de Atenção Primária à Saúde da Família (UAPSF) no período de dezembro de 2013 a agosto de 2014. Os participantes do PET-VS foram divididos entre as quatro UAPSF selecionadas para fazer a caracterização sociodemográfica da área de abrangência. Verificou-se alta prevalência das DCNT e os equipamentos sociais, como escolas, igrejas e praças, foram identificados como essenciais para o desenvolvimento de estratégias que impactem positivamente nas condições da saúde da população (BRASIL, 2013).

Em agosto de 2014, como proposta de trabalho final do PET-VS sobre as experiências vivenciadas nas UAPSF, cada equipe desenvolveu atividades com grupos operativos a fim de disseminar informações sobre a prevenção das DCNT. Este texto relata a atividade realizada por uma das equipes com agentes comunitárias de saúde de uma UAPSF participante do PET-VS.

O trabalho foi composto por dois encontros com duração de uma hora e trinta minutos, realizado em espaço cedido na própria UAPSF e formado por cinco ACS, duas preceptoras e quatro alunos. O grupo operativo teve como público-alvo os ACS devido ao vínculo que eles possuem com a população local e, por isso, poderiam repassar as informações trabalhadas nas reuniões com os moradores da comunidade. A Política Nacional de Atenção Básica prevê que uma das atribuições dos ACS é “desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade” (BRASIL, 2012, p. 49).

A temática dos encontros foi fundamentada na adoção de um estilo

de vida saudável, fator relacionado diretamente com a prevenção das DCNT, uma vez que inatividade física, alimentação não saudável e obesidade são fatores de risco modificáveis, comuns às principais DCNT (BRASIL, 2011).

No primeiro encontro, inicialmente abordou-se as ACS com um diálogo interrogativo sobre a definição de DCNT e os seus principais fatores de risco, e posteriormente explicou-se brevemente sobre essas perguntas. Em seguida, com a utilização de diálogo aberto para dúvidas, realizado de forma clara, com linguagem simples e de fácil entendimento para os ACS, explicou-se a relação do sono e do estresse com as DCNT. Para reforçar o aprendizado foram entregues fôlderes explicativos intensificando a temática abordada nesse encontro.

No segundo encontro, os acadêmicos da equipe preencheram o formulário do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) com os dados das ACS, utilizando-o como instrumento para avaliação do consumo alimentar e avaliação antropométrica, em que o peso e a altura das agentes foram aferidos pela equipe como forma de sensibilizá-las sobre seu estado nutricional. Após essa atividade, foi explicada a relação da alimentação saudável e da atividade física com as DCNT, ressaltando a importância desses hábitos na prevenção de doenças, principalmente da hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, que possuem prevalência maior na área de abrangência desta UAPSF se comparada com as outras DCNT. E, assim como no encontro anterior, houve diálogo para dúvidas e a entrega de um fôlder explicativo, reforçando a temática abordada para intensificar o aprendizado.

Ao término de cada encontro foi oferecido um lanche saudável, com receitas práticas e saudáveis elaboradas pela equipe e repassadas para as ACS, incentivando assim, a alimentação saudável. Além disso, durante o lanche ocorreu uma roda de conversa em que todos as ACS expuseram o seu aprendizado sobre a temática do encontro, avaliando, dessa forma, o conhecimento adquirido com as informações repassadas.

RESULTADOS

Dos encontros observacionais do local, identificou-se que a UAPSF oferece um espaço com conforto limitado. Há ambientes apertados que são utilizados para diversas finalidades, além de inadequações devido ao espaço restrito e a necessidade de reformas no imóvel. Todavia, esses aspectos se contrastam com o esforço para o bom atendimento da população, que é o mais humanizado possível. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), as Equipes de Saúde da Família (ESF) devem dispor de instalações adequadas e de profissionais qualificados e em número suficiente. Além disso, a concepção arquitetônica das Unidades Básicas de Saúde deve se integrar ao entorno, conforme os valores da comunidade local, o acesso deve ser facilitado e a identificação das unidades deve ser clara.

A comunidade, por sua vez, é muito receptiva e descreve elogios, principalmente às ACS, que realizam visitas periódicas às residências. A população participa de atividades promovidas pela UAPSF, como, por exemplo, a atividade física na praça, realizada semanalmente por uma educadora física. Ressalta-se que boa parte dos participantes dessas atividades é composta por aposentados e donas de casa. As DCNT atingem indivíduos de todos os níveis socioeconômicos, tendo maior ocorrência entre aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2011).

No bairro em que está localizada a UAPSF, há alguns equipamentos sociais como creche, escola, igrejas e praças, que, algumas vezes, têm seus espaços destinados a eventos sobre práticas de vida saudáveis promovidos pelos profissionais de saúde. O planejamento do desenvolvimento político urbano foi imposto pela Constituição Federal de 1988, impelindo, juridicamente, ao Poder Público Municipal tal obrigação, a fim de garantir a qualidade de vida dos habitantes dos municípios (BRASIL, 1988).

A unidade de saúde, que existe há mais de uma década, possui demanda significativa de 5 mil pessoas. Nela, foram identificados muitos pacientes com DCNT, sendo 300 diabéticos e 700 hipertensos, segundo dados fornecidos pela própria unidade. Logo, observa-se a importância de se elaborar programas de intervenção que minimizem a incidência das DCNT na comunidade em questão. Em uma revisão

sistemática sobre programas de intervenção de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das DCNT em países desenvolvidos foram encontrados resultados positivos, como a redução dos principais fatores de risco de tais doenças nos locais abordados (SILVA; COTTA; ROSA, 2013)

Sobre a temática discutida no primeiro encontro, o grupo demonstrou ter conhecimento sobre quais doenças faziam parte do grupo de DCNT, no entanto, poucos participantes sabiam, por exemplo, como a obesidade poderia influenciar o surgimento de outras DCNT. Os principais fatores de risco citados foram: sedentarismo, alimentação inadequada e excesso do consumo de sal. Os participantes não tinham conhecimento de que o sono e o estresse estão relacionados com as DCNT e, diante disso, foram esclarecidos que a duração e a qualidade do sono vêm sendo considerados novos fatores de risco para obesidade. Dados científicos apontam hiperfagia, intolerância a glicose, aumento de peso e redução de massa magra em indivíduos com sono de curta duração (KNUTSON, 2010).

Já as aferições antropométricas foram positivas para alertarem os ACS quanto ao excesso de peso, visto como fator de risco para DCNT e, por isso, a importância do seu controle para reduzir a incidência da doença. Mesmo trabalhando em unidade de saúde com a presença de balanças, as ACS relataram que não possuíam o hábito de se pesarem. Nesse sentido, foi esclarecido também que os riscos de doença cardíaca, acidente vascular encefálico (AVE) e diabetes aumentam conforme o ganho de peso corporal (WHO, 2003) e que o Índice de Massa Corporal (IMC) elevado também aumenta os riscos de certos tipos de câncer (AMERICAN..., 2010).

As capacitações relacionadas à prevenção das DCNT obtiveram resultados satisfatórios, visto que foram possibilitados aos profissionais, a partir delas, atuar de forma mais consciente junto à comunidade. No processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o/a ACS é um profissional de grande importância, pois contribui para a integração da Atenção Primária à Saúde junto à comunidade. Por isso, a qualificação desses/dessas profissionais deve ser permanente, com informações atualizadas relacionadas aos temas mais frequentes do seu cotidiano (BRASIL, 2009).

Os lanches oferecidos ao final dos encontros propiciaram momentos

de integração entre agentes, acadêmicos e preceptores, auxiliando no desenvolvimento das atividades educativas teóricas devido a maior aproximação dessas equipes. Nesses momentos, as ACS puderam conhecer novos pratos e preparações que não estavam habituados, como os sucos mistos, pastas e patês. Entraram em contato também com alimentos antes conhecidos, porém, pouco consumidos, como as frutas. A frequência e quantidade adequada foram discutidas de acordo com as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2008). As agentes de saúde demonstraram interesse pelas novas receitas e relataram a necessidade de aumentar o consumo de frutas. Dessa forma, ao despertar a curiosidade das ACS para novas preparações culinárias, é possível aumentar a disseminação de tais informações no momento das visitas domiciliares, contribuindo para o cumprimento do trabalho delas quanto às orientações práticas à população sobre hábitos alimentares.

Durante os encontros houve, ainda, o esclarecimento de questões envolvendo o Centro Municipal de Atenção ao Diabético (CMAD) da cidade de Uberlândia, MG, responsável pelo atendimento a pacientes diabéticos Tipo 1 de todo o município, encaminhados pelas Unidades de Saúde. O Centro conta também com a presença de uma podóloga especializada em atendimento a diabéticos (Tipos 1 e 2), que identifica complicações como o pé diabético. Percebeu-se a necessidade desse treinamento perante o desconhecimento das agentes acerca da existência do CMAD. Dessa forma, elas poderiam aconselhar os pacientes a procurarem o local para realização de consultas gratuitas capazes de prevenir as complicações da doença e reduzir a mortalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados obtidos, pode-se concluir que a atividade desenvolvida pela equipe do PET-VS por meio de grupos operativos com as ACS alcançou resultados positivos, uma vez que as participantes relataram ter adquirido novos conhecimentos sobre as DCNT, como, por exemplo, a identificação de distúrbios do sono e de estresse como fatores de risco dessas doenças.

Dentre as temáticas abordadas, destacou-se o grande interesse pelas receitas práticas saudáveis. Espera-se que essas, além de outras

informações discutidas, possam ser repassadas para a comunidade a fim de despertar o interesse da população acerca de um estilo de vida mais saudável.

Observou-se por meio de diálogo aberto, que as ACS puderam vivenciar momentos de aprendizagem que serão de grande importância para sua atuação na comunidade. Verificou-se, também, a necessidade da condução de novos estudos para avaliar os efeitos de uma experiência como esta em longo prazo, sobre a incidência e a prevalência das DCNT nas áreas de abrangência das UAPSE.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos e dedicamos o trabalho a toda equipe do PET-VS (2013-2015): Luana Pádua Soares (Docente do curso de Nutrição e tutora do PET-VS, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia); Juliana Pena Porto (Docente do curso de Psicologia e Tutora do PET-VS, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia); Denize Dias Lopes (Nutricionista e Preceptora do PET-VS, Prefeitura Municipal de Uberlândia); Kariciele Cristina Corrêa (Enfermeira e Preceptora do PET-VS, Prefeitura Municipal de Uberlândia); Maria Conceição de Jesus Pedro (Assistente Social e Preceptora do PET-VS, Prefeitura Municipal de Uberlândia); Taynná Paranhos Costa Correia (Nutricionista e Preceptora do PET-VS, Prefeitura Municipal de Uberlândia); Ana Laura Franzão Ferreira (Graduação em Medicina, Universidade Federal de Uberlândia); Carolina Monteiro da Silva, Catarina Mendes Silva, Daiane Aparecida Nogueira, Jokasta Sousa Rocha, Marilu Nunes de Freitas, Thaís Rodrigues Velasco (Graduação em Nutrição, Universidade Federal de Uberlândia.); Lucas Alves Mendes (Graduação em Gestão em Saúde Ambiental, Universidade Federal de Uberlândia); Mariana Valéria Ferreira da Silva (Graduação em Medicina, Universidade Federal de Uberlândia).

REFERÊNCIAS

AMERICAN Institute for Cancer Research. **Policy and action for cancer prevention: food, nutrition and physical activity**, Washington,

v. 10, p. 24, 2010. Disponível em: <http://www.aicr.org/assets/docs/pdf/advocacypapers/WCRF_Policy_US_Summary_final.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2016.

ARAÚJO, J. S.; XAVIER, M. P. O conceito de saúde e os modelos de assistência: considerações e perspectivas em mudança. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 137-149, jan./jun. 2014. Disponível em: <<http://www4.fsnet.com.br/revista/>>. Acesso em: 13 nov. 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Portal do Departamento de Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família. **Agente Comunitário de Saúde**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php?conteudo=agente_comunitario_saude>. Acesso em: 13 nov. 2016.

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

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à**

saúde. 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para população brasileira**: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_2010.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2016.

CUFFEE, Y. et al. Psychosocial risk factors for hypertension: an update of the literature. **Current Hypertension Reports**, Birmingham, v. 16, n. 483, p. 1-11, Aug. 2014. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1007/s11906-014-0483-3>>. Acesso em: 17 nov. 2016.

GALLICCHIO, L.; KALESAN, B. Sleep duration and mortality: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Sleep Research**, Malden, v. 18, n. 2, p. 148-158, Jun. 2009. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2869.2008.00732.x>>. Acesso em: 17 nov. 2016.

KNUTSON, K. L. Sleep duration and cardiometabolic risk: a review of the epidemiologic evidence. **Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 24, n. 5, p. 731-743, Out. 2010. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1521690X10000680>>. Acesso em: 17 nov. 2016.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 599-608, out./dez. 2014. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000400002&lng=en&nrm=iso&tln g=en>. Acesso em: 17 nov. 2016.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **The milbank quarterly**, Malden,

v. 83, n. 4, p. 731-757, Dec. 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16279965>>. Acesso em: 17 nov. 2016.

PRATA, P. R. **Uneven development and the inequality of mortality in Brazil**. 1989. Dissertação (Mestrado) – Department of Public Health Medicine, Leeds University, Leeds, 1989.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, May 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561658>>. Acesso em: 17 nov. 2016.

SILVA, L. S. da; COTTA, R. M. M.; ROSA, C. de O. B. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 34, n. 5, p. 343–350, nov. 2013.

WHO. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. **Education for health**, Abingdon, v. 16, n. 2, p. 230, Jul. 2003.

WHO. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2016.

Submetido em 1º de outubro de 2016.

Aprovado em 26 de outubro de 2016.