



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Gilberto Passos Lima Junior

Proposta de incentivo ao cuidado e a atenção a saúde
em uma comunidade atendida pela Unidade Básica de
Saúde João Voges no município de Santo Amaro da
Imperatriz - SC.

Florianópolis, Abril de 2017

Gilberto Passos Lima Junior

Proposta de incentivo ao cuidado e a atenção a saúde em uma comunidade atendida pela Unidade Básica de Saúde João Voges no município de Santo Amaro da Imperatriz - SC.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Rodrigo Otávio Moretti Pires
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Gilberto Passos Lima Junior

Proposta de incentivo ao cuidado e a atenção a saúde em uma comunidade atendida pela Unidade Básica de Saúde João Voges no município de Santo Amaro da Imperatriz - SC.

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Rodrigo Otávio Moretti Pires
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

A educação em saúde é uma forma de envolver o indivíduo no processo de saúde-doença, por meio do incentivo ao autocuidado, o que é fundamental para que haja promoção da saúde. Nesse sentido, este trabalho visa incentivar o cuidado e a atenção à saúde na UBS João Voges, no município de Santo Amaro da Imperatriz. Para isso foi realizado um diagnóstico situacional e estabelecido nós-críticos passíveis de atuação. Esses foram; Baixa participação em Grupos Operativos; Baixa Adesão ao Tratamento Proposto e Hábitos de Vida Pouco Saudáveis. Para intervir nesses nós-críticos foram realizadas ações baseadas no Planejamento Estratégico Situacional em Saúde. De modo geral, os objetivos foram; organizar um levantamento das dificuldades enfrentadas pela comunidade para participar das atividades em grupo e consultas, otimizar o trabalho da equipe de saúde e fazer busca ativa dos pacientes. Por meio dessas ações, percebeu-se maior participação dos pacientes e da comunidade ao serviço de saúde e aos grupos operativos além de melhora nos padrões de saúde por meio da adoção de hábitos de vida saudáveis.

Palavras-chave: Autocuidado, Educação em Saúde, Atenção Primária à Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo geral	11
2.2	Objetivos específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) refere ao atendimento realizado no serviço de saúde do município de Santo Amaro da Imperatriz. O município faz parte da Região Metropolitana de Florianópolis, possuindo uma área territorial de 344Km, dos quais 72% situados em área de preservação permanente, segundo o censo demográfico de 2010 (IBGE, 2010). A população atual de Santo Amaro da Imperatriz é de 21000 pessoas, apresentando um crescimento populacional de 26,4% na última década.

Possui cobertura de 100% da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com 08 equipes atuando em três Unidades Básicas de Saúde (UBS). A ESF da qual faço parte como médico está locada na Unidade Básica de Saúde João Voges, no bairro Sul do Rio. Trabalho numa comunidade onde está localizado o bairro chamado Fabrício, com quase 3.200 habitantes. Esta área é considerada a mais vulnerável do município, por ser carente, marginalizada e com uma grande rotatividade de alugueis e com isso grande rotatividade também de usuários do SUS. A maioria recebe o auxílio do programa bolsa família.

Esta área é considerada desfavorecida tanto socialmente quanto economicamente. Cerca de, 83% das moradias são casas de alvenaria, 17% de madeira; 95% da população dessa área conta com abastecimento de água por rede pública e o restante via poços artesianos; aproximadamente 99% dessa comunidade tem acesso à energia elétrica; 98% usufrui do serviço de coleta de lixo pública; O saneamento básico do bairro é predominantemente por fossas sépticas, com alguns pontos de esgoto à céu aberto. Não há rede de esgoto.

A demanda pelos serviços oferecidos pela ESF pode ser considerada elevada. Há uma associação de moradores do bairro Fabrício chamada AMFA, onde é possível identificar facilmente lideranças ativas, possuindo também 01 creche, 01 escola/creche (com ensino fundamental, de 1 a 4 séries) e 04 Igrejas Evangélicas.

A população atendida pela minha equipe é de 1078 famílias e 3448 indivíduos, sendo 1762 do sexo feminino e 1686 do sexo masculino. Essa população está assim distribuída por faixas etárias: de 20 a 59 anos: 2181 indivíduos e 60 anos ou mais: 506 indivíduos

As principais queixas atendidas são: doenças de caráter mental (incluindo uso indiscriminado de medicamentos controlados), dor muscular ou articular, IVAS, outras infecções respiratórias, diarreia e vômitos

As cinco principais causas de internação de idosos residentes na minha área de abrangência foram: crises asmáticas, DPOC, cirurgias eletivas, complicações cardio-vasculares e crises hipertensivas. As causas principais de mortalidade dos idosos, foram complicações cardio-vasculares e respiratórias.

Um dos principais problemas identificados na comunidade onde atuo é a pouca participação da mesma nos planejamentos das atividades educativas. E quando realizamos

grupos como gestantes, hipertensos, diabéticos, reuniões e palestras para tratarmos, por exemplo, o caso de obesidade na infância, drogadição e seus danos ou como melhorar a qualidade de vida na terceira idade, o número de participantes costuma ser relativamente baixo.

Creio que atrair essa comunidade para atividades sócio-educativas seja de extrema importância para que com isso, orientamos sobre os temas tratados evitando assim danos à saúde. Através da prevenção, diminuiria a demanda na UBS e organizaria o tempo para o atendimento no período de trabalho.

Esta intervenção é importante para o poder público, para diminuir custos em saúde pública, diminuir demanda, otimizar o tempo de toda a equipe, servindo para planejamentos e outras ações que tem ficado de lado por falta de tempo e apontar os rumos que deveremos tomar futuramente após analisarmos junto com os usuários os aspectos positivos e negativos, propondo sugestões de melhorias para os mesmos.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Sensibilizar a comunidade para o cuidado e atenção à saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Organizar junto à equipe de saúde um levantamento das dificuldades enfrentadas pela comunidade para participar das atividades em grupo e consultas no serviço de saúde.
- Identificar os principais problemas de saúde para que possa ser organizado atendimentos em grupo, otimizando o trabalho da equipe de saúde e facilitando o acesso da comunidade ao serviço.
- fazer busca ativa dos pacientes, esclarecendo dúvidas e orientando a população sobre o funcionamento e a oferta de serviços de cuidado à saúde.

3 Revisão da Literatura

Educação em Saúde

Basicamente, as ações educativas em saúde visam capacitar indivíduos e grupos a atuarem na melhora das condições de saúde da população. Os serviços de saúde tem total responsabilidade sobre a saúde da comunidade, pois ele é o meio ativo e propício a realizar esforços e oferecer conhecimento, compreensão e motivação por meio de práticas educativas que visem prevenção de doenças e promoção de saúde (PELICIONI; PELICIONI, 2007).

Pensando no princípio de integralidade do SUS (Sistema Único de Saúde), os profissionais da saúde não devem restringir suas ações à assistência curativa, mas devem oferecer uma ampla abordagem sobre fatores de risco e ações de prevenção e promoção tomando por base a educação em saúde (SOUZA; JACOBINA, 2009).

O que antes era conhecido como Higienismo, no início do século XX, e mais tarde de Educação Sanitária, hoje é conhecido como um repasse de conhecimento, com vistas não apenas na informação, mas também à transformação de saberes. A prática educativa visa dar aos indivíduos autonomia e fazê-los responsáveis pelo cuidado em saúde, desenvolvendo total compreensão sobre a situação de saúde e doença, e sua prevenção (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2006).

Valoriza-se, nessa prática, a comunicação dialógica, onde o processo saúde-doença-cuidado não fica restrito apenas aos profissionais de saúde, mas sim, a todos os indivíduos, formando entre eles um vínculo de confiança importante que firma as estratégias de cuidado e promoção da saúde (PELICIONI; PELICIONI, 2007).

Quando em 1990 foi implantado o Programa de Saúde da Família, tornou-se possível consolidar os princípios do SUS e, por meio do serviço de atenção básica, foi facilitada a execução de práticas de educação em saúde, aproximando ainda mais a população dos serviços de saúde em todo o país. Com isso, entende-se que as funções do médico da atenção básica sejam; ser comunicador e educador em saúde e prestar atenção preventiva, curativa e reabilitadora (SOUZA; JACOBINA, 2009).

De forma geral, é necessário entender que uma atenção em saúde de boa qualidade deve ser fundamentada no bom entendimento da comunidade sobre o processo saúde-doença. Deve-se considerar o paciente como protagonista responsável por saúde ou adoecimento. Como nosso país apresenta grandes discrepâncias sociais e econômicas, é necessário levar essas questões em consideração e traçar estratégias que sejam capazes de orientar e educar em saúde toda população (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Nesse contexto, as ações de educação em saúde assumem um papel importante, pois possibilita produção de saberes, complementam a formação dos profissionais da saúde e integram a comunidade aos serviços de atenção básica, conforme o proposto pela Política

Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2006).

As práticas educativas são caracterizadas como palestras e aulas, em grupo ou em consultas individuais que levam o indivíduo a tomar a responsabilidade de sua saúde para si. Esse trabalho não se limita apenas a informar, mas vai muito além, integrando valores, costumes e conhecimentos, valorizando modelos e símbolos sociais e executando outras formas específicas de condutas (MIRANDA; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2008).

Assim, mais importante do que qual conhecimento será trabalhado, é notar a maneira como esta sendo feito. Por isso, estruturar os grupos operativos das unidades básicas é essencial para que haja transmissão de informação, capacitação dos profissionais envolvidos, criação de vínculos e estímulo ao “cuidado de si mesmo” (CARNEIRO, 2012).

É necessário notar ainda que, a educação em saúde é um campo muito mais amplo da promoção à saúde, pois não envolve apenas a pessoa doente ou com risco de adoecer, mas envolve toda a população. Estão envolvidos nesse meio, fatores mentais, sociais, ambientais e emocionais, e devem ser consideradas também políticas públicas baseadas na promoção de saúde e na qualidade de vida (MIRANDA; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2008).

Autocuidado em Saúde

O autocuidado é a prática de cuidados realizados pela pessoa que tem a necessidade de manter sua saúde e seu bem-estar. São práticas deliberadas realizadas por um indivíduo em seu benefício próprio, dirigidas a si mesmo ou ao ambiente, para regular o funcionamento do próprio corpo e ao seu bem-estar (LAVRAS, 2011).

De modo geral, são ações voluntárias e intencionais, que envolvem a tomada de decisões e contribuem para a preservação da saúde. Na maioria das vezes são ações afetadas por fatores como idade, sexo, estado de saúde, orientação sociocultural, condições do sistema de saúde, padrão familiar, condições ambientais, disponibilidade de recursos e hábitos de vida (DU; YUAN, 2010).

As ações de autocuidado são classificadas em três requisitos diferentes; universais, desenvolvimento e de desvio de saúde. Os requisitos universais são os comuns a todos os indivíduos, como suprimento de recursos indispensáveis, como água, ar e alimentos. Os requisitos de desenvolvimento são derivados de uma condição, como gestação, ou associado a algum evento, como o luto. Já os requisitos de desvio de saúde são aqueles exigidos em caso de presença de doenças e lesões (RODRIGUES; SANTOS, 2010).

Sabe-se que as ações de autocuidado são componentes integrais de gestão de doenças crônicas e da preservação da saúde, pois permite que o indivíduo observe, reconheça, determine os sintomas e escolha as estratégias apropriadas para maximizar a saúde. Compreende a capacidade de cuidar de si próprio, mas também de desenvolver atividades indispensáveis para manter uma saúde de qualidade (DU; YUAN, 2010).

Como as ações de autocuidado envolvem ações dirigidas ao estilo de vida e comportamentos, as pessoas portadoras de doenças crônicas descrevem, geralmente, que o autocuidado transformou seus sentimentos acerca delas mesmos e ajudou a recuperar o

sentido da vida, com melhor vista ao futuro. Nesse contexto então, os profissionais da saúde desempenham papel fundamental não apenas no ensino, mas na motivação, no estímulo e no apoio aos pacientes (SUHONEN; VÄLIMÄKI; LEINO-KILPI, 2008).

Contudo, muitas são as barreiras que dificultam a realização do autocuidado por portadores de doenças crônicas, como; limitações físicas, desconhecimento da situação, constrangimento financeiro, necessidades sociais e emocionais, complicações das comorbidades e problemas com a terapêutica. Apesar disso, os estudos indicam que aqueles que se propõem a esse cuidado apresentam melhora dos sintomas, diminuição de complicações, controle da doença, desenvolvimento de estratégias para lidar com a situação e estabelecimento do bem-estar (SIDANI, 2011).

Dessa forma, é importante notar que o autocuidado e a educação em saúde estão interligados. Portanto, trabalhar com as estratégias que fortaleça o protagonismo do paciente, a participação da família e da comunidade é de extrema importância. É necessário assim, envolver na realidade do paciente e da população em geral, para buscá-los e acolhe-los nos serviços de saúde, a fim de que estejam inseridos nas práticas educativas oferecidas pelos profissionais e integrados com o autocuidado (RODRIGUES; SANTOS, 2010).

A importância de grupos operativos

A realização de grupos operativos se faz importante para alcançar um aprendizado significativo e é meio de influenciar as pessoas a melhorarem seus hábitos de vida, aderirem ao tratamento e optarem pelo autocuidado. Nesses grupos são feitas discussões democráticas e compartilhamento de saberes, onde toda a equipe deve estar apta a atuar com confiança e conhecimento.

A idéia do grupo operativo é basicamente um conjunto de pessoas ligadas entre si, articuladas por mútua representação interna, que se propõem a uma tarefa final. Assim, nesse grupo é possível catalizar conhecimentos, experiências, relações, discussões e também serve como meio importante para que a equipe de saúde atue com a aplicação do conhecimento e conscientização. É necessário evidenciar nos encontros dos grupos operativos as necessidades coletivas e individuais, a realidade dos pacientes e propor pontos de partidas para discussões futuras (MENEZES; AVELINO, 2016).

A execução do grupo operativo envolve aspectos explícitos, como a aprendizagem, o diagnóstico e o tratamento, e aspectos implícitos, que consiste na forma como cada participante interage. Compreende também elementos fixos, que são; o tempo, a frequência, a duração e a função do operador, coordenador e observador (BASTOS, 2010).

Na realização desse grupo, vários recursos podem ser utilizados, como montagem, recortes, painéis, dinâmicas, rodas de conversas, apresentações, entre outros. Mas, mais importante ainda é que os responsáveis conheçam os hábitos do público alvo e os acolha com atenção para que haja uma adesão completa não apenas ao grupo, mas a todo o serviço de saúde, alcançando assim os resultados propostos. Nesse sentido, a ESF deve se reunir e discutir as estratégias, as ações criativas, seus agentes e objetivos para organizar

a agenda e os recursos necessários, a fim de oferecer o melhor ao público alvo (LAVRAS, 2011).

4 Metodologia

Para elaboração desse trabalho foram realizadas reuniões com a equipe de saúde da UBS a fim de identificar quais os problemas mais prevalentes nessa unidade. Foram feitas duas reuniões no mês de Maio, com envolvimento de toda equipe. Nessa reunião foram levantados como nós críticos os seguintes problemas;

- Falta de participação da população em atividades de educação em saúde;
- Baixa adesão ao tratamento proposto e
- Falta da prática do autocuidado em saúde.

Diante disso, entendeu-se a necessidade de realizar ações que pudessem atingir esses nós críticos no sentido de resolvê-los, facilitando o acesso da população e envolvendo pra mais perto da UBS e dos profissionais da saúde, além de instituir a prática do autocuidado como prática comum entre eles.

Assim, foram realizados outros encontros com a equipe, em uma agenda pré-definida, onde foram estabelecidas as ações, os responsáveis e autores envolvidos, os recursos necessários, os prazos e os critérios de avaliação. A proposta de intervenção seguiu um plano operativo com cronograma inicial de três meses para implantação e desenvolvimento das ações.

A partir da terceira reunião com a equipe foram definidas as funções de cada membro, bem como o prazo de início das atividades. Nos encontros seguintes propôs-se verificar o andamento das ações e a necessidade de modificação.

Após realizar o diagnóstico situacional, foram realizadas mais duas reuniões com a equipe para definir os nós críticos passíveis de intervenção, e quais seriam as ações direcionadas para os mesmos. Assim, os nós críticos definidos foram;

- Baixa participação em Grupos Operativos;
- Baixa Adesão ao Tratamento Proposto;
- Hábitos de Vida Pouco Saudáveis.

Para intervir nesses nós-críticos, foram propostas; busca ativa, campanhas de promoção dos encontros de grupos, realizações de grupos operativos e estímulo aos hábitos saudáveis por meio de educação em saúde. Foi necessária a atuação de uma equipe multiprofissional em saúde para que houvesse um atendimento e uma abordagem ampla, com ações teóricas e práticas voltadas para saúde desses indivíduos.

A realização desse presente plano de intervenção foi baseada no PES (Planejamento e avaliação das ações em saúde), descrito por Campos, Faria e Santos (2010). A seguir serão descritos em tabelas os passos necessários para realização das ações.

Além disso, todas as atividades desenvolvidas a partir desse trabalho terão seus resultados avaliados, para verificar se houve melhora dos níveis tensionais e da qualidade de vida dos pacientes hipertensos dessa unidade em questão.

Tabela 1 – Operações sobre o nó crítico “Baixa Participação em Grupos Operativos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do UBS João Voges, em Santo Amaro da Imperatriz, SC.

Nó crítico 1	Baixa Participação em Grupos Operativos
Operação	Busca Ativa e Campanha para propagar os grupos operativos
Projeto	Identificar os pacientes de risco e os com pouca frequência ao serviço. Realizar campanhas nas ruas para promover os encontros, por meio de cartazes e panfletos.
Resultados Esperados	Maior participação dos pacientes aos grupos operativos e ao cuidado à saúde.
Produtos esperados	Maior número de usuários buscando atendimento, realizando o autocuidado.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico Gilberto, ACS e Equipe de Enfermagem
Recursos necessários	Financeiro: Para produção de panfletos e cartazes informativos / Estrutural: Local / Humano: Profissionais da Saúde
Recursos críticos	Financeiro e Político
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Saúde, PSF, NASF. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Realização de dinâmicas educativas
Responsáveis:	Médico Gilberto
Cronograma / Prazo	Início: Imediato. Ocorrência: Semanal / Mensal
Gestão, acompanhamento e avaliação	Verificar prontuários para saber a frequência dos pacientes. Reunião da equipe após cada campanha para discussão de problemas relacionados e melhorias.

Tabela 2 – Operações sobre o nó crítico “Baixa adesão ao tratamento proposto”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do UBS João Voges, em Santo Amaro da Imperatriz, SC.

Nó crítico 2	Baixa adesão ao tratamento proposto
Operação	Busca Ativa. Realização de Grupos Operativos
Projeto	Busca ativa, acompanhamento regular e multidisciplinar. Conscientização do paciente e da família.
Resultados Esperados	Pacientes mais dispostos e mais preocupados com a saúde. Educação em Saúde
Produtos esperados	Maior número de atendimento de pacientes. Maior controle de morbidade.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico Gilberto e Equipe de Saúde
Recursos necessários	Humano: Equipe multiprofissional em saúde
Recursos críticos	Financeiro, Humano (outros profissionais da saúde)
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Saúde, PSF, NASF. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Busca por parcerias.
Responsáveis:	Médico Gilberto e ACS
Cronograma / Prazo	Início: Julho. Recorrência: Semanal / Mensal
Gestão, acompanhamento e avaliação	Planilha para verificar a frequência dos usuários. Reunião da equipe após cada encontro de grupo para discussão de problemas relacionados e melhorias.

Ainda, para elaboração desse trabalho, realizou-se revisão descritiva sobre o assunto no meio científico, buscando nas bases de dados SCIELO (Scientific Electronic Library On-Line), LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), e MEDLINE. Considerou-se os trabalhos publicados nos últimos dez anos, indexados por meio dos descritores em saúde; Autocuidado, Educação em Saúde e Atenção Básica à saúde.

Tabela 3 – Operações sobre o nó crítico “Hábitos de Vida Pouco Saudáveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS João Voges, em Santo Amaro da Imperatriz, SC.

Nó crítico 3	Hábito de vida pouco saud
Operação	Práticas Saudáveis
Projeto	Estímulo à adoção de hábitos saudáveis; prática de atividade física, alimentação balanceada, redução do sódio, abandono do tabagismo e alcoolismo.
Resultados Esperados	Níveis pressóricos controlados, redução do peso e manutenção em faixa adequada. Pacientes mais dispostos a realizar o cuidado em saúde.
Produtos esperados	Palestras, discussão em grupos, gincanas educativas, cartões informativos.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico Gilberto e Equipe de Saúde
Recursos necessários	Humano: Equipe multiprofissional em saúde
Recursos críticos	Organizacional
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Saúde, PSF, NASF. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Busca por parcerias.
Responsáveis:	Médico Gilberto e ACS
Cronograma / Prazo	Início: Setembro. Recorrência: Mensal.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Planilha para verificar a frequência dos usuários, medição do peso corporal e aferição da pressão arterial para verificar se estão de fato adotando hábitos mais saudáveis.

5 Resultados Esperados

Espera-se alcançar, de acordo com cada operação a ser executada, os seguintes resultados:

Operação	Projeto	Resultados
-Busca Ativa -Campanha para propagar os grupos operativos	-Identificar os pacientes de risco e os com pouca frequência ao serviço. -Realizar campanhas nas ruas para promover os encontros, por meio de cartazes e panfletos.	- Maior participação dos pacientes aos grupos operativos e ao cuidado à saúde.
-Busca Ativa -Realização de Grupos Operativos	-Busca ativa acompanhamento regular e multidisciplinar. -Conscientização do paciente e da família.	- Pacientes mais dispostos e mais preocupados com a saúde. - Educação em Saúde
-Práticas Saudáveis	-Estímulo à adoção de hábitos saudáveis; prática de atividade física, alimentação balanceada, redução do sódio, abandono do tabagismo e alcoolismo.	Níveis pressóricos controlados, redução do peso e manutenção em faixa adequada. Pacientes mais dispostos a realizar o cuidado em saúde.

Referências

- BRASIL, M. da Saúde do. *Política Nacional de promoção à Saúde.*: Série pactos pela saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Citado na página 13.
- CARNEIRO, A. C. L. L. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. *Rev Panam Salud Pública.*, p. 115–120, 2012. Citado na página 14.
- DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde:: O trabalho de grupos em atenção primária. *Rev. APS*, p. 221–227, 2009. Citado na página 13.
- DU, S.; YUAN, C. Evaluation of patient self-management outcomes in health care: a systematic review. *Rev Int Nurs.*, p. 159–167, 2010. Citado na página 14.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *Cidades*. 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=_EN&codmun=421570&search=santa-catarina|santo-amaro-da-imperatriz>. Acesso em: 12 Fev. 2010. Citado na página 9.
- LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no brasil. *Saúde Soc.*, p. 867–874, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 15.
- MIRANDA, G. R.; OLIVEIRA, G. G.; GONÇALVES, M. C. *Educação Permanente em Saúde: Dispositivo para a Qualificação da Estratégia Saúde da Família*. Belém: UFPA, 2008. Citado na página 14.
- OLIVEIRA, J. M. A. M.; OLIVEIRA, M. C. M. *Educação em saúde: do Campanhismo a Saúde da Família*. Goiânia: Congresso Brasileiro de História da Educação, 2006. Citado na página 13.
- PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F. *Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica*. São Paulo: O Mundo da Saúde., 2007. Citado na página 13.
- RODRIGUES, D.; SANTOS, V. E. *A Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família.*: Uma revisão bibliográfica das publicações científicas no brasil. São Paulo: J Health Sci Inst., 2010. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 15.
- SOUZA, I. P. M. A.; JACOBINA, R. R. Educação em saúde e suas versões na história brasileira. *Rev. Baiana de Saúde Pública.*, p. 618–627, 2009. Citado na página 13.
- SUHONEN, R.; VÄLIMÄKI, M.; LEINO-KILPI, H. A review of outcomes of individualized nursing interventions on adult patients. *J. Clin Nurs.*, p. 843–860, 2008. Citado na página 15.