

**Grupo de autocuidado apoiado para portadores de doenças crônicas na atenção primária à saúde: um relato de experiência****Supported self-care group for patients with chronic diseases in primary health care: an experience report**

DOI:10.34117/bjdv6n7-731

Recebimento dos originais: 20/06/2020

Aceitação para publicação: 27/07/2020

**Idaene Socorro da Silva**

Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pernambuco.

Instituição: Centro Acadêmico de Vitória/UFPE

Endereço: Rua Alto do Reservatório, s/n - Bela Vista, Vitória de Santo Antão - PE, Brasil

E-mail: idaennessilva@gmail.com

**Alexciane Priscila da Silva**

Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife – PE

E-mail: alexcia\_silva@hotmail.com

**Thayna Karoline Sousa Silva**

Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pernambuco.

Centro Acadêmico de Vitória/UFPE

Endereço: Rua Alto do Reservatório, s/n - Bela Vista, Vitória de Santo Antão - PE, Brasil

E-mail: thaynakarolines@hotmail.com

**Delton Manoel dos Santos Silva**

Mestre em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife – PE

E-mail: deltonmanoel@gmail.com

**Hannah Shiva Ludgero Farias**

Mestranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Manguinhos, Rio de Janeiro.

E-mail: hannahshiva@hotmail.com

**Cáio Dantas Ribeiro**

Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pernambuco.

Instituição: CAV/UFPE

Endereço: Rua Alto do Reservatório, s/n - Bela Vista, Vitória de Santo Antão - PE, Brasil

E-mail: caio.94@gmail.com

**Jéssica de Oliveira Campos**

Mestranda em Nutrição, Atividade Física e Plasticidade Fenotípica pela Universidade Federal de Pernambuco.

Instituição: Centro Acadêmico de Vitória/UFPE

Endereço: Rua Alto do Reservatório, s/n - Bela Vista, Vitória de Santo Antão - PE, Brasil  
E-mail: oliveira.joc714@gmail.com

**Camilla Peixoto Santos Rodrigues**

Mestranda em Nutrição, Atividade Física e Plasticidade Fenotípica pela Universidade Federal de Pernambuco.

Instituição: Centro Acadêmico de Vitória/UFPE

Endereço: Rua Alto do Reservatório, s/n - Bela Vista, Vitória de Santo Antão - PE, Brasil  
E-mail: camilla\_3500@hotmail.com

**Osvaldo Nascimento Pascoal**

Graduado em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas

Instituição: Universidade de Pernambuco

Endereço: Rua Sá e Souza, 624/302, Boa Viagem, Recife - PE, Brasil.  
E-mail: onpascoal@hotmail.com

**Jackson George Gomes dos Santos Araújo**

Especialista em Traumatologia Ortopedia pela Universidade Católica de Pernambuco e MBA em Gestão e Auditoria hospitalar

Instituição: Universidade Católica de Pernambuco

Endereço: Condomínio Portal del Sol s/n, Redenção - Vitória de Santo Antão.  
E-mail: jacksonjorge@hotmail.com

**Adriana Maria da Silva**

Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pernambuco.

Centro Acadêmico de Vitória/UFPE

Endereço: Rua Alto do Reservatório, s/n - Bela Vista, Vitória de Santo Antão - PE, Brasil  
E-mail: adrianasilva150291@hotmail.com

**RESUMO**

As doenças crônicas, como diabetes melitus e hipertensão arterial sistêmica adquiriram o papel central como causas de mortalidade e agravos de saúde da população nas últimas décadas no Brasil. O tratamento e a reabilitação dos pacientes acometidos por estas doenças configuram entre os altos custos do sistema de saúde. Nesse sentido, a prevenção e promoção à saúde na Atenção Primária à saúde tornam-se fundamentais, com destaque para a atuação da equipe multidisciplinar. Este artigo objetivou relatar a experiência de residentes de um programa de residência multiprofissional na implementação de um grupo de autocuidado apoiado na atenção primária à saúde. Trata-se de um relato da experiência desenvolvido no município da Vitória de Santo Antão/PE, no bairro do Maués no período de agosto a dezembro de 2018. A experiência resultou em 14 encontros presenciais realizados na UBS, com participação média de 20 comunitários, selecionados a partir de critérios de disponibilidade e histórico de controle ineficaz de uma dessas patologias ou ambas. Nos encontros valorizou-se a integralidade e interdisciplinaridade e foram utilizadas diversas estratégias como construção e manutenção de horta comunitária, educação nutricional e promoção da atividade física. A implementação do grupo trouxe impactos positivos para a população, tais como empoderamento de seu processo de saúde-doença e entendimento da importância do auto cuidado.

**Palavras-Chave:** Atenção Primária à Saúde; Doença crônica; Promoção da saúde; Educação em saúde.

**ABSTRACT**

Chronic diseases such as diabetes mellitus (DM) and systemic arterial hypertension (SAH), have acquired a central role as causes of mortality and health problems of the population in recent decades in Brazil. The treatment and rehabilitation of patients affected by these diseases are amongst the highest costs in the health system. In this sense, prevention and health promotion in Primary Health Care become essential, with emphasis on the performance of the multidisciplinary healthcare workers team. This article aimed to report the experience of residents of a multiprofessional residency program on the implementation of a self-care group supported by Primary Health Care. It is reported the experience developed in the municipality of Vitória de Santo Antão, state of Pernambuco (PE), in the district of Maués from August to December 2018. The experience resulted in 14 face-to-face meetings held at the Primary Health Care Unit facility, with an average participation of 20 community members, selected depending on individual availability and history of ineffective control of DM and/or SAH. In the meetings, integrality and interdisciplinarity were valued and several strategies were used, such as building and maintaining a community garden, nutritional education and promoting physical activity. The group's implementation brought positive impacts for the population, such as empowering their health-disease process and understanding the importance of self-care.

**Keywords:** Primary Health Care; Chronic disease; Health promotion; Health Education.

**1 INTRODUÇÃO**

No Brasil, a partir de meados do século XX, observou-se um processo de urbanização da sociedade brasileira com a passagem de um modelo de vida rural e tradicional para outro urbano e moderno. Essa transição também implicou em uma mudança de estilo de vida migrando de altas taxas de natalidade e mortalidade, para uma baixa significativa destes números (VANSCONCELOS, GOMES, 2012).

Ademais, as condições de vida de uma forma geral e a mudança do comportamento demográfico observado ao longo dos anos trouxeram maior longevidade à população. Destaca-se, que o processo de transição demográfica e o envelhecimento populacional, mantém estreita relação com o processo de transição epidemiológica. Nesse sentido, em um passado bem recente, as doenças infecto-parasitárias eram responsáveis por 26% do total de mortes dos brasileiros. Nas últimas décadas, porém, esse cenário vem alterando-se e essas doenças, atualmente, representam apenas 6,5% dos óbitos. Entretanto, as doenças crônico-degenerativas (como diabetes, hipertensão, demências), os cânceres (neoplasias) e as causas externas (mortes violentas) adquiriram o papel central de causas de mortalidade. O tratamento e a reabilitação dos pacientes acometidos por estas doenças configuram entre os altos custos do sistema de saúde (ALMEIDA, 2013).

Segundo o Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), procedido pelo IBGE (2009), em 2008, quase metade (48,9%) dos idosos sofria de mais de alguma doença crônica, especificamente na faixa a partir de 75 anos, o percentual atingia 54%, a hipertensão afeta metade destes idosos (ALMEIDA, 2013).

Neste cenário, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Melitus (DM) são graves problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. A prevalência da HAS no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (BRASIL, 2013). Quanto a DM apresenta uma prevalência de 6,2% (MALTA, *et al.*, 2015). Estima-se que o Brasil ocupe a 6ª posição com prevalência de DM de 11,3% em 2030. Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados a este incremento na carga de diabetes globalmente (BRASIL, 2014).

Além disso, associa-se a essas condições crônicas outros agravos, limitações e incapacidades como amputações de membros e quadros vasculares (AVE), entre outras, principalmente em pessoas idosas, que limitam sua mobilidade e restringem o contato social, já que, muitas vezes os agravos levam-nas ao estado de domiciliadas ou acamadas dependendo do estado de saúde (BRASIL, 2013)

Além disso, a HAS e DM representam a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde e são os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares (SILVA et al, 2015). Todavia, esses agravos são problemas de saúde considerados condições sensíveis à atenção primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na APS evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (BRASIL, 2014).

Na tentativa de diminuir essas hospitalizações, diversas estratégias e ações vêm sendo elaboradas e adotadas pelo Ministério da Saúde, como por exemplo, o Plano de Reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Este Plano lança mão de reuniões mensais com ações educativas, estímulo à realização de atividades físicas, consultas médicas agendadas e entrega de medicamentos. Mas cada município possui uma programação própria de atividades para os usuários hipertensos e diabéticos (SILVA et al, 2015).

Destaca-se que a ênfase do referido plano é na prevenção primária, na detecção precoce e na vinculação das pessoas à rede básica de saúde. Ademais, esse cuidado requer foco no cuidado integral e apoiado na lógica interdisciplinar.

Segundo Torres et al. (2008), a atuação da equipe multidisciplinar é uma prática necessária na prevenção e controle dessas doenças e de seus agravos, enfatizando a importância de um trabalho interdisciplinar para contato com novos conhecimentos. Com o trabalho interdisciplinar as características do atendimento passam a ser de forma cooperativa, participativa, com diálogo aberto e igualitário a fim de melhorar a qualidade da prática assistencial para a comunidade (TAVARES; MATOS; GONÇALVES, 2005).

Portanto, este estudo torna-se relevante por contribuir com o conhecimento acerca de possibilidades e estratégias de controle e autocuidado à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus na APS que envolvam os usuários e equipe multidisciplinar. Assim, o presente estudo tem como

objetivo relatar a experiência de residentes de um programa de residência multiprofissional na implementação de um grupo de autocuidado apoiado na atenção primária à saúde.

## **2 METODOLOGIA**

Este artigo trata-se do relato de uma experiência desenvolvida no bairro de maués localizado no município do Vitória de Santo Antão, na zona da mata sul de Pernambuco, entre os meses de agosto e dezembro de 2018. O projeto de intervenção na comunidade se deu como parte do processo de vivência dos residentes no Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização de Atenção a Saúde (PRMIAS), vinculado ao Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco (CAV/UFPE). Ressalta-se que a atuação dos residentes lotados neste programa se deu majoritariamente na APS, estiveram, portanto vinculados ao Núcleo de Atenção a Saúde da Família e Atenção básica (NASF-AB) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A escolha pela temática da intervenção, bem como, o percurso de planejamento, parcerias e execução partiram de uma fase preliminar e fundamental para o planejamento de ações e estratégias na APS, o diagnóstico situacional do território.

Este, por sua vez, é o resultado de um processo de coleta, tratamento e análise dos dados colhidos no local onde se deseja realizá-lo e oriundo da participação efetiva das pessoas que atuam neste espaço. O diagnóstico, nesse sentido, tem por objetivo a identificação dos grupos sociais de vida e o fluxo de práticas cotidianas e as diversas redes microgeográficas que dão suporte para se entender as condições de saúde e risco de uma determinada população, e a partir disso planejar e programar ações (MONKEN, BARCELLOS, 2005). Portanto, para a escolha da intervenção, construção do projeto e execução aspectos como a valorização do perfil epidemiológico e os determinantes e condicionantes de saúde discriminados no diagnóstico situacional foram considerados (RODRIGUES et al., 2019).

A partir do produto deste diagnóstico foi possível identificar que entre os habitantes do Bairro do Maués (cerca de 4.500 habitantes no total) haviam 595 hipertensos cadastrados e 450 acompanhados, bem como, 151 diabéticos acompanhados e 196 cadastrados (dados de julho de 2017 que foram observados nas fichas do e-SUS). Contudo, não havia na UBS um plano de cuidado claro e operativo para possibilitar a assistência a esse público.

Além disso, através da vivência no território, foi possível observar o grande quantitativo de pessoas acometidas por condições incapacitantes ou agravos de saúde em decorrência da dificuldade no controle dessas doenças. Por isto, a equipe de residentes, em conjunto com a equipe da UBS, decidiu atuar nesse processo de saúde-doença na comunidade através da criação de um grupo de autocuidado apoiado.

Ao todo, foram 14 encontros realizados na UBS do Maués, com participação média de 20 comunitários, selecionados pela equipe de saúde da família e convidados por suas respectivas agentes comunitárias de saúde (ACS). Essa seleção tinha como critérios a disponibilidade do(a) comunitário(a) e histórico de controle ineficaz de uma dessas patologias ou ambas. Em sua maioria, o grupo foi composto por mulheres entre os 30 a 70 anos. O grupo caracterizou-se por ser aberto, de periodicidade semanal, com coordenação multiprofissional (enfermeira, fonoaudióloga, nutricionista, profissional de educação física, psicóloga e sanitarista), temáticas diversas relacionadas com o controle das doenças crônicas e, com variadas metodologias, como será explanado nos resultados e discussão.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **3.1 PLANEJAMENTO, PARCERIAS E DESENVOLVIMENTO DO PROJETO**

Para o desenvolvimento da intervenção destaca-se como fator relevante e facilitador o vínculo entre a equipe da UBS e os residentes, particularmente com as ACS, construído previamente ainda na fase de diagnóstico situacional e elaboração da intervenção. Bem como, o vínculo das ACS com o território, visto que foram essas profissionais que executaram a estratégia para a sensibilização da comunidade e seleção dos participantes. A produção de cuidado em sua integralidade requer o agenciamento da dimensão intersubjetiva e horizontal das relações, o “fazer com o outro” no qual o vínculo é protagonista. Ademais, reafirma-se que o acúmulo de conhecimento sobre o território e de experiência do ACS, assim como, os laços da convivência social mantidos com as pessoas do território facilitam as ações de saúde (PINTO et al., 2017).

A escolha por um grupo de autocuidado apoiado surgiu com base nas contribuições de Mendes (2012), segundo o qual, o grupo de autocuidado apoiado objetiva preparar e empoderar os usuários para auto gerenciarem sua saúde.

Para tal, é importante destacarmos as seguintes premissas da formação dessa estratégia que são: 1) ênfase no papel central dos usuários no gerenciamento de sua própria saúde; 2) inclusão do uso de estratégias diversas que incluam, por exemplo, avaliação do estado de saúde, elaboração dos planos de cuidado e, monitoramento das ações; 3) organização dos recursos de saúde e da comunidade para prover o apoio as ações; 4) reconhecimento do papel central dos usuários, desenvolvimento da autorresponsabilização sanitária e; 5) enfoque na cooperação entre equipe e usuários (gestão colaborativa do cuidado) (MENDES, 2012).

Diante desse contexto, foi imprescindível o emprego de estratégias de cuidado que priorizassem a integralidade das ações. Essa integralidade, por sua vez, não esteve desvinculada de uma rede de atenção fortalecendo os mais diversos dispositivos da saúde e do território, assim como



o emprego de estratégias variadas que contemplaram as diferentes situações, quadros de saúde e singularidades dos sujeitos assistidos.

Norteados pela integralidade, interdisciplinaridade e a oferta variada de estratégias que pudessem contemplar todos os indivíduos participantes, o projeto foi elaborado seguindo alguns eixos ou fases de execução que foram denominadas como: Implementação, Conhecer para intervir, Horta comunitária, Mudança nos hábitos, Promoção da atividade física e Avaliação coletiva. Destaca-se que, estas fases não ocorreram necessariamente de maneira linear, sendo aqui discriminadas nessa sequência, apenas por escolha didática.

A primeira fase, a qual denominamos de *Implementação*, resumiu-se a busca por parceiros que pudessem auxiliar o grupo de residentes com materiais e insumos para a implantação do plano operativo. Neste caso, os materiais foram tanto mudas e insumos para a construção da horta, doados por empresa desse seguimento, como material de papelaria disponibilizado pelo CAV/UFPE, com os quais demos início as atividades. Com a continuidade do grupo, foram se somando as doações materiais recicláveis e reaproveitáveis ofertados pelos próprios participantes e comunidade.

O eixo *Conhecer para intervir* foi idealizado para os primeiros encontros com os participantes, nos quais foi possível apresentar a proposta do projeto, fazer pactuações como dia da semana e horário, além de entender quais os hábitos e a rotina dos participantes a fim de traçarmos coletivamente um plano de cuidado e as intervenções coletivas e individuais.

Já a *Horta comunitária* foi pensada como estratégia transversal, alicerçada no destaque que vem tendo as práticas inovadoras implantadas no SUS, desenvolvidas por órgãos públicos para o fornecimento das plantas através de farmácias públicas de manipulação de fitoterápicos (COSTA et al., 2015).

Além disso, autores referem impactos positivos na saúde mental dos participantes desta atividade, principalmente “pelo contato com a terra, em espaços participativos e de construção coletiva, os quais propiciam discussões sobre autocuidado, alimentação saudável e o desestímulo ao uso excessivo de medicamentos” (Costa et al., 2015, p. 3102).

Nesse sentido, a horta veio a contribuir com: a conscientização do grupo sobre a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis; ampliação do conhecimento sobre plantas e ervas medicinais e/ou aromáticas; o estímulo ao trabalho coletivo e divisão de tarefas do grupo, além de aumentar o vínculo e identificação entre os membros; e necessidade de responsabilização dos participantes no cumprimento da tarefa, já que a horta demandava cuidados diários pelos comunitários, fazendo assim, alusão as metas firmadas no início do grupo, de autorresponsabilização e autocuidado, necessárias ao controle das doenças crônicas.

Vale ressaltar que os cuidados com a horta foram coletivos e perduraram durante toda a intervenção, tendo tempo reservado ao final de cada encontro para que os membros pudessem cuidar deste espaço coletivo, além da eleição de duplas para os cuidados diários nos demais dias da semana.

Sobre a *Mudança nos hábitos*, este eixo foi dedicado à educação em saúde, no qual foram empregadas diversas oficinas e atividades que visavam facilitar a compreensão dos participantes a respeito da HAS e DM, promover a reeducação alimentar e, o entendimento sobre a influência de questões emocionais e ambientais como barreiras ou aliados no controle das doenças crônicas.

Estudo recente (HOOD et al., 2020) discute a relação entre as doenças crônicas e os hábitos de vida destacando que apesar das falhas na prevenção primária, mais da metade dos indivíduos do estudo diagnosticados com alguma dessas doenças conseguiram manter uma prevenção secundária por meio de informações sobre mudança de hábitos nutricionais e de atividades físicas.

Com isso, buscou-se desenvolver, principalmente com a educação nutricional, uma ferramenta importante no trabalho de prevenção e promoção a saúde (FRANCA, CARVALHO, 2017). Com o entendimento de que a adoção de uma alimentação saudável e uma nutrição mais eficaz tornam-se partes essenciais das condições de saúde dos usuários do SUS, intervindo principalmente no processo de saúde e doença (RIGON, SCHMIDT, BOGUS, 2016).

Para a execução dessas atividades foi desenvolvido um amplo leque de técnicas e ferramentas, como construção de cartazes, oficina para produção de sal de ervas com os produtos da horta, dramatizações e outras.

Outro eixo fundamental foi a *Promoção da atividade física*, que no decorrer da proposta tornou-se também prioritária ao visar à prevenção de agravos através da promoção à saúde. Tendo em vista que, em estudos recentes (FERREIRA, DIETRICH, PEDRO, 2015; CARVALHO, NOGUEIRA, 2016; CAMBOIM et. al, 2017) foi observado uma grande influência da atividade física sobre a qualidade de vida e saúde de participantes de Programas de Atividade Física, atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família.

Nesse sentido, os participantes deram início à prática de exercícios, respeitando as limitações e necessidades de cada membro, e foram estimulados e apresentados ao grupo de atividade física já existente na UBS e desenvolvido pelo profissional de educação física do NASF-AB.

Por fim, destaca-se a importância da *Avaliação coletiva* realizada em dois momentos ao longo da intervenção. A primeira realizada no sétimo encontro, ou seja, no meio do processo grupal, com os participantes, na qual se avaliou a adequação das atividades desenvolvidas, o desempenho dos coordenadores das atividades e, os impactos parciais da intervenção no cotidiano dos participantes (metas alcançadas, dificuldades e mudança de estratégias). A avaliação final, realizada no último encontro, estruturou-se de maneira semelhante, contudo os profissionais da UBS e NASF-AB



também avaliaram, estes últimos, inclusive, apresentaram participação ativa ao longo do desenvolvimento da intervenção.

Entre os pontos levantados nas avaliações, usuários e equipe, apontaram a que a frequência semanal dos encontros influenciou positivamente na adesão dos participantes. Além disso, destacaram as atividades como dinâmicas e interessantes e aprovaram a condução das mesmas pelos facilitadores. Como aspecto negativo, trouxeram a curta duração da intervenção e verbalizaram o desejo de continuidade do grupo.

Observaram-se ao longo do desenvolvimento dessa experiência impactos positivos para os participantes, como o empoderamento do processo de saúde-doença e o conhecimento de estratégias para o autocuidado e sua importância. Também foram potencializados espaços de compartilhamento de experiências e apoio mútuo. Ademais, essa experiência colaborou positivamente para formação profissional e de sujeito social dos residentes.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A presente experiência de intervenção teve como proposta a criação de um grupo de autocuidado apoiado - modelo de atenção às condições crônicas - fundamentado na corresponsabilização e autonomia do usuário para a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos, por meio do uso de diversas metodologias e estratégias centradas nas demandas e necessidades apresentadas pelos participantes ao longo do desenvolvimento do projeto.

Considera-se que o desenvolvimento das atividades em espaço físico já existente permitiu a realização de todas as ações e facilitou o planejamento e execução das atividades. Além disso, questões do próprio território potencializaram o desenvolvimento satisfatório da experiência, como o histórico de boa adesão dos comunitários a práticas coletivas. Ademais, reafirma-se a potência de uma clínica centrada nos sujeitos que dialogue com a realidade dos territórios existenciais.

Sugere-se o fomento de projetos interdisciplinares e de co-gestão como este para fortalecimento de vínculos entre a comunidade e a equipe de saúde da família que atua no território, sendo assim, possível intervir nos processos de saúde-doença, particularmente de condições crônicas, que permeiam o território, as singularidades e coletividades.

**REFERÊNCIAS**

- ALMEIDA, Nemésio Dario. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde – SUS. *Rev. Psicol. Saúde* vol.5 no.1 Campo Grande jun. 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2013000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000100002). Acesso em: 06 jun. 2018.
- BRASIL. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno 35: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. P. 162, Brasília. 2014.
- CAMBOIM, Francisca Elidivânia de Farias. Benefícios da atividade física para a qualidade de vida e citar os benefícios da atividade física para a qualidade de vida na terceira idade. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11,n.24, p. 15-22, jun., 2017.
- CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de; NOGUEIRA, Júlia Aparecida Devidé. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 6, p. 1829-1838, Jun, 2016.
- COSTA, Christiane Gasparini Araújo et al . Hortas comunitárias como atividade promotora de saúde: uma experiência em Unidades Básicas de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 10, p. 3099-3110, 2015.
- FERREIRA, Joel Saraiva; DIETRICH, Sandra Helena Correia; PEDRO, Danielly Amado. Influência da prática de atividade física sobre a qualidade de vida de usuários do SUS. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 106, p. 792-801, Sept. 2015 .
- FRANCA, Camila de Jesus; CARVALHO, Vivian Carla Honorato dos Santos de. Estratégias de educação alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 41, n. 114, p. 932-948, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000300932&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000300932&lng=en&nrm=iso). Acesso: 10 Jun. 2020.
- HOOD, Camila Furtado et al. Hábitos de vida e sua relação com doenças crônicas não transmissíveis na população adulta atendida em unidades de estratégia saúde da família em Pelotas, RS. **Brazilian Journal Of Development**, [s.l.], v. 6, n. 6, p. 34995-35001, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/11247>. Acesso: 19 Jul 2020.
- MALTA, Deborah Carvalho et al . A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 18, supl. 2, p. 3-16, dez. 2015 . Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2015000600003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000600003&lng=pt&nrm=iso). Acesso 13 jul. 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 512 p. 2012.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000300024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300024&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 Jun 2020.

PINTO, Antonio Germane Alves et al . Vínculos subjetivos do agente comunitário de saúde no território da estratégia saúde da família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, p. 789-802, Dec. 2017 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462017000300789&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000300789&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 13 Jul 2020.

RIGON, Silvia do Amaral; SCHMIDT, Suely Teresinha; BOGUS, Cláudia Maria. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 32, n.3, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000300709&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000300709&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 Jun 2020.

RODRIGUES, Rosiane Pinheiro et al. Planejamento Estratégico Situacional e Produção do Cuidado a partir da Integração Ensino, Serviço e Comunidade: um relato de experiência. **Brazilian Journal Of Development**, [s.l.], v. 5, n. 11, p. 24672-24680, 2019. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/4546>. Acesso: 19 jul 2020.

SILVA, Juliana Veiga Mottim et al. Avaliação do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na visão dos usuários. **Rev Bras Enferm.** 2015;68(4):626-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/0034-7167-reben-68-04-0626.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2018.

TAVARES, Celina Maria Araújo; MATOS, Eliane; GONÇALVES, Leônora. Grupo multiprofissional de atendimento ao diabético: uma perspectiva de atenção interdisciplinar à saúde. **Texto contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 2, jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a08v14n2.pdf>. Acesso: 06 jun. 2018.