

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**WELTON RODRIGUES FERREIRA**

**PROPOSTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE JOSÉ NILTON DE MEDEIROS NO MUNICÍPIO DE SANTA  
VITÓRIA – MINAS GERAIS**

**UBERABA – MINAS GERAIS**

**2018**

**WELTON RODRIGUES FERREIRA**

**PROPOSTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE JOSÉ NILTON DE MEDEIROS NO MUNICÍPIO DE SANTA  
VITÓRIA – MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de  
Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade  
Federal de Alfenas, para obtenção do Certificado de  
Especialista

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

**UBERABA – MINAS GERAIS**

**2018**

**WELTON RODRIGUES FERREIRA**

**PROPOSTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE JOSÉ NILTON DE MEDEIROS NO MUNICÍPIO DE SANTA  
VITÓRIA – MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 21/03/2018

## RESUMO

Educação em saúde se refere às atividades voltadas para a intervenção no processo saúde-doença através do aprendizado e ensino, partindo-se da concepção de que o indivíduo, sua história e cenário social em que vive são fundamentais. O desenvolvimento deste trabalho foi realizado no município de Santa Vitória, estado de Minas Gerais, e tem como objetivo realizar um projeto de intervenção relativo à importância da estruturação de grupos operativos a partir de práticas de educação em saúde trabalhadas na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde José Nilton de Medeiros. Para subsidiar o projeto de intervenção foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. A elaboração do projeto de intervenção seguiu os passos do planejamento estratégico situacional e foram priorizados os pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e asma. Essas doenças são passíveis de intervenção pelas ações de uma equipe multiprofissional. Espera-se, portanto, uma boa adesão às atividades de educação em saúde e como consequência a redução dos encaminhamentos e a incorporação de hábitos saudáveis de vida.

**Descritores:** Educação em saúde. Autocuidado. Promoção da Saúde.

## **ABSTRACT**

Health education refers to activities aimed at intervention in the health-disease process through learning and teaching, starting from the conception that the individual, his history and the social scene in which he lives are fundamental. The development of this work was realized in the city of Santa Vitória, state of Minas Gerais, and aims to accomplish an intervention project regarding the importance of the structuring of operating groups based on health education practices worked in the area covered by the Basic Unit of Health José Nilton de Medeiros. In order to subsidize the intervention project, a bibliographical research was made in the databases of the Virtual Health Library. The intervention project was followed by the steps of the strategic situation planning and prioritized patients with systemic arterial hypertension, diabetes mellitus and asthma. These diseases are amenable to intervention by the actions of a multiprofessional team. Therefore, health education activities are expected to be well adhered to, and as a consequence, reduction of referrals and incorporation of healthy habits of life.

**Descriptors:** Health education. Self-care. Health promotion.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>13</b>
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>14</b>
3.1 Geral	14
3.2 Específicos	14
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>15</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>17</b>
5.1 Educação em Saúde e Autocuidado	17
5.2 Importância dos Grupos Operativos	19
<b>6 PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>22</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>25</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>26</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Breve descrição sobre o município de Santa Vitória

O município de Santa Vitória situa-se no estado de Minas Gerais, localizado na região do Triângulo Mineiro, sudoeste do estado. Trata-se de um município que além da sede, possui dois distritos: Chaveslândia e Perdilândia. Suas principais atividades econômicas são pecuária, agricultura de soja e a indústria sucroalcooleira. Com uma população estimada em 18.138 habitantes (IBGE, 2010), predominantemente jovens e adultos, de acordo o censo de 2010, apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1** – População do município de Santa Vitória por sexo e faixa etária, Vitória – MG, 2016.

Faixa Etária	Feminino	Masculino	TOTAL
< 1 -19 anos	2502	682	5184
20-39 anos	2787	3079	5866
40-59 anos	2268	2287	4555
60-79 anos	1019	1179	2198
80 anos e mais	154	181	335
Total	8730	9408	18138

**Fonte:** Elaborada pelo autor de acordo com dados do IBGE – Censo 2010.

### 1.2 O sistema municipal de saúde de Santa Vitória

O município possui seis equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que atendem a população, sendo que cada equipe está alocada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Para atendimentos de média complexidade, os pacientes são encaminhados ao Hospital Municipal da cidade ou a um hospital privado que faz uma cota de atendimentos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Os procedimentos de alta complexidade se utilizam de ferramentas da regulação de exames e de leitos estadual para atendimentos em Ituiutaba ou Uberlândia a depender da disponibilidade. Além disso, para atendimentos de pacientes oncológicos há uma grande demanda canalizada para o município de Barretos – SP, inclusive com envio regularmente de pacientes para tratamentos e exames.

### **1.3 A unidade Básica de Saúde**

Especificamente sobre o cenário do trabalho, a Unidade Básica de Saúde José Nilton de Medeiros localiza-se no Bairro Centro e possui uma área de abrangência composta pelos bairros: Centro, Jardim Tropical e Pacaembu. A população adscrita é de 2.689 usuários.

A equipe de saúde José Nilton de Medeiros conta com oito agentes comunitários de saúde, uma enfermeira, um médico, uma assistente social, uma técnica de enfermagem e conta também com a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composta por uma nutricionista, um psicólogo e um profissional de educação física. Assim, essa rede de saúde cobre 90% da população local.

De maneira geral, a área adscrita possui saneamento básico, ruas asfaltadas e iluminadas, além da coleta regular de lixo. Ressalta-se que nesta área estão localizadas igrejas católicas e evangélicas, praças, escolas (ensinos fundamental, infantil e médio) e considerável quantidade de pontos comerciais da cidade.

Nossa equipe realiza procedimentos de coleta de material colpocitológico, realizado pela enfermeira responsável, aferição de pressão arterial, administração de medicamentos, substituição de curativos, cuidados continuados com pacientes diabéticos, além das reuniões com discussões sobre temas multivariados acerca do estilo de vida saudável.

O horário de funcionamento se estende de 07:30 às 11:30 e 13h às 17h, de segunda a sexta-feira. As técnicas de enfermagem realizam atendimento domiciliar de administração de medicamentos e curativos aos finais de semana e feriados.

### **1.4 Estimativa Rápida (primeiro passo)**

Para identificar os problemas existentes no território da Unidade Básica de Saúde José Nilton de Medeiros foi utilizada a estimativa rápida, que é um método para realizar o diagnóstico de saúde de uma determinada área por meio da obtenção de informações sobre um conjunto de problemas existentes no território e ainda identificar os recursos para o enfrentamento desses problemas. A estimativa rápida



constitui o primeiro passo do processo do planejamento estratégico situacional simplificado conforme Campos, Faria e Santos (2010).

A estimativa permitiu identificar os problemas mais relevantes existentes no território da unidade, a saber:

- Pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) descompensados clinicamente apesar do uso frequente dos serviços na UBS;
- Baixa adesão a medidas não farmacológicas no tratamento de doenças crônicas, como HAS, DM e Asma.

### **1.5 Priorização do problema (segundo passo)**

A priorização do problema ocorreu a partir do momento que a equipe se debruçou sobre os casos descompensados, primeiramente. Em seguida, elaborou-se um plano para conscientização sobre a adesão aos tratamentos propostos. Através das reuniões com a equipe foi estabelecido que os principais problemas de saúde dos usuários, que são passíveis de descontrole clínico e, portanto, necessitados de maior atenção e cuidado, são: Hipertensão Arterial, Diabetes e Asma. Abaixo são descritas algumas conceituações e caracterizações sobre cada uma dessas complicações.

#### **1.5.1 Diabetes Mellitus**

O Diabetes Mellitus (DM) é uma complicação metabólica advinda de um defeito na secreção ou na ação da insulina que envolve a destruição de células beta do pâncreas, responsáveis por produzirem insulina. Assim, o organismo é levado a construir uma resistência à insulina com persistente falha na secreção da mesma. Tal doença é caracterizada por altas taxas de açúcar no sangue e está ligada a muitas complicações em outras partes do corpo, como nos olhos, rins, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2006).

Algumas das complicações são, principalmente, as doenças renais, doenças coronarianas, amputações (membros inferiores) e cegueiras. Quando não há um controle clínico da doença por meio de um tratamento adequado, controle glicêmico

e adoção de hábitos saudáveis, o indivíduo portador fica exposto ao desenvolvimento de doenças crônicas, tem sua qualidade de vida reduzida, ocorrendo também incapacidade laborativa e até mesmo possível morte precoce (FARIA, 2008).

Existem quatro diferentes classificações para essa doença: DM tipo 1, DM tipo 2, DM gestacional e a Diabetes decorrente de defeitos genéticos. O tipo 1 é mais prevalente entre indivíduos com idade até 14 anos e é caracterizada por deficiência absoluta da insulina, devido a destruição completa das células beta do pâncreas. Nesses indivíduos deve ser administrada a insulina a fim de prevenir cetoacidose, coma e morte. O tipo 2 é mais prevalente em indivíduos com idade superior a 40 anos e é caracterizada por uma deficiência e resistência à insulina, estando também ligada à quadros como obesidade, dislipidemia e hipertensão (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

Frente a essa situação, é necessário que a equipe multiprofissional trabalhe no sentido de desenvolver ações estratégicas para que os portadores da patologia sigam corretamente toda a terapêutica proposta. É importante também que haja o estabelecimento de uma boa relação entre profissional da saúde e paciente a fim de que haja construção de vínculo com confiança, para que os pacientes possam ser atendidos de forma ampla, com troca de informações e experiências. É necessário que haja conscientização da população, estímulo a hábitos saudáveis e prevenção dessa patologia por meio das práticas educativas (RODRIGUES; SOARES; BOOG, 2005).

#### 1.5.2 Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial (HA) é caracterizada pela elevada pressão arterial sanguínea. Por definição a HA é constituída quando a pressão do sangue nas paredes arteriais na fase de contração cardíaca (sistólica) é igual ou maior que 140 mmHg e na fase de relaxamento (diastólica) é igual ou superior a 90 mmHg (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2010).

Sabe-se que a HAS é uma das doenças mais prevalente no mundo hoje e é também a principal causa de morte por acidente vascular cerebral. Além disso, é fator de risco para algumas doenças, como renais e cardiovasculares. Como é uma doença

silenciosa, o diagnóstico muitas vezes é tardio, o que possibilita inúmeras complicações, como lesões em órgãos como rins, retina, cérebro e coração, e assim, provoca queda da qualidade de vida por geralmente causar dependência física dos indivíduos (BRASIL, 2011).

Os fatores de risco para a hipertensão são principalmente tabagismo, DM, obesidade, hipercolesterolemia, alcoolismo, e lesão em órgão alvo. Sabe-se que indivíduos de etnia negra e do sexo masculino são os mais atingidos (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2010).

Outros fatores de risco importantes de se considerar são; ingestão excessiva de sódio, predisposição genética, principalmente quando se tem parentes de primeiro grau portadores de doenças cardiovasculares (DCV), e sedentarismo. Esses fatores indicam maior possibilidade de desenvolver DCV e de maior mortalidade por essas doenças (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Basicamente, é necessário que o diagnóstico seja precoce para que tantas complicações da HAS sejam prevenidas primariamente. Assim, o cuidado deve ser estimulado como prioridade entre os profissionais da saúde, e o autocuidado na população, em geral (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Sobretudo, o objetivo principal do tratamento da HAS é manter a pressão arterial (PA) dentro dos níveis de normalidade para se evitar complicações e mortalidade por doenças associadas. É de suma importância que o paciente adote um estilo de vida saudável, com prática frequente de atividades físicas e ingestão de uma dieta balanceada. Além dos hábitos saudáveis, é possível que seja necessária associação de terapia medicamentosa em muitos casos. Assim, os pacientes devem ser estimulados a seguirem corretamente tal terapia, mesmo após controle da PA, a fim de que o tratamento seja eficaz (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2010).

Diante disso, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) propõe que na atenção básica o profissional de saúde deve atuar no cuidado amplo e integral de forma a estabelecer estratégias importantes contra a HAS por meio de ações educativas e do estímulo ao autocuidado e à adesão ao tratamento.

O acompanhamento dos pacientes usuários do serviço básico deve ser amplo e integral, envolvido tanto por consultas quanto por visitas domiciliares. O tratamento

proposto deve então ser capaz de proteger a saúde de usuário e preveni-lo de complicações, promovendo sempre qualidade de vida e bem-estar (OLIVEIRA et al., 2013).

### 1.5.3 A asma

A asma é uma doença crônica inflamatória das vias aéreas que é caracterizada pela obstrução brônquica generalizada, variável, que pode ser parcialmente reversível de forma espontânea ou por intervenção de fármacos. A gravidade do quadro se dá pelo grau de inflamação e de broncoespasmos, e patologicamente, a asma está associada a mecanismos moleculares e celulares da inflamação das vias aéreas, medidas por reações de antígeno-anticorpo (TODO-BOM; PINTO, 2006).

Os quadros mais graves da doença estão associados a diferentes estímulos que incluem exposição à alérgenos, infecções e poluentes. O grau de exposição a poluentes, a exposição a temperaturas extremas, o estresse físico e psíquico, a idade e a existência de comorbidades são fatores importantes no prognóstico da doença (TODO-BOM; PINTO, 2006).

Essa patologia exige um tratamento prolongado e controlado, assim, a adesão ao tratamento é fundamental para que o paciente tenha melhor qualidade de vida (CHATKIN *et al.*, 2006).

## 2 JUSTIFICATIVA

A educação em saúde é um trabalho coletivo pautado no diálogo e na interação com os participantes, sendo uma atividade de mão dupla em que aquele que ensina também aprende, pois há trocas de saberes (CARNEIRO et al., 2012).

O trabalho em grupo é importante, pois otimiza o tempo e diminui as consultas individuais de forma que promove uma participação ativa dos usuários do serviço em saúde e maior interação da equipe de profissionais. São inúmeras as vantagens de atuar com grupos, como a facilidade de construir um conhecimento coletivo, ampliar o ensino em saúde, levar a reflexão sobre a realidade dos usuários e ainda possibilitar que cada um expresse suas necessidades e expectativas (MIRANDA; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2008).

Contudo, esse trabalho só é possível com a atuação de toda equipe, o envolvimento de cada profissional no ampliar dos conhecimentos e oferta do melhor cuidado ao paciente/usuário.

Desta forma, através de discussões com a equipe, concluiu-se que um dos principais fatores que levam os usuários portadores de HAS e DM ao descontrole clínico frequente, que eleva a procura da UBS nos atendimentos passíveis de prevenção devido à influência de fatores sazonais e baixa adesão a medidas não farmacológicas no tratamento de doenças crônicas, são a falta de informação e o pouco entendimento do paciente sobre sua condição de saúde.

Diante disso, propõem-se uma intervenção baseada no desenvolvimento de atividades educativas em grupos, esperando-se assim reduzir a frequência de casos dos problemas elencados.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Realizar uma proposta de intervenção para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde, para os usuários portadores de condições sensíveis a fatores sazonais e à baixa adesão a medidas não farmacológicas, especialmente HAS, DM e Asma, na área de abrangência da UBS José Nilton de Medeiros visando à redução da frequência de casos de descontrole clínico.

#### **3.2 Específicos**

Estruturar grupos operativos de educação em saúde voltados para pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Asma.

Desenvolver práticas de educação em saúde, com participação multiprofissional, para serem conduzidas por meio dos grupos operativos, com apoio dos Agentes Comunitários de Saúde e equipe do NASF.

## 4 METODOLOGIA

Para a elaboração do projeto de intervenção foram seguidas as seguintes etapas:

Elaboração do diagnóstico situacional utilizando a estimativa rápida para identificar os principais problemas existentes no território da unidade. Para posterior seleção do problema prioritário.

Para desenvolvimento do projeto de intervenção foi realizada uma revisão bibliográfica a fim de obter maior embasamento científico sobre o assunto. A pesquisa foi feita com busca em artigos indexados nas bases de dados Scientific Electronic Library On-Line (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) por meio dos seguintes descritores:

Educação em saúde.

Autocuidado.

Promoção da Saúde.

Para o levantamento das publicações nos bancos de dados, definiu-se *a priori*, que a busca seria dos últimos 10 anos. Após o levantamento dos artigos foi realizada uma leitura inicial dos resumos para seleção de informações pertinentes onde foram incluídos os estudos em português, disponíveis na íntegra e que estivessem relacionados ao tema.

Outros dados foram obtidos do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), via secretaria municipal e da Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – NESCON. Também foram interpretadas as diretrizes ministeriais da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que orientam a construção de uma prática inovadora para efetivação do SUS, além de livros e informes técnicos de acervo particular abordando o tema.

Elaboração do projeto de intervenção seguindo os passos do planejamento estratégico situacional simplificado, conforma proposto por Campos, Faria e Santos (2010) e contou com a participação efetiva dos membros da equipe de saúde onde atuou.



## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Educação em Saúde e Autocuidado

A Atenção Básica de Saúde (ABS) se refere a uma atenção ambulatorial não especializada com atividades clínicas simples, pautada na universalidade e na centralidade do indivíduo, objetivando sempre a oferta de um atendimento amplo e integral por meio de um acolhimento adequado e da possibilidade de acesso aos serviços de saúde a todos os indivíduos. Sabe-se que tal serviço só é possível com a atuação de uma equipe capacitada e humana, que esteja disposta a promover a saúde entre os indivíduos, que é um direito de todos (LAVRAS, 2011).

Nesse contexto, a educação em saúde se refere às atividades voltadas para a intervenção no processo saúde-doença através do aprendizado e ensino, partindo-se da concepção de que o indivíduo, sua história e cenário social em que vive são fundamentais (MIRANDA; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2008).

De forma geral, busca-se difundir informações relevantes sobre saúde, estimular discussões com membros da comunidade para que, como produto final, sejam gerados conhecimentos capazes de modificar hábitos e comportamentos (BRASIL, 2010).

Desta forma, o que se procura é identificar possíveis problemas ou situações que levem a doenças no seu contexto de origem, além de possibilitar intervenções precoces. Vê-se nesse ponto, que o trabalho de educação em saúde a ser desenvolvido depende também das características da população em questão (CARNEIRO et al., 2012).

Compreender que uma atenção à saúde de boa qualidade está fundamentada no entendimento da pessoa, da comunidade e do processo saúde-doença é esforço inicial para propor melhorias nesse aspecto, considerando ainda a concepção do paciente como protagonista de sua boa saúde ou adoecimento. De maneira geral, lidamos em nosso país com mazelas e condições econômicas discrepantes entre as classes sociais; em vista disso, a elaboração e execução de estratégias capazes de

impactar positivamente e de maneira efetiva na sua comunidade constituem desafios para a Estratégia Saúde da Família (CARNEIRO et al., 2012).

Para tanto, o trabalho de educação em saúde assume a importante função de aliar o aprimoramento contínuo ao processo de trabalho, instrumentalizando o conhecimento e possibilitando o fomento de novos olhares sobre a práxis como substrato para produção de mais saberes. Isso se dá através de ações que contemplem a formação permanente dos profissionais, conforme diretrizes para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, por meio da portaria GM/MS n.º 1.996 (BRASIL, 2010).

Desta forma, a aplicação de práticas educativas na comunidade pode ser caracterizada como tarefas complexas, pois:

Nestas atividades ditas educativas, como palestras e aulas, sejam em grupos ou em consultas individuais, passa-se a ideia de que a doença se deve principalmente à falta de cuidado da população com a sua saúde. Porém, o trabalho educativo não deve se limitar a iniciativas que visem informar a população sobre um ou outro problema, deve sim, extrapolar o campo da informação, integrar a considerações de valores, costumes, de modelos e de símbolos sociais, que levam a formas específicas de condutas e práticas (MIRANDA; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2008, p. 16).

É importante entender que a educação em saúde consiste em um campo mais amplo da promoção à saúde, que envolve não apenas as pessoas com risco de adoecer, mas também toda a população. É uma dinâmica que envolve fatores mentais, sociais, ambientais, emocionais e inclui políticas públicas pautadas na orientação de ações de promoção da saúde e qualidade de vida (MIRANDA; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2008).

Já o autocuidado, segundo Orem (1965) apud Bub *et al.* (2006, p. 156) “é a realização de ações dirigidas a si mesmo ou ao ambiente a fim de regular o próprio funcionamento de acordo com seus interesses na vida, funcionamento integrado e bem-estar”, sendo este o resultado de uma melhor percepção de si mesmo, que por sua vez, pode ser trabalhado obtendo conhecimento sobre sua saúde.

Dessa maneira, educação em saúde e autocuidado estão interligados. Saber manejar instrumentos que possibilitem esse enfoque propicia o fortalecimento do

protagonismo da pessoa, participação da família e comunidade quanto a seu estado de saúde e sua experiência de adoecimento, pois até mesmo recomendações internacionais podem eventualmente ter pouco aplicabilidade diante da realidade social e do momento histórico de determinado grupo (RODRIGUES; SANTOS, 2010).

## 5.2 Importância dos Grupos Operativos

Na realização de grupos operativos, procura-se alcançar uma aprendizagem significativa capaz de influenciar em melhorias nos hábitos de vida das pessoas por meio de discussão democrática e compartilhamento de saberes, sendo fundamental que a ESF compreenda seus conceitos e finalidades para que esta prática possa ser incorporada ao processo de trabalho (LAVRAS, 2011).

Segundo Pichon-Rivière (2005) *apud* Menezes e Avelino (2016, p. 125), criador da teoria de grupos operativos na década de 1940, um grupo é “conjunto restrito de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propõem, de forma explícita ou implícita, a uma tarefa que constitui a sua finalidade”.

Dessa maneira, o grupo se torna um catalisador de concepções, vivências e relações sociais em discussões orientadas para um determinado resultado, sendo um instrumento valioso para a equipe de saúde, capaz de produzir conhecimento aplicável ao cotidiano associado à conscientização de seu uso. Relevante também é a possibilidade de que sejam evidenciadas, nesses encontros, necessidades individuais e coletivas, possíveis pontos de partida para outras discussões e atividades (MENEZES; AVELINO, 2016).

Diante do que foi apresentado, o planejamento e execução do grupo operativo se coloca como atividades complexas, sendo necessário ater-se a aspectos fundamentais do método, como descritos abaixo:

A técnica do grupo operativo pressupõe a tarefa explícita (aprendizagem, diagnóstico ou tratamento), a tarefa implícita (o modo como cada integrante vivencia o grupo) e o enquadre que são os elementos fixos (o tempo, a duração, a frequência, a função do coordenador e do observador) (BASTOS, 2010, p. 165).

Desta forma, vários recursos podem ser usados, associados ou não, tais como: roda de conversas, dramatizações, dinâmicas, recorte e montagem. No entanto, para que haja adesão satisfatória da população, é necessário que se conheça hábitos do público alvo, podendo ser associados outros serviços oferecidos na UBS juntamente com o grupo. Logo, é fundamental que a ESF se reúna e discuta sobre estratégias criativas e sobre a logística, além de organizar a periodicidade das atividades e dos recursos empregados.

A atenção primária tem papel importante no cuidado de pacientes portadores de DM, HAS e Asma, pois através dela é possível oferecer aos mesmos uma assistência ampla, integral e humana que envolve a prevenção, proteção e promoção da saúde, em especial para evitar complicações advindas dessas patologias (LAVRAS, 2011).

Nesse contexto, a educação em saúde permite que o profissional ensine ao paciente e também aprenda com ele, pois não é um ensino vertical, mas sim uma via de mão dupla onde ocorrem trocas de saberes e vivências. Nesse ambiente de atenção básica é possível atuar sobre muitos pacientes ao mesmo tempo, para ensiná-los e estimulá-los ao cuidado (TEIXEIRA; EIRA, 2011).

Assim, a ESF tem um papel importante na abordagem do paciente, na construção de um vínculo de confiança a fim de que haja condição de estimular cada um deles a aderir ao tratamento proposto e, principalmente, a seguirem o autocuidado (LAVRAS, 2011).

A importância do autocuidado não é apenas para evitar complicações do quadro do paciente, mas também é uma forma de reduzir o custo do serviço, dos gastos com exames, por exemplo, pois quando o paciente se preocupa com sua saúde e exerce o autocuidado ele pode prevenir muitas complicações e outras patologias, pois há de se envolver em hábitos de vida saudáveis e evitar excessos prejudiciais à saúde (TEIXEIRA; EIRA, 2011).

As práticas educativas são importantes ações de integração do paciente com o serviço de saúde e também de instrução de muitas pessoas juntas, o que poupa tempo e facilita o trabalho. Além disso, é possível também incluir os familiares,

responsáveis e a população em geral para que haja maior conscientização sobre essas patologias e busca pelo autocuidado (LAVRAS, 2011).

De forma geral, a preocupação da equipe de saúde é de sempre oferecer aos pacientes um atendimento amplo, integral e fazer com que venham a manter sua saúde e qualidade de vida. Por isso todos os profissionais devem estar envolvidos no estímulo ao autocuidado e na atuação em práticas educativas (BRASIL, 2011b).

## 6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

As propostas em discussão terão sua aplicabilidade organizada para os meses de agosto de 2017 até julho de 2018, totalizando 01(um) ano de atuação. A seguir, ficam listados os nós críticos com suas respectivas delimitações.

**Quadro 2** – Operações sobre o nó crítico “Falta de Instrução dos Pacientes”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Nilton de Medeiros.

<b>Nó crítico 1</b>	Falta de Instrução dos Pacientes
<b>Operação</b>	<b>Práticas Educativas e Campanhas</b>
<b>Projeto</b>	Realização de práticas de educação em saúde sobre doenças crônicas prevalentes
<b>Resultados Esperados</b>	Pacientes esclarecidos e conscientes dos fatores de risco e necessidade do cuidado
<b>Produtos esperados</b>	Maior número de usuários realizando o autocuidado.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Médico, ACS e Equipe de Enfermagem.
<b>Recursos necessários</b>	Financeiro: Para produção de panfletos e cartazes informativos Estrutural: Local
<b>Recursos críticos</b>	Financeiro e Político
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Secretaria de Saúde, PSF, NASF. Motivação: Favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Fazer dinâmicas educativas para envolver todos os pacientes, com familiares e população em geral, como forma de conscientização.
<b>Responsáveis:</b>	Enfermeira e médico da ESF
<b>Cronograma / Prazo</b>	Início: Imediato. Ocorrência: uma vez por mês.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Avaliação dos usuários sobre o que foi aprendido e sugestão de temas relevantes. Reunião da equipe após as práticas educativas para discussão de problemas relacionados e melhorias.

Fonte: Produzida pelo autor (2017).

**Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico “Baixa adesão ao Tratamento” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Nilton de Medeiros.**

<b>Nó crítico 2</b>	Baixa adesão ao Tratamento
<b>Operação</b>	Acompanhamento e Busca ativa
<b>Projeto</b>	Estímulo à adesão ao tratamento por meio da busca ativa, do acompanhamento regular e multidisciplinar, para conscientização do paciente e da família.
<b>Resultados Esperados</b>	Melhor controle dos níveis pressóricos. Redução do peso e manutenção em faixa adequada. Redução das crises de asma, melhor controle ambiental. Pacientes mais dispostos e mais preocupados com a saúde.
<b>Produtos esperados</b>	Palestras, discussão em grupos, gincanas educativas, cartões informativos.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Médico, ACS, NASF e equipe de enfermagem.
<b>Recursos necessários</b>	<b>Financeiro:</b> Materiais para impressos e confecção de cartazes; <b>Humano:</b> Profissionais da saúde (equipe multiprofissional)
<b>Recursos críticos</b>	Financeiro, Humano (outros profissionais da saúde)
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Secretaria de Saúde, PSF, NASF. Motivação: Favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentação do Projeto e busca de parcerias.
<b>Responsáveis:</b>	Médico, ACS, NASF e equipe de enfermagem.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Início: setembro. Recorrência: Mensal.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Planilha para verificar a frequência dos usuários, aferição da pressão arterial, glicemia, peso e IMC. Consultas.

Fonte: Produzida pelo Autor (2017)

**Quadro 4** – Operações sobre o nó crítico “Falta de acompanhamento regular pela equipe e reavaliação médica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Nilton de Medeiros

<b>Nó crítico 3</b>	Falta de acompanhamento regular pela equipe e reavaliação médica
<b>Operação</b>	Planejamento e agendamento de consultas de enfermagem e do médico, busca ativa.
<b>Projeto</b>	Frequente renovação das prescrições medicamentosas
<b>Resultados Esperados</b>	Maior controle das doses recomendadas e da terapia proposta.
<b>Produtos esperados</b>	Ficha do paciente atualizada e controle das prescrições.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Médico, Equipe de Enfermagem e ACS.
<b>Recursos necessários</b>	Humanos: equipe de saúde <b>Organizacional:</b> agenda disponível para maior frequência desses usuários ao serviço
<b>Recursos críticos</b>	Organizacional
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	<b>Ator que controla:</b> Secretaria de Saúde, PSF, NASF. <b>Motivação:</b> Favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Dois dias da semana destinados para essas consultas. Ajuda dos ACS para preenchimento das fichas dos pacientes
<b>Responsáveis:</b>	Médico e enfermeira
<b>Cronograma / Prazo</b>	<b>Atendimento:</b> Duas a três vezes por semana.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Verificar as fichas dos pacientes e sua evolução. Identificar com os ACS os pacientes de risco e os com pouca frequência ao serviço.

**Fonte:** Produzida pelo Autor (2017).



## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A revisão da literatura demonstrou a importância das ações de promoção à saúde e a importância do autocuidado. Todo cidadão deve ser corresponsável pela sua saúde.

Finalmente, fica a percepção da necessidade de constantes intervenções no intuito de uma aproximação da população com todos os profissionais da rede de saúde do município fazendo sua interlocução e mediando saberes para o objetivo comum: melhorar a qualidade da atenção à saúde da população.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes – 2013. **Diabetes Care**, Alexandria, v.36, Suppl. 1, jan, 2013.
- ALVES, V. S. Um Modelo de Educação em Saúde para o Programa Saúde da Família: pela Integralidade da Atenção e Reorientação do Modelo Assistencial. **Interface-Comunic. Saúde Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, 2005.
- BASTOS, A. B. B. I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicol inf.**, São Paulo, v. 14, n. 14, p. 160-169, out. 2010. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-88092010000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092010000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 18/08/2017
- BRASIL A. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Cadernos de Atenção Básica, n.16).
- BRASIL B. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Cadernos de Atenção Básica; Série A. Normas e Manuais).
- BRASIL C. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de promoção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL D. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância e Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, 66p.
- BUB, M. B. C. *et al.* A Noção de Cuidado de si Mesmo e o Conceito de Autocuidado na Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis. v. 5, n. 21, p.152-157, 2006.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed., Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.
- CARNEIRO, A. C. L. L. *et al.* Educação para a Promoção da Saúde no Contexto da Atenção Primária. **Rev Panam Salud Pública**. v. 31, n.2, p. 115–20, 2012.
- CHATKIN, J. M. *et al.* Adesão ao tratamento de manutenção em asma (Estudo ADERE). **J Bras Pneumol**. v.32, n.4, p. 277-283, 2006.
- FARIA, H. T. G. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. **Rev Latino-Am Enferm**. v. 17, n. 1, p. 46-51, 2008.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), **indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Brasília, DF, 2010.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. *Krause: Alimentos, nutrição e dietoterapia*. 12 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 1351 p.

MENEZES, K. K. P.; AVELINO, P. R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde Como Prática de Discussão e Educação: Uma Revisão. **Cad. Saúde Coletiva**. v.1, n. 24, p.124-130.2016.

MIRANDA, G. R.; OLIVEIRA, G. G.L.; GONÇALVES, M. C. **Educação Permanente em Saúde: Dispositivo para a Qualificação da Estratégia Saúde da Família**. Belém: UFPA, 2008.

OLIVEIRA, T. L. *et al.* Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo , v. 26, n. 2, p 179-84; abril 2013.

RODRIGUES, E. M.; SOARES, F.P.T.P.; BOOG, M. C. F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. **Rev. Nutrição**, v.18, n.1, p.1190-1198, 2005.

RODRIGUES, D.; SANTOS, V. E. A Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: Uma Revisão Bibliográfica das Publicações Científicas no Brasil. **J Health Sci Inst.**, v.4, n.28, p.321-324, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes de Hipertensão. **Rev. Bras. Hipertens.** São Paulo, v.17, n.1, 2010.

TODO-BOM, A.; PINTO, A. M. Fisiopatologia da Asma Grave. **Rev. bras. alerg. imunopatol.** v.29, n.3, p.113-116, 2006.

TEIXEIRA, J. B. P.; EIRAS, N. S. V. **A Hipertensão Arterial e sua abordagem pela Atenção Primária à Saúde e pelos Grupos de Extensão Universitária**. PROPLAMED, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2011.