

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA
EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

Michelle Frainer Knoll

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E INTERVENÇÕES PARA O
ENFRENTAMENTO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE MUNICÍPIOS
DA REGIÃO CENTRAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**Santa Maria, RS, Brasil.
2017**

Michelle Frainer Knoll

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E INTERVENÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO DAS
CONDIÇÕES CRÔNICAS DE MUNICÍPIOS DA REGIÃO CENTRAL DO RIO
GRANDE DO SUL**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Vigilância em Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Especialista em Sistema Público de Saúde**

Aprovada em 24 de março de 2017.

**Elenir Fedosse, Dr^a (UFSM)
(Presidente/Orientadora)**

Gizele Scotti do Canto, Dr^a (UFSM)

Liliane Simon Ferigolo, Esp. (4^a CRS)

Mirna Dorneles Moreira, Me. (4^a CRS, Suplente)

Santa Maria, RS, 24 de março de 2017.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E INTERVENÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE MUNICÍPIOS DA REGIÃO CENTRAL DO RIO GRANDE DO SUL

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE AND INTERVENTIONS FOR FACING THE CHRONIC CONDITIONS OF COUNTIES OF THE CENTRAL REGION OF RIO GRANDE DO SUL

Michelle Frainer Knoll¹, Elenir Fedosse².

RESUMO

Condições crônicas de saúde são as principais causas de óbitos no mundo, atingindo principalmente populações mais vulneráveis. O objetivo deste estudo foi caracterizar a população acometida por condições crônicas em municípios de baixa densidade demográfica, pertencentes à região Entre Rios (Jari, Mata e Nova Esperança do Sul) abrangidos pela 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), quanto à faixa etária, sexo, raça e morbidade (esta indicada pelo CID-10), assim como propor ações que auxiliem no combate dessas condições de saúde. A pesquisa foi realizada entre novembro e dezembro de 2016 e ocorreu em três etapas: i) levantamento de informações no DATASUS – série histórica de 2011-2015; ii) tratamento e análise dos dados e iii) elaboração de ações pontuais pertinentes às condições crônicas. Cada município apresentou sua particularidade quanto às condições crônicas, mas foram encontradas coincidências de internações hospitalares que persistiram no período pesquisado, tais como: homens adultos e brancos apresentaram doenças dos aparelhos respiratório, circulatório e digestório. As ações sugeridas foram: territorialização, cadastro populacional, implantação do acolhimento, consultas de enfermagem, consultas programadas e de demanda espontânea, utilização de diretrizes e protocolos clínicos pelas equipes de saúde, estratificação de riscos para identificar os diferentes graus de risco/vulnerabilidade dos usuários, fortalecimento de ações de promoção e de prevenção da saúde com realização de atividades coletivas e em grupos, realização regular de visitas domiciliares e gestão de caso para os mais complexos. Além disso, é necessário educação permanente para os profissionais da Estratégia Saúde da Família, incluindo a noção de planejamento estratégico situacional (conceito e método indispensável para o enfrentamento das condições crônicas), entre outros processos de formação profissional em serviço.

Descritores: Doença Crônica; Educação Continuada; Planejamento Estratégico; Promoção da Saúde; Atenção Primária à Saúde.

¹ Fonoaudióloga, autora: Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão no Sistema Público de Saúde - UFSM.

² Fonoaudióloga, orientadora: Doutora em Linguística - UNICAMP, Tutora de Campo do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão no Sistema Público de Saúde – UFSM.

ABSTRACT

Chronic health conditions are the leading causes of death in the world, reaching mainly vulnerable populations. The objective of this study was to characterize the population affected by chronic conditions in counties of low demographic densities, belonging to the Entre Rios region (Jari, Mata and Nova Esperança do Sul) covered by the 4th Regional Health Coordination (CRS), in terms of age, sex, race and morbidity (as indicated by ICD-10), as well as propose actions that help combat these health conditions. The research was conducted between november and december 2016 and occurred in three stages: i) collection of information in DATASUS - historical series of 2011-2015; li) treatment and analysis of data and iii) elaboration of specific actions pertinent to the chronic conditions. Each county presented its peculiarity as to the chronic conditions, but coincidences of hospitalizations were found that persisted in the studied period, such as: adult and white men presented diseases of the respiratory, circulatory and digestive systems. The suggested actions are: territorialization, population register, implantation of the embracement, nursing consultations, scheduled consultations and spontaneous demand, use of guidelines and clinical protocols by the health teams, risk stratification to identify the different degrees of risk / vulnerability of users, strengthening health promotion and prevention actions with achievement collective activities and in groups, regular domiciliary visits and case management for the most complex. Besides that, is necessary permanent education for Family Health Strategy professionals, including the concept of situational strategic planning (concept and method indispensable for coping with chronic conditions), among other in-service professional training processes.

Keywords: Chronic Disease; Education Continuing; Strategic Planning; Health Promotion; Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DM	Diabetes Mellitus
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
APS	Atenção Primária à Saúde
AB	Atenção Básica
MS	Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
SES	Secretaria Estadual de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
ICSAB	Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
RS	Rio Grande do Sul
EPS	Educação Permanente em Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

SUMÁRIO

Introdução.....	7
Metodologia.....	9
Resultados.....	10
Discussão.....	13
Considerações finais	19
Referências.....	19

INTRODUÇÃO

Atualmente as condições crônicas de saúde são as principais causas de óbitos no mundo, atingindo principalmente as populações mais vulneráveis. Dentre essas condições, mais ou menos persistentes (tempo de duração superior a três meses), destacam-se a diabetes *mellitus* (DM), os cânceres, a hanseníase, as infecções por HIV/AIDS, as condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção ao parto, às puérperas e aos recém-natos), os distúrbios mentais de longo prazo e outras doenças metabólicas (BRASIL, 2011; MENDES, 2011).

Estudos revelaram que as condições crônicas de saúde impactam negativamente na qualidade de vida das pessoas e nos sistemas de saúde. O de Sala e Mendes (2010), por exemplo, mostrou que a maioria dos homens no Estado de São Paulo vão a óbito por doenças do aparelho circulatório seguido de neoplasias e causas externas. Pode-se citar ainda o estudo “*Tendência de mortalidade de idosos por doenças crônicas no município de Marília-SP, Brasil: 1998 a 2000 e 2005 a 2007*” de Carvalho e colaboradores (2014) que revelou declínio de mortalidade por doenças cardiovasculares e neoplasias e aumento por doenças respiratórias. Devido a situações como as acima indicadas, foi elaborado e publicado no *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022*, que visa desenvolver e implementar, no período de 10 anos, políticas públicas, efetivas e integradas, baseadas no perfil epidemiológico existente no país, visando maior prevenção e controle dessas condições (BRASIL, 2011).

Sabe-se que, nos últimos anos, houve um decréscimo das condições crônicas, principalmente pela melhoria e expansão da Atenção Básica (AB) – termo utilizado nos documentos do Ministério da Saúde (MS) - por isso, adotado neste artigo – ou Atenção Primária à Saúde (APS) – termo comumente usado em outros países. No entanto, por evoluírem ao longo da vida, as condições crônicas necessitam de manejo proativo, contínuo e integrado pelos sistemas de atenção à saúde, pelos profissionais de saúde e pelos usuários (MENDES, 2015).

Segundo o *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT*, é necessário desenvolver e implementar, no período de 10 anos, políticas públicas,

efetivas e integradas, baseadas no perfil epidemiológico existente no país, visando maior prevenção e controle dessas condições (BRASIL, 2011). Por isso, o manejo das condições crônicas de saúde deve ocorrer na AB, primeiro nível de atenção e, supostamente, o primeiro contato das pessoas com o Sistema Único de Saúde - SUS (MENDES, 2011; BRASIL, 2015). A AB configura-se como o espaço onde deve ser resolvida a maioria dos problemas de saúde por meio de atividades de baixa densidade tecnológica (MERHY, 2002).

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), os princípios norteadores da AB são: universalidade, equidade, integralidade da atenção, continuidade do cuidado, vínculo, acessibilidade, humanização, responsabilização e participação social. É imprescindível que a AB seja acolhedora, tratando o usuário na sua singularidade, enquanto desenvolve ações de saúde individuais e coletivas, de promoção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2012).

A AB também tem o papel de coordenar o cuidado do usuário na Rede de Atenção à Saúde (RAS) - esta definida como um arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado ao usuário. A RAS tem como objetivo principal prestar atenção integral, de qualidade e resolutiva e que atenda às reais necessidades da população, tendo em vista a atual situação epidemiológica e demográfica do País, com a predominância das condições crônicas e resultados insuficientes quando tratadas pelo sistema, ainda fragmentado e hegemônico, no setor público do SUS (BRASIL, 2010; 2015; MENDES, 2015). Para que a RAS cumpra seu papel, é imprescindível que a AB esteja organizada, coordenando o cuidado e o fluxo do usuário na rede.

Note-se que, a gestão da saúde é complexa; os governos federal, estadual e municipal precisam planejar os serviços de saúde adequadamente e de forma integrada. Segundo Merhy (1995), o planejamento configura-se uma tecnologia a serviço da macro ou microgestão, proporcionando maior otimização dos sistemas, dos serviços e das ações de saúde, à medida que gera melhor aproveitamento do tempo e dos recursos disponíveis. Nesse sentido, os planos municipais de saúde (periodicidade de quatro anos) consistem na principal ferramenta de planejamento que norteia a gestão pública do SUS. Por essa razão, os planos devem ser elaborados conforme as necessidades de saúde da população existente em

determinada região e a organização dos serviços, observando-se as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS (BRASIL, 2015). Tal como os planos municipais, os diferentes serviços/equipes de saúde, que compõem a RAS de um determinado município, devem elaborar e desenvolver planos de ação para melhorar a qualidade de suas intervenções.

Todo e qualquer planejamento exige a escolha de um método que seja que seja adequado para o modelo de saúde e de gestão adotados (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Um dos métodos existentes é o Planejamento Estratégico-Situacional, que possibilita que os sujeitos percebam e compreendam o impacto do seu trabalho na realização de estratégias visando à melhoria da qualidade do processo de trabalho (SILVA et al., 2009).

O Planejamento Estratégico-Situacional pode reorientar as práticas de atenção à saúde através da análise da situação de saúde da população em território específico. Essa análise situacional consiste em identificar, descrever, priorizar e explicar os problemas de saúde encontrados em determinada população (TEIXEIRA; VILASBÔAS; JESUS, 2010).

Estariam os profissionais da saúde da AB/APS desenvolvendo suas ações assentados na noção de planejamento estratégico-situacional e, conseqüentemente, atuando de forma eficaz sobre as condições crônicas de saúde?

Considerando as questões acima, o objetivo deste estudo foi caracterizar a população que necessitou de internação hospitalar por apresentar condições crônicas de saúde, em municípios de baixa densidade demográfica, pertencentes à região Entre Rios (Jari, Mata e Nova Esperança do Sul) abrangidos pela 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), bem como propor ações pontuais relativas ao enfrentamento das condições crônicas de cada realidade focalizada.

METODOLOGIA

Este trabalho faz parte de uma pesquisa documental e descritiva intitulada “Planejamento estratégico sobre as condições crônicas e seus enfrentamentos em municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sob o número CAAE: 61021516.6.00005346.

A pesquisa foi realizada entre novembro e dezembro de 2016 e dividida em

três etapas: 1) levantamento de informações; 2) tratamento e análise dos dados e 3) elaboração de ações pertinentes às condições crônicas. A primeira etapa foi realizada através da coleta de informações na base de dados *on-line* no Departamento de Informática do SUS (DATASUS) – série histórica de 2011-2015 - procurando apreender o estado das condições crônicas dos municípios abaixo identificados, no intervalo dos primeiros cinco anos da proposição do *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022* (BRASIL, 2011). Foram coletados os registros de internações hospitalares no setor público do SUS, do interior do Rio Grande do Sul, dos municípios de Jari (população aproximada de 3.511, com expectativa de vida de 75,14 anos), Mata (população aproximada de 4.762, com expectativa de vida de 73,39 anos) e Nova Esperança do Sul (população aproximada de 4.835, com expectativa de vida de 75,89 anos³), uma vez que tais municípios não aderiram ao projeto de Planificação da APS desenvolvido pela 4ª CRS, promovido pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

Ressalta-se que foram escolhidos os dados de internação hospitalar devido ao fato de que os estudos encontrados (brevemente apresentados na seção anterior deste trabalho) referem índices de mortalidade por condições crônicas e, sabe-se que as internações hospitalares são dispendiosas, podendo resultar em mortalidade ou morbidades, situações que impactam negativamente no orçamento da Saúde. Realizou-se, neste estudo, a coleta das seguintes informações: faixa etária (adultos de 20 a 59 anos e idosos de 60 anos ou mais); sexo (masculino e feminino); raça (branca, preta, parda, amarela e indígena); e morbidade, segundo a Classificação Internacional de Doenças - CID-10. Foi realizada a série histórica de 2011 a 2015 dos referidos municípios, considerando os cinco primeiros anos do *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022* (BRASIL, 2011).

Na segunda etapa da pesquisa, os dados foram categorizados em tabelas e analisados descritivamente. Assim, foram descritas as três condições crônicas que mais resultaram em internação hospitalar nos municípios selecionados, aqui

³ As informações referentes à população e à expectativa de vida dos três municípios foram extraídas da Fundação de Economia e Estatística (FEE). Disponível em: <<http://www.fee.rs.gov.br/perfil-socioeconomico/municipios/>>. Acesso em: 10 out. 2016.

apresentadas discursivamente na seção Resultados.

Na terceira etapa, ocorrida em dezembro de 2016, estava previsto assessoramento aos secretários de saúde e coordenadores da AB/APS dos referidos municípios. Entretanto, essa etapa de intervenção não ocorreu integralmente, pois os secretários municipais de saúde e os coordenadores da APS não compareceram à oficina marcada para a discussão dos planos de intervenções e, desta forma, a elaboração do plano foi realizada pelas autoras deste trabalho, baseadas nas estratégias propostas pelo MS, considerando apenas os dados levantados no DATASUS.

RESULTADOS

Os resultados evidenciaram que, no município de Jari, as três condições crônicas mais recorrentes em indivíduos adultos do sexo masculino e raça branca foram as “doenças” dos aparelhos digestório (30 casos), respiratório (19) e circulatório (15). Já nos idosos, foram encontradas doenças dos aparelhos circulatório (39), respiratório (19) e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (15).

Não houve registro de internação de adultos de raça preta, mas ocorreram internações de idosos por doenças dos aparelhos circulatório (1), respiratório (1) e genitourinário (1). Quanto à raça amarela, ocorreu internação de um sujeito adulto com doenças do aparelho circulatório e não houve ocorrência em idosos. Também não se evidenciaram registros de internações das raças pardas e indígenas em ambas as faixas etárias.

Ainda, no município de Jari, foram registradas internações de mulheres adultas brancas por doenças dos aparelhos respiratório (36) e genitourinário (31). Já em idosas, as internações hospitalares apresentadas foram por doenças dos aparelhos circulatório (50) e respiratório (44) e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (17).

No caso de mulheres adultas da raça preta, houve registros por doenças dos aparelhos digestório (1) e genitourinário (1). Também ocorreu uma internação por algumas doenças infecciosas e parasitárias em idosa da raça preta. Em mulheres adultas da raça parda, constam registros por doenças dos aparelhos digestório (1) e genitourinário (1). Ainda nas raças amarela e indígena, em ambas as faixas etárias,

não se evidenciaram internações hospitalares.

O município de Mata apresentou internações de homens adultos e de raça branca por doenças dos aparelhos circulatório (33), respiratório (42) e digestório (25). Também os idosos foram internados por doenças dos aparelhos circulatório (89) e respiratório (43), além de doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (53).

Nos adultos da raça preta, foram registradas doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (2), dos aparelhos respiratório (2) e digestório (2). Nos idosos desta raça, houve registro de doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (1), dos aparelhos circulatório (1) e genitourinário (1).

Não foi registrada internação hospitalar no período em indivíduos amarelos adultos. Já no caso de idoso da raça amarela, ocorreram doenças do aparelho genitourinário (2). Em adultos pardos foram evidenciados registros de algumas doenças infecciosas e parasitárias (2), doenças dos aparelhos respiratório (1), digestório (1) e genitourinário (1).

No caso de mulheres adultas da raça branca, houve predomínio de doenças dos aparelhos respiratório (53) e digestório (27). Em idosas brancas, apareceram as doenças dos aparelhos circulatório (92), endócrinas, nutricionais e metabólicas (70) e doenças do aparelho respiratório (55).

Mulheres adultas de raça preta foram internadas por doenças dos aparelhos circulatório (2), digestório (2) e genitourinário (1). As idosas desta raça apresentaram doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (3).

Quanto às raças amarela e indígena, em ambas as faixas etárias, não se evidenciaram internações hospitalares no período. Nas adultas de cor parda, ocorreram doenças dos aparelhos respiratório (1) e digestivo (3). Houve uma internação de idosa parda com doenças do aparelho respiratório.

Nova Esperança do Sul apresentou registros de internações hospitalares de adultos do sexo masculino da raça branca por doenças do aparelho circulatório (19), do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (18) e do aparelho respiratório (10). Já nos idosos, encontraram-se doenças do aparelho circulatório (47), respiratório (27) e digestório (10).

Houve uma internação de usuário adulto masculino de raça amarela por doenças do aparelho digestório. Não houve registro de idoso da raça amarela no período.

Em adultos pardos ocorreram internações por doenças do sistema

osteomuscular e tecido conjuntivo (1) e fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde (1). Já no idoso pardo não se evidenciou registro de internações, assim como, adultos e idosos indígenas.

Em mulheres da raça branca houve internações por neoplasias (31) e doenças do aparelho genitourinário (15). Já nas idosas brancas, ocorreram doenças dos aparelhos circulatório (54), respiratório (34) e genitourinário (19).

O registro encontrado na faixa etária adulta da raça preta foi lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas (2). Na faixa idosa dessa raça foi encontrada doenças do aparelho digestório (1).

Na faixa adulta da raça amarela, houve uma internação por doenças do aparelho respiratório (1) e não ocorreu registro de internação na faixa idosa dessa raça.

DISCUSSÃO

As condições crônicas prevalentes encontradas nas internações hospitalares foram coincidentes nos três municípios: homens adultos e brancos apresentaram doenças dos aparelhos respiratório, circulatório e digestório. Tal situação epidemiológica pode ser explicada pelo modelo dos determinantes da saúde (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1992) que inclui, além da herança genética, idade e sexo, fatores que interferem na condição de saúde do sujeito como condições socioeconômicas, estilo de vida entre outros (BRASIL, 2014).

Dados de 2010 apontam que, em Jari, 90,3% da população empregada com 18 anos ou mais possuíam rendimento de até dois salários mínimos e a população pobre correspondia a 26,54%. Em Mata, 85,14% da população empregada com 18 anos ou mais possuíam rendimento de até dois salários mínimos e a população pobre correspondia a 16,67%. Já, em Nova Esperança do Sul, 80,83% da população empregada com 18 anos ou mais possuíam rendimento de até dois salários mínimos e a população pobre correspondia a 3,20% (ATLAS BRASIL, 2017). Note-se que a renda dos moradores dos três municípios é baixa e a condição de pobreza varia nesses municípios, sendo pequeno o percentual de pobreza em Nova Esperança do Sul, assim como foi menor o número de internações por condições crônicas de saúde.

Condições socioeconômicas e estilo de vida caminham muito proximamente.

Estudos como Ferro e colaboradores (2008) e Zart e colaboradores (2010) relacionam baixo poder aquisitivo e pouco cuidado com a saúde, o que revela, por exemplo, o estudo de Dias e colaboradores (2014) relacionado ao uso de tabaco, que reafirmou o que já se sabe: sujeitos fumantes são mais propensos a apresentar algumas condições crônicas como enfisema e fibrose pulmonar e outras doenças do aparelho respiratório.

As condições crônicas de saúde, conforme dito anteriormente, podem ser evitadas quando se tem uma AB eficiente. Na tentativa de se alcançar tal condição tem-se, no Brasil, o indicador dados de 2015, o indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB), capaz de identificar os problemas de saúde que precisam de melhores manejos e organização (BRASIL, 2013; ALFRADIQUE ET AL., 2009). Dados de 2015, referentes à proporção de ICSAB de Jari revelaram índice de 27,78%; o de Mata correspondia a 41,49% e o de Nova Esperança do Sul, 29,71%. Tais dados mostram percentuais acima do atingido pelo estado do Rio Grande do Sul no mesmo ano, que foi de 27,03% (ATENÇÃO BÁSICA DO RS, 2017). Sabe-se que 80% dos problemas de saúde da população deveriam ser resolvidos na AB (ALFRADIQUE ET AL., 2009).

Portanto, da quantidade de internações hospitalares constatadas, pode-se inferir uma carência na promoção da saúde realizada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), assim como em outros municípios do Brasil, que mostram resultados incipientes em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas (MEDINA et al, 2014).

Convém destacar que em Jari, a cobertura da atenção básica é de 100% e a ESF é de 97%; enquanto que em Mata tem-se 89,27% de AB com equipes de ESF (apesar de ter sido descredenciada pelo MS, em 2016, por não enviar dados ao Sistema de Informação em Saúde) e, em Nova Esperança do Sul, a cobertura de AB com ESF é de 100% (DAB, 2017). Note-se que a cobertura de AB é grande nesses municípios, no entanto, não se está conseguindo produzir a autonomia dos usuários, a troca de saberes e a construção de novas formas de se fazer saúde (IGLESIAS; DALBELLO-ARAUJO, 2011) - resultados possíveis de serem obtidos quando se adota a perspectiva da promoção da saúde. A propósito, promover saúde engloba o conceito ampliado de saúde (coletivo, político, econômico e social) e age sobre condicionantes e determinantes sociais da saúde, melhorando a qualidade de vida do usuário, à medida que o concebe como o sujeito com condições de tomar

decisão sobre sua qualidade de vida (BUSS, 2000).

A respeito da baixa internação observada nas raças parda, preta, amarela e indígena não necessariamente significa que essas populações não apresentem problemas de saúde, mas pode indicar uma dificuldade relacionada à declaração de informações importantes (consequência da não observância dos profissionais de saúde e também dos usuários sobre a relevância de prestar e obter informações fidedignas a sua etnia). Além disso, pode-se explicar o baixo número pelos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, na qual a população residente do Rio Grande do Sul (RS) consistia em 5,5% preta, 0,3% amarela, 10,57% parda e 0,3% indígena (IBGE, 2017).

Finalizando a discussão relacionada ao município Jari, destaca-se que, nos últimos anos, persistiram registros de internações por doenças dos aparelhos respiratório, digestório e genitourinário em ambos os sexos da raça branca. Estes dados conferem, em parte, com os achados do estudo de Santos e colaboradores (2013). Tais autores analisaram, através de internações entre 2009 e 2012, a morbidade e a mortalidade de usuários de um plano privado de saúde de Belo Horizonte-MG, e constataram que a principal causa de internação entre mulheres foi doenças do aparelho genitourinário e nos homens, doenças do aparelho digestório.

No município de Mata, entre 2011 a 2015, idosos de ambos os sexos da raça branca sofreram internações por doenças do aparelho circulatório, assim como encontrado por Castro e colaboradores (2013) que pesquisaram internações hospitalares de idosos, de 2008 a 2011, pelo DATASUS. Também no estudo de Carvalho e colaboradores (2014), as principais causas de óbitos em idosos, de ambos os sexos, de um município do interior do estado de São Paulo, utilizando base de dados de 1998-2000 e 2005-2007, foram doenças do aparelho circulatório (39,25%).

Diferentemente dos outros dois municípios, Nova Esperança do Sul apresentou persistência de internações de mulheres adultas brancas por neoplasias ao longo dos cinco anos pesquisados. Sala e Mendes (2010) evidenciaram que as principais causas de mortalidade no Estado de São Paulo para mulheres, em 2009, foram doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório.

Sabe-se que muitos agricultores estão expostos aos agrotóxicos e, Nova Esperança do Sul apresenta 24,77% de sua população produtiva (faixa etária de 18

anos ou mais) trabalhando no setor agropecuário (IBGE, 2010; ATLAS BRASIL, 2017). Gregolis, Pinto e Peres (2012) estudaram a percepção de pequenos produtores rurais, de um município do Acre, sobre os riscos do uso desses componentes químicos, através de aplicação de um questionário. A maioria das mulheres questionadas não identificava o perigo e a gravidade dos problemas de saúde que poderiam surgir pelo manejo de agrotóxico. Já os homens negaram os riscos (segundo os autores, uma possível estratégia utilizada para continuarem trabalhando).

Além da agricultura, existem indústrias de transformação coureiro-calçadista no município de Nova Esperança do Sul, que emprega 41,34% da população na faixa etária de 18 anos ou mais. No processo de curtimento, é utilizado sal de cromo que sendo descartado continuamente contamina solos, rios e os próprios trabalhadores. O cromo no solo sofre oxidação e se transforma em uma substância altamente tóxica e cancerígena (NUNES; LUIZ, 2006; PEREIRA; LIMA, 2007; FERREIRA, 2011).

Também se constatou em Nova Esperança do Sul a persistência de internações de homens adultos brancos, por doenças endócrinas nutricionais e metabólicas. Malta e colaboradores (2014), pesquisando a prevalência de diabetes melito autorreferido em adultos, nas capitais brasileiras, de 2006 a 2012, constatou que houve aumento de 5,7% para 7,4% da incidência dessa condição crônica. Nos homens, a incidência aumentou de 4,8% para 6,5%.

Pelos resultados apresentados neste estudo, pode-se dizer que o estabelecimento da RAS, provavelmente, encontra-se deficitário nos três municípios pesquisados. Conforme estudos, RAS bem estruturadas, ou seja, a organização dos serviços em redes de atenção, mostraram melhores resultados na saúde como, por exemplo, menos internações e melhor utilização dos recursos disponíveis (MENDES, 2011; OPAS, 2010). Por isso, no Brasil, desde 2006, propõe-se que as condições crônicas sejam abordadas, eficiente e eficazmente, por meio do fortalecimento da RAS (BRASIL, 2006).

Os dados deste estudo também sugerem que é necessário incrementar Educação Permanente em Saúde (EPS) para os profissionais de saúde dos municípios através de capacitações, levando em consideração as características locais para ampliar o conhecimento, qualificar e modificar o processo de trabalho (SARRETA, 2009). EPS configura-se como um processo de aprendizado

significativo, de modo que os trabalhadores envolvidos possam discutir experiências vivenciadas por eles, possibilitando a construção coletiva de estratégias que realmente produzam as mudanças na forma de agir das equipes de saúde (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) consiste em processos educativos para formar e qualificar os profissionais do SUS através da reflexão das práticas realizadas e considerando as necessidades das equipes (BRASIL, 2007; FIGUEIREDO ET AL., 2014). Ceccim e Feuerwerker (2004) afirmam que a educação em serviço possibilita a articulação da gestão, da atenção, do ensino e do controle social, na qual a equipe de saúde se torna empoderada para enfrentar os problemas do cotidiano. Além disso, é preciso que as equipes da AB também empoderem o usuário: estimulando o autocuidado apoiado, estabelecendo prioridades e plano de cuidado em conjunto com o usuário e seus familiares, para que seja co-responsável pela sua saúde (BRASIL, 2014).

Segundo Mitton et al. (2007), uma estratégia eficaz para promover mudanças no cotidiano dos serviços é possibilitar trocas de conhecimentos entre equipes de diferentes municípios. Assim ocorre um intercâmbio de práticas e podem surgir novos processos de trabalho, adaptados à realidade de cada município (esta foi uma das estratégias na Planificação da APS que envolveu 17 municípios da 4ª CRS). No entanto, cada município, também deve desenvolver estratégias locais para promover a educação permanente. Nesse aspecto, é preciso identificar, dentre os profissionais de saúde dos municípios, líderes e facilitadores que se insiram no processo de EPS a fim de auxiliar na construção dessa ação (ZEPEDA, 2016).

Concomitante à educação permanente promovida pelas Coordenadorias Regionais, para que ocorram mudanças nas condições de saúde dos municípios aqui estudados, sugere-se que os gestores realizem um Planejamento Estratégico Situacional, identificando os principais problemas de saúde dessas populações para pôr em prática estratégias que efetivamente tragam melhores resultados de saúde para a população, promovendo otimização dos recursos disponíveis. Esse tipo de planejamento consiste em selecionar e analisar os problemas relevantes, construir plano de intervenção, analisar se as ações são viáveis, colocá-las em prática e monitorá-las rotineiramente (através dos indicadores pré-definidos), corrigindo os problemas que surgirem e redefinindo as ações, se necessário (BRASIL, 2015; UFMA, 2016). Destaca-se que o monitoramento é a ferramenta que permite ao

gestor verificar se a intervenção trouxe o resultado esperado, e a avaliação norteia as práticas de saúde e a tomada de decisão da gestão (CRUZ, 2011).

Pelo exposto acima, condições crônicas de saúde e pouca participação dos gestores de saúde dos municípios estudados, propõe-se, aqui, um plano de ação, baseado nas estratégias propostas pelo MS: 1) territorialização; 2) cadastro populacional; 3) implantação do acolhimento da demanda espontânea e programada (consultas previamente agendadas) - realizado por diferentes profissionais das unidades de saúde; 4) realização de atividades coletivas/ atendimentos em grupos voltados à educação em saúde, fortalecendo a promoção da saúde e a prevenção de agravos; 5) implementação das consultas de enfermagem; 6) utilização de diretrizes e protocolos clínicos pelas equipes de saúde (por exemplo, os Cadernos da Atenção Básica e a estratificação de riscos para identificar os diferentes graus de risco/vulnerabilidade dos usuários); 7) fortalecimento das visitas domiciliares, garantindo o cuidado integral do usuário em condição crônica de saúde. Nos casos mais delicados/complexos de cuidados, a longo prazo, é necessário 8) realizar a gestão de caso, que consiste em um profissional da equipe ser o responsável pela coordenação do cuidado juntamente com o usuário e família (BRASIL, 2014).

Outra ação também importante é a 9) implementação da educação permanente para qualificação das equipes no manejo das condições crônicas com metodologia adequada à realidade local (BRASIL, 2011). A noção de planejamento estratégico situacional deve ser incluída nesse processo, pois é um método indispensável no enfrentamento das condições crônicas, tanto no nível municipal (plano municipal de saúde), quanto no local (unidade de saúde). Assim, cada município e cada equipe de saúde, pode analisar a situação de saúde com a qual se depara cotidianamente e propor objetivos específicos (particulares de sua unidade de saúde) para solucionar os problemas encontrados.

Ressalta-se que é imprescindível que as equipes de saúde consigam identificar quais são os problemas, descrevê-los (explicação de como eles se apresentam), analisá-los segundo os determinantes e condicionantes da saúde e, a partir disso, estabelecer ações e metas (a curto, médio e longo prazo) e monitorar o desenvolvimento das mesmas. Isso significa dizer que, no caso das equipes de saúde, pode-se nas reuniões semanais, planejar a atenção, adotando 1) um momento exploratório (coletas); 2) um momento descritivo (construção do cenário); 3) um momento explicativo (análise dos dados); 4) um momento propositivo e 5)

momentos avaliativos (TEIXEIRA, 1995).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos três municípios, constatou-se que persistiram internações hospitalares de homens adultos e brancos por doenças dos aparelhos respiratório, circulatório e digestório no período de 2011 a 2015. Considerou-se aqui, como prováveis explicações, os fatores que interferem na condição de saúde dos sujeitos como condições socioeconômicas, estilo de vida, entre outros e que ainda não estão sendo devidamente abordados pelas equipes da AB/APS.

É imprescindível conhecer a análise situacional do município para que o plano de saúde municipal elenque realmente as ações e serviços de saúde necessários para que haja uma intervenção efetiva, promovendo a melhora da saúde da população. No caso deste estudo, sugerem-se ações que podem ser adotadas em cada equipe de saúde, tomando a noção de Planejamento Estratégico Situacional/Planejamento e Programação Situacional, para realizar as ações sugeridas pelas políticas e diretrizes da saúde. Portanto, a autonomia e o protagonismo das equipes de saúde podem ser alcançados pela educação permanente para os profissionais das ESFs, incluindo-se a noção de planejamento estratégico situacional (conceito e método indispensável para o enfrentamento das condições crônicas), foco deste estudo, assim como no enfrentamento de outros, problemas e elaboração de outros processos.

Além disso, deve-se lembrar da importância de os populares e os profissionais de saúde darem adequadamente e registrarem todas as informações sobre cor, por exemplo, para que sejam gerados dados epidemiológicos mais fidedignos e que possibilitem a proposição e implementação das políticas públicas mais efetivas.

Em Nova Esperança do Sul, aponta-se um trabalho mais intenso na saúde do trabalhador, considerando que 41,34% da população ativa trabalha no setor calçadista, e um estudo de vigilância ambiental sobre os impactos dos produtos químicos do curtume no meio ambiente.

Por fim, é necessário um estudo das internações do indicador ICSAB para os três municípios, identificando cada patologia e relações com a atenção básica e rede de serviços ofertados para promoção e prevenção da saúde. Também considerando

a cobertura de 100% ESF, aponta-se a necessidade de implantar equipes multiprofissionais (que incluam assistentes sociais, educadores físicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, entre outros) para o desenvolvimento de ações voltadas à adoção de autocuidado apoiado e hábitos saudáveis, por exemplo, práticas de atividade física, de lazer, de leitura e outras manifestações culturais e, sobretudo, adequações quanto à alimentação.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M. E. et al. Interações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun 2009.

ATENÇÃO BÁSICA DO RIO GRANDE DO SUL. 2017. Disponível em: <<http://atencaobasica.saude.rs.gov.br/inicial>>. Acesso em: 01/04/2017.

ATLAS BRASIL. ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. 2017. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>>. Acesso em: 15/02/2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015. 133 p.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 136 p. (Série Articulação Interfederativa, v. 4)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Caderno de Diretrizes, objetivos, metas e indicadores – 2013/2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 157 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde)

_____. 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. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 31 dez.2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 28/02/2017.

_____. Portaria nº 1.196, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 98, seção 1, p. 34, col. 2, 22 ago. 2007.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasil: CONASS, 2006. 164 p.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciêns Saúde Colet.**, v. 1, n. 5, p. 163-77, 2000.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114 p.

CARVALHO, M.H.R.; CARVALHO, S. M.R.; LAURENTI, R.; PAYÃO, S.L.M. Tendência de mortalidade de idosos por doenças crônicas no município de Marília-SP, Brasil: 1998 a 2000 e 2005 a 2007. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 347-354, abr-jun 2014.

CASTRO, V.C.; BORGHI, A.C.; MARIANO, P.P.; ET AL. Perfil de internações hospitalares de idosos no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Rev RENE**, v.14, n. 4, p. 791-800, 2013.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CRUZ, M.M.; REIS, A.C. Monitoramento e avaliação como uma das funções gestoras do Sistema Único de Saúde. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. (Org.) **Qualificação de gestores do SUS.** 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011. 480 p.

DAB. DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA. 2017. Disponível em: <<http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>>. Acesso em: 20/02/2017.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote equity in health.** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1992.

DIAS, O.M.; ET AL. Combinação de fibrose pulmonar e enfisema: uma doença cada vez mais reconhecida. **J Bras Pneumol.**, v. 40, n. 3, p. 304-312, 2014.

FERREIRA, E.L. PELES-COURO-MODA – A MATANÇA DE ANIMAIS E O CROMO. Etno Botânica, 2011. Disponível em: <<http://www.etno-botanica.com/2011/02/peles-couro-moda-matanca-de-animais-e-o.html>>. Acesso em: 01/03/2017.

FERRO, T.M.; PAIXÃO, G.P.N.; COSTA, I.M.; ET AL. Principais fatores de risco para doenças cardiovasculares em populações de baixo poder aquisitivo no município de Juazeiro, Bahia. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 1, n. 2, p. 133-136, maio/ago, 2008.

FIGUEIREDO, R.C.; CELESTINO, K.A.A.; MORAES, C.R.F.; FIGUEIREDO, I.I.S. Desafios e perspectivas na educação permanente em saúde desenvolvida na atenção primária: uma revisão bibliográfica. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.7, n.4, Pub.8, Out. 2014.

GREGOLIS, T.B.L.; PINTO, W.J.; PERES, F. Percepção de riscos do uso de agrotóxicos por trabalhadores da agricultura familiar do município de Rio Branco, **AC. Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 37; n. 125, p. 99-113, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_opulacao/caracteristicas_da_populacao_tab_uf_zip_ods.shtm>. Acesso em: 01/03/2017.

IGLESIAS, A.; DALBELLO-ARAUJO, M. As concepções de promoção da saúde e suas implicações. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 291-8, 2011.

MALTA, D.C.; ET AL. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 23, n. 4, p. 599-608, outubro 2014.

MEDINA, M.G.; AQUINO, R.; VILASBÔAS, A.L.Q.; ET AL. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 69-82, out 2014.

MENDES, E.V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan Americana da saúde, 2011.

MERHY, E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002. (Saúde em Debate, 145).

_____. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em saúde no Brasil. In. GALLO, E. (Org.). **Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco 1995. p. 117-148.

MITTON, C. et al. Knowledge transfer and exchange: review and synthesis of the literature. **Milbank Q**, v. 85, n. 4, p. 729–68, 2007, dec 1.

NUNES, L. P. M.; LUIZ, J. G. Caracterização geolétrica de área de curtume localizada no distrito industrial de Icoaraci, Belém - Pará. **Revista Brasileira de Geofísica**, v. 24, n. 4, p. 467-481, 2006.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas**. Washington: OPAS, 2010. (La renovación de la atención primaria de salud en las Américas, n. 4).

PEREIRA, P. A.; LIMA, O. A. L. Estrutura elétrica da contaminação hídrica provocada por fluídos provenientes dos depósitos de lixo urbano e de um curtume no município de Alagoinhas, Bahia. **Revista Brasileira de Geofísica**, v. 25; n. 1, p. 5-19, 2007.

SALA, A.; MENDES, J.D.V. Perfil da mortalidade masculina no Estado de São Paulo. **Bepa**, v. 7, n. 82, p.15-25, 2010.

SANTOS, V.R.; MAIA, C.S.; DINIZ, C.G.; ET AL. Morbimortalidade de usuários de um plano privado de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **R. ENFERM. CENT. O. MINEIRO**, v. 3, n. 3, p. 788-796, set/dez 2013.

SARRETA, F.O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora UNESP, 2009, 248 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 18/08/2016.

SILVA, J.A; JUNIOR, F.T.; ESTEVES, F.O.; ET AL. Planejamento, pessoas, processos e informações. Cap. XII. In: **O choque de gestão na saúde em Minas Gerais** / MARQUES, A. J. S. et al. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009. 324 p.

TEIXEIRA, CF; VILASBÔAS, A.L.Q; JESUS, W.L.A. Proposta metodológica para o planejamento no sistema único de saúde. In: FONTES, C. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador, EDUFBA, 2010. 161 p. Cap. 2.

TEIXEIRA, CF. Planejamento e programação situacional em distritos sanitários: metodologia e organização. In: MENDES, EV. **Distrito Sanitário – O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 237-265

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UMA-SUS/UFMA. **Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS**/Ana Emilia Figueiredo de Oliveira; Regimarina Soares Reis (Org.). São Luís, 2016. 35f. (Guia de Gestão Pública em Saúde, Unidade XIII).

ZART, V.B.; AERTS, D.; ROSA, C.; ET AL. Cuidados alimentares e fatores associados em Canoas, RS, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.19, n. 2, p.143-154, abr-jun 2010.

ZEPEDA, J. **Comentários sobre o texto “contribuições ao debate sobre a revisão da Política Nacional de Educação Permanente”, de Emerson Merhy e Luciano Gomes.** In: GOMES, L.B.; MIRCELI, Barbosa, G.; FERLA, A.A (Org.). A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. 272 p.