

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM**  
**GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Kyvia Caroline Alves dos Santos**

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE**  
**INTERVENÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE**

Maceió  
2020

**Kyvia Caroline Alves dos Santos**

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE  
INTERVENÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Multiprofissional em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professora Thatiana Regina Fávares.

Maceió

2020

**Catálogo na Fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

S237e Santos, Kyvia Caroline Alves dos.  
A educação em saúde como instrumento de intervenção na atenção primária de  
saúde / Kyvia Caroline Alves dos Santos. – 2021.  
43 f.

Orientadora: Thatiana Regina Favaro.  
Monografia (Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família) –  
Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2021.

Bibliografia: f. 41-43.

1. Atenção primária à saúde. 2. Educação em saúde. 3. Estilo de vida. I. Título.

CDU: 614

## Folha de Aprovação

**AUTOR: KYVIA CAROLINE ALVES DOS SANTOS**

### **A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE INTERVENÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE**

Projeto de Intervenção submetido ao corpo docente do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, vinculado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, e aprovado em 03 de março de 2021.



Profa. Thatiana Favaro  
Sisape - 1493347  
CPF: 939.675.279 - 77

---

Profa. Dra. Thatiana Regina Favaro  
Faculdade de Nutrição  
Universidade Federal de Alagoas  
(Orientadora)



Prof. Dr. João Barros de Araújo  
Faculdade de Nutrição  
UNIA  
Sisape - 1127098

---

Prof. Dr. João Barros de Araújo  
Faculdade de Nutrição  
Universidade Federal de Alagoas

Aponta pra fé e rema.

-Los Hermanos

## Agradecimentos

A Deus, pela vida e por cada momento vivido em busca dos meus sonhos.

A minha Família, por todo apoio, incentivo e carinho durante toda essa jornada, em especial a minha mãe Silvania, heroína que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço, a minha irmã, que apesar de difícil temperamento sonhou comigo, aos meus maiores incentivadores e a meu pai Cícero (in memória) pelos nossos sonhos roubados prematuramente e a minha amiga Wilma que foi precursora desse momento.

## RESUMO

A educação em saúde constitui uma série de atributos que tem como objetivo a realização de ações de construção do conhecimento da população junto a equipe de saúde da família priorizando a autonomia e as práticas saudáveis de saúde. A atenção primária de saúde, em sua abrangência e seguindo a política pública de humanização, usa a educação em saúde como instrumento de aprendizagem e construção do conhecimento influenciando as boas práticas de saúde e estimulando a mudança de hábitos. A equipe de saúde da família Pedro Domingues/José Ângelo da Silva identificou através do método de estimativa rápida nós críticos que com o auxílio da educação em saúde podem ser trabalhados promovendo a prevenção e a promoção em saúde. Fez-se uma pesquisa bibliográfica utilizando as palavras: atenção primária de saúde, educação em saúde e mudança de hábitos. Utilizando o potencial da atenção básica em aprimorar os serviços de saúde e junto à comunidade construir o conhecimento utilizou-se o método de planejamento estratégico situacional com o intuito de melhorar o desempenho e implantar a educação em saúde na rotina dos profissionais e da comunidade para que assim consiga-se empoderar e trazer a mudança de hábitos para a população.

Palavras-chave: Atenção primária de saúde. Educação em Saúde. Estilo de vida.

## ABSTRACT

Health education is a series that aims to carry out actions to build the population's knowledge with the family health team, prioritizing autonomy and good health practices. In primary health care in its scope and following the public policy of humanization, it uses health education as a tool for learning and building knowledge, influencing good health practices and encouraging changes in habits. The family health team Pedro Domingues / José Ângelo da Silva identified through the method of rapid estimation of critics that with the aid of health education can be worked on promoting prevention and health promotion. A bibliographic search was made using the words: primary health care, health education and changing habits. Using the potential of primary care to improve health services and together with the community to build knowledge, the situational strategic planning method was used in order to improve performance and implement health education in the routine of professionals and the community so that, it is possible to empower and bring about a change in habits for the population.

Keywords: Primary health care, Health Education and Life style.



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde.....16

Quadro 2 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alto risco de agravo por doenças cardiovasculares na população”, no território sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Chã do Miranda/Oiti, Zona rural, município de Limoeiro de Anadia, estado de Alagoas.....27

Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Gravidez na Adolescência”, no território sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Chã do Miranda/Oiti, Zona rural, município de Limoeiro de Anadia, estado de Alagoas.....31

Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Processo de trabalho em saúde fragmentado”, no território sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Chã do Miranda/Oiti, Zona rural, município de Limoeiro de Anadia, estado de Alagoas.....35

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABS	Atenção Básica à saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PI	Plano de Intervenção
PSE	Programa de saúde na escola
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde

## Sumário

1	INTRODUÇÃO .....	12
1.1.	Aspectos gerais do município de Limoeiro .....	12
1.2.	O sistema municipal de saúde.....	13
1.3.	Aspectos da comunidade .....	14
1.4.	Estratégia de saúde da família Pedro Domingues/José Ângelo da Silva .....	14
1.5.	O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Pedro Domingues e José Ângelo da Silva .....	15
1.6.	Priorização dos problemas para intervenção .....	15
2.	JUSTIFICATIVA.....	18
3.	OBJETIVOS .....	19
3.1.	Objetivo geral.....	19
3.2.	Objetivo específicos .....	19
4.	METODOLOGIA .....	19
5.	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	20
5.1.	A Educação em Saúde .....	20
5.2.	A Educação Permanente.....	22
5.3.	A Política Nacional De Educação Permanente Em Saúde .....	22
5.4.	A Educação Continuada .....	23
5.5.	A Atenção Primária como Pilar da Educação em Saúde .....	24
6.	PLANO DE INTERVENÇÃO .....	25
6.1	Difícil adesão ao tratamento de hipertensão .....	27
6.2	Gravidez na adolescência.....	30
6.3	Processo de trabalho em saúde fragmentado.....	34
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
	REFERÊNCIAS .....	41

## **1 INTRODUÇÃO**

Trata-se de um Projeto de intervenção construído durante a especialização de Gestão do Cuidado da Saúde da Família (Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas), realizado na Unidade Básica de Saúde Pedro Domingues/José Ângelo da Silva, município de Limoeiro de Anadia, Alagoas. Tal intervenção busca instituir a educação em saúde efetiva como instrumento transformador de hábitos. O município pertence a 7ª Região de Saúde, localizado no Agreste Alagoano e oferece além de atendimento ambulatorial e os programas disponibilizados pelo ministério da saúde. Para a realização desse trabalho foi utilizado um diagnóstico situacional e o método de estimativa rápida para a identificação dos problemas de saúde e a priorização dos nós críticos.

A microrregião supracitada trata-se de uma área rural, com escassez de empregos e de instrução da população, tendo uma difícil adesão nas terapêuticas recomendadas pelos profissionais de saúde, seguindo com atendimento em duas unidades de saúde, sendo uma central e um apoio, funcionando oito horas por dia, de segunda a sexta-feira. Há uma grande maioria de hipertensos no local, vendo que a maioria da população é de cor negra e parda, contando com alto índice de pacientes sequelados por doenças cardiovasculares, o município conta com a cobertura odontológica razoável e com alguns serviços médicos especializados.

### **1.1. Aspectos gerais do município de Limoeiro**

Limoeiro de Anadia é um município com 28.635 habitantes (população estimada pelo IBGE em 2019), localizada na região agreste de Alagoas e distante 117 km da capital do estado. O salário mensal gira em torno de 1.5 salários mínimos, onde a principal fonte de renda é a agricultura e pecuária, seguido pelos empregos gerados pela prefeitura e algumas fábricas que estão em funcionamento no novo distrito industrial localizado entre os povoados de mais fácil acesso Genipapo e Distrito Pé leve, no qual serão instaladas numerosas empresas gradativamente. A atividade política partidária encontra-se monopolizada por um grupo político familiar tradicional, revezando a administração ao longo da última década. A cidade de forte tradição religiosa católica, onde cerca de 90% da população compartilha da crença religiosa, destacando-se nas comemorações religiosas através dos grupos culturais em forma das danças dos

quilombos. Limoeiro de Anadia pertence à 7<sup>o</sup> região de saúde de Alagoas. O saneamento básico adequado corresponde apenas a 11.6%, onde 49.9% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 16.3% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Na educação, a taxa de escolarização entre 6 a 14 anos de idade é de 94.9% nos anos do ensino fundamental, com 3.858 matrículas no ensino fundamental, com 205 docentes distribuídos em 24 escolas e 1.058 matrículas no ensino médio com 33 docentes distribuídos em uma escola. (IBGE, 2017).

## **1.2. O sistema municipal de saúde**

O município de Limoeiro de Anadia tem uma cobertura da APS de 100%, as UBS contam com médicos, enfermeiras, técnicas, auxiliares de enfermagem, Agentes comunitários de saúde, onde são oferecidos os serviços saúde sexual e reprodutiva, pré-natal, puericultura, assistência ao hipertenso, diabético, saúde mental, DPOC, consultas ambulatoriais, imunização dentre outros serviços preconizados pelo ministério da saúde. A cobertura da equipe da saúde bucal conta com 80%, a unidade não disponibiliza o serviço devido à falta dos instrumentais odontológicos e falta de profissionais para atender a população, o atendimento fica por conta da unidade urbana com dia fixo com demanda espontânea de atendimentos até completarem as vagas do dia, desmotivando a busca de muito ao serviço pois na maioria das vezes ao chegar na unidade não há mais vagas. Existem assistentes sociais nas unidades centralizadas responsáveis pelas marcações dos médicos especialistas ofertados pelo município e de determinados exames, fazendo parte do atual plano de governo a descentralização.

Além da rede primária de atenção oferta alguns serviços de média complexidade, unidades de prestação de serviços como: A unidade Mista de saúde, Casa mamãe e o Bebê, medicina especializada e exames com 21 especialidades, uma farmácia central e 02 centros de reabilitação física, Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e contando ainda com, 23 Unidades básicas (entre centrais e apoios), tendo 11 Estratégias de Saúde da Família com 23 Unidades básicas de saúde (centrais e apoios), sendo uma unidade urbana, uma Periurbana e as demais rurais, uma unidade Mista de saúde, referência os atendimentos de urgência e emergência e atendimentos de média complexidade, a Casa mamãe e bebê com atendimento especializado e o CAPS.

### **1.3. Aspectos da comunidade**

A grande maioria dessa comunidade tem como sua principal fonte de renda a agricultura familiar com destaque para o plantio de cana de açúcar, tubérculos e raízes, com em média uma renda mensal de até 1.5 salário mínimo por pessoa no domicílio. A população tem sua maioria alfabetizada, com pelo menos o nível fundamental incompleto, com índice considerável de gravidez na adolescência cerca de 40% das gestantes tem menos de 20 anos, 19% têm hipertensão arterial sistêmica e 9% têm diabetes, 2% da população é acamado por sequelas de AVC ou algum tipo de acidente. os domicílios são em sua maioria de alvenaria com luz elétrica e com água encanada sem tratamento, onde os hipocloritos são distribuídos pelos ACS.

A estrutura de saneamento básico é inexistente, os domicílios utilizam-se de fossas secas, os povoados: Chã do Miranda e Gruta do Nego recebem abastecimento de água disponibilizado pela prefeitura com devido tratamento, lixo não é coletado, é queimado ou enterrado pela própria população. A maioria da comunidade é alfabetizada, contando com 03 escolas responsáveis pelo ensino fundamental I, contando também com 02 Unidades Básicas de Saúde e Pedro Domingues (Central) e José Ângelo da Silva (apoio) com uma equipe de saúde bucal que atende na unidade central.

### **1.4. Estratégia de saúde da família Pedro Domingues/José Ângelo da Silva**

A Estratégia de saúde da família atende a 1.800 habitantes nos povoados de Chã do Miranda, Gruta do Nego, Poço Comprido, Goiabeira e Oiti, localizados a cerca de 7 km do centro da cidade de Limoeiro. Trata-se de uma nova divisão de microrregião, com o crescimento populacional dos povoados a unidade José Ângelo da Silva se tornou anexo após a construção da UBS Pedro Domingues. A unidade central conta com: recepção, sala de espera ampla, sala de triagem, 02 consultórios, sala de curativo, sala de vacina, central de material esterilizado, expurgo, sala de observação, sala de saúde bucal, copa, banheiros, almoxarifado, farmácia e sala de reunião. A unidade de apoio conta com recepção, sala de espera pequena, 02 consultórios, sala de vacina/curativo, banheiros, sala de observação e farmácia, não existe sala de reunião, as reuniões são realizadas na sala de espera ou nos corredores dificultando a privacidade dos funcionários nas reuniões. As estruturas físicas das unidades no geral são bem acolhedoras e com espaço bem aproveitado para atender a população de 1.800

pessoas. A dificuldade hoje é a ausência de certos insumos e equipamento de autoclave para a realização de alguns procedimentos, o que constitui uma tensão entre os profissionais de saúde a exemplo da Odontóloga e Auxiliar de saúde bucal.

### **1.5. O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Pedro Domingues e José Ângelo da Silva**

A unidade de saúde funciona das 07h30min às 16h30min, é realizado um cronograma de atividades de assistência, assim como distribuições de atividades diárias, contando com uma diretora administrativa para cada UBS para contribuir para o processo de trabalho no cumprimento da qualidade do cuidado. Os agentes comunitários de saúde têm a instrução de triagem das prioridades, assim como os profissionais que realizam o primeiro acolhimento na unidade propiciando eficácia, efetividade, eficiência, otimização no atendimento. Os usuários que precisam de atendimento após o horário de funcionamento da ESF buscam o pronto atendimento da unidade Mista de Saúde.

A unidade realiza atendimentos agendados, demanda espontânea, os programas do ministério, atividades em conjunto com algumas secretarias como: educação, cultura, esporte e assistência social. Pelo grande quantitativo de hipertensos e diabéticos o cronograma da unidade é baseado na assistência quase que maciça desse público, utilizando as demais atividades que circundam o cuidado integral desse grupo assim como os demais, um claro exemplo é a imunização desse grupo, proposta de grupo “viva melhor” criado para incentivo de atividades físicas rotineiras.

O cronograma da UBS é baseado no planejamento estratégico em saúde realizado mensalmente de acordo com as reuniões multiprofissionais que de acordo com a necessidade e a viabilidade da microárea é realizada. O atendimento do médico e da enfermeira é unidirecional e segue o fluxo demandado no cronograma, sendo ajustado conforme a necessidade. São realizadas ações de educação permanente dentro e fora da unidade a exemplo de salas de espera, reuniões, Programa de saúde na escola (PSE), dentre outros.

### **1.6. Priorização dos problemas para intervenção**

A atenção básica ocupa o papel mais difícil nos modelos de redes, pois demonstra a mudança de hábitos, consciência em saúde, referenciamento, assim como acompanhamento junto às redes secundária e terciária de saúde, auxiliando na manutenção e acompanhamento na reabilitação.

Atuando prioritariamente na reorganização de práticas do sistema fragmentado hierarquizado (modelo de rede pirâmide), onde a atenção básica é a base, seguida da atenção secundária e com ápice na atenção terciária foi substituído pela rede poliárquica de atenção à saúde, demonstrando que a atenção primária é o subsídio de etapa obrigatória entre todas as outras redes de atenção à saúde, fundamentada como pilar de sustentação e direcionamento da saúde por assistir todos os sistemas de rede em aspecto integral ao que se trata de saúde.

Pode-se notar a partir da elaboração do presente plano de intervenção (PI) que a grande maioria dos hipertensos tem um comportamento difícil quanto a adesão da terapêutico prescrita para o tratamento da hipertensão, sendo o fator percussor para AVE e suas sequelas posteriores, demonstrando as deficiências no tratamento gerando inúmeros agravos que poderiam ser prevenidos, sendo o nó crítico 1 do presente plano de intervenção.

Outro ponto que foi destacado foi a gravidez na adolescência que tem uma incidência alta na comunidade, chamando até ao que uma gestação precoce pode acarretar como agravo de saúde posteriormente, desde complicações maternas, baixo peso ao nascer, baixo índice de aleitamento materno exclusivo entre outros eventos advindos de uma gestação na adolescência.

Uma questão de saúde que deve ser explorada é o processo de saúde fragmentado e as percas que esse evento traz a população em geral, o quanto um processo de saúde que segue um fluxo de organização centrado no bem estar da população seguindo a integralidade, equidade e universalidade beneficia a população. Para a realização de uma boa prestação de assistência faz-se necessário os insumos básicos que a unidade necessita para oferecer os serviços atrelados a atenção primaria. Os problemas de saúde supracitados no diagnostico realizado pela equipe de saúde foram priorizados e classificados de acordo com seu grau de importância. Definiu-se também a solução do problema em dentro da capacidade de enfrentamento da equipe



responsável pelo projeto. Por fim, os problemas foram numerados por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios. O Quadro 1 foi elaborado pela autora com base nesses critérios.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde

<b>Problemas</b>	<b>Importância*</b>	<b>Urgência**</b>	<b>Capacidade de enfrentamento***</b>	<b>Seleção/Priorização****</b>
Difícil adesão ao tratamento de hipertensão	Alta	15	Total	1°
Gravidez na adolescência	Alta	10	Total	2°
Processo de saúde fragmentado	Média	10	Total	3°

Fonte: Arquivos Unidade de atenção básica

Avaliando os problemas de saúde, trata-se de uma crescente preocupante, pela sua abrangência devastadora e por inúmeros fatores de risco associados. A atenção primária atua na promoção, prevenção, rastreamento, tratamento e na reabilitação, sendo componente crucial para o acompanhamento dos pacientes, ações como a criação de ações de saúde para promover a prevenção e estimular o autocuidado e a mudança de hábitos. Essas ações são construídas através do planejamento, que usa como pilar o planejamento estratégico situacional, criando etapas com sequência lógica de ações ou atividades visando um objetivo comum.

Um dos componentes mais preocupantes e destacado como primeiro item do quadro de prioridades do quadro difícil adesão ao tratamento de hipertensão, demonstrando seu potencial agravo e incidência e principalmente forma de prevenção desse agravo, é notório que a comunidade em sua maioria tem um baixo grau de instrução e conseqüentemente um déficit na educação em saúde, onde esse compilado de problemas de saúde geram agravos que poderiam se prevenidos através da construção do conhecimento entre os profissionais de saúde e a comunidade. A baixa instrução da comunidade gera vários agravos dentre eles evidencia-se na comunidade a gravidez na adolescência concomitantemente baixo peso das crianças ao nascer, ausência de aleitamento materno dentre outras. O estabelecimento de vínculo é o primeiro passo para conquistar a confiança dos populares e instruí-los dos seus hábitos e como melhorar seu estilo de vida e simultaneamente seu bem estar.

O ministério da saúde tem como princípios doutrinários a universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde, onde trabalha arduamente para seu estabelecimento, o processo de saúde fragmentado inviabiliza sua operacionalização, sendo um desafio dinâmico permanente e um dos principais obstáculos no princípio de integralidade, atualmente a saúde pública trabalha mais em ações específicas de grupos específicos ainda que minoritários em relação a população total interrompendo o fluxo determinado, vendo a necessidade hoje da reestruturação da rede desde dos níveis mais básicos aos de alta complexidade, sendo a atenção básica a porta de entrada e de identificação dos agravos, conseqüentemente sendo de um grau de importância muito subestimado pela maioria da população e dos profissionais da atenção secundária. (MS, 2000).

## **2. JUSTIFICATIVA**

O presente projeto de intervenção justifica-se pela possibilidade de propiciar a equipe de saúde Pedro Domingues/José Ângelo da Silva, a partir da educação em saúde e organização do processo de trabalho, realizar um estudo dos nós críticos do cotidiano e com embasamento teórico e metodológico desenvolver ações que contribuam para a resolutividade das problemáticas citadas, melhorando a qualidade do serviço à população local e conseqüentemente no bem estar popular.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo geral**

- Elaborar uma proposta de intervenção utilizando a educação em saúde como instrumento de melhoria da atenção básica em saúde.

#### **3.2. Objetivo específicos**

- Implementar práticas educativas atendem aos princípios da educação em saúde.
- Propiciar autonomia do sujeito na condição indispensável para a efetiva promoção da saúde.
- Ampliar as ações de promoção da saúde para além das atividades de criação de grupos e palestras.

### **4. METODOLOGIA**

Trata-se de um projeto de intervenção (PI) para a introdução da educação em saúde na melhoria dos problemas de saúde da população, com a utilização de rodas de conversa, salas de espera, reunião de grupos prioritários e elaboração de materiais informativos para população, para que dessa forma haja a diminuição das complicações advindas da descompensação da doença, trabalhando a promoção e prevenção em saúde. Utilizando de conteúdos de outros autores criando-se um conjunto de etapas para a educação em saúde e organização dos serviços através de uma revisão de literatura.

Para a formulação do presente PI foram utilizados dois métodos de planejamento, primeiramente através das reuniões mensais com profissionais foi estabelecido o diagnóstico situacional local, por meio do método de estimativa rápida para identificar os problemas de saúde.

A estimativa rápida participa como ferramenta de diagnóstico na Estratégia de Saúde da Família com o tema abordado. O estudo apresenta dados coletados no município, por meio do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), por meio de reuniões mensais da equipe de saúde, lideranças e observação em campo, buscando identificar problemas e potencialidades que influenciam a saúde. O estudo que a estimativa rápida promove maior participação da comunidade no planejamento, mas

também a intersetorialidade, gerando maior diálogo entre envolvidos e favorecendo a definição de ações e estratégias de promoção da saúde. (BADALOTTI, 2015).

Após a identificação das problemáticas foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES) para priorização e classificação dos problemas para iniciar-se o plano de ação e resolubilidade de cada um. O método simplificado do (PES) foi aplicado visando a priorização dos problemas de saúde. A proposta de intervenção foi desenvolvida com base no modelo de elaboração do plano de ação segundo os pressupostos do Módulo de Planejamento e Avaliação em Saúde. (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

Os trabalhos utilizados foram extraídos das plataformas de dados inseridas no portal regional da biblioteca virtual em saúde – BVS, Google acadêmico, Scielo, no Pubmed, o qual inclui “The Service of the National Library of Medicine and the National Institutes of Health” e na Cochrane Library. O levantamento dos artigos buscou construir uma rotina de educação e saúde que possibilite a organização do serviço e a melhoria dos problemas saúde em uma unidade de saúde da família, a adesão da melhor terapêutica que tiveram relevante grau de eficácia para cada ação proposta, que busque além da consulta objetiva e eficiente, a resolutividade dos problemas de saúde da comunidade e o estabelecimento de vínculo para assim favorecer a adesão a mudança de hábitos por um elemento afetivo e através da educação em saúde dos usuários e profissionais.

## **5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **5.1. A Educação em Saúde**

O Ministério da saúde define educação em saúde como o conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades. (MS, 2006).

O termo educação em saúde vem sendo utilizado no Brasil desde as primeiras décadas do século XX, nomeado de educação sanitária, que surgiu a partir da necessidade do estado em controlar as epidemias de doenças infectocontagiosas que assolavam a sociedade. (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2008)

As práticas de educação em saúde envolvem três segmentos fundamentais de atores prioritários: os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; os gestores que apoiem esses profissionais; e a

população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente. Embora a definição do MS apresenta elementos que pressupõem essa interação entre os três segmentos das estratégias utilizadas para o desenvolvimento desse processo, ainda existe grande distância entre retórica e prática.

Não há como não falar em educação em saúde destacar a educação permanente em saúde, pois os profissionais de saúde são protagonistas nesse processo e para realizá-lo com excelência faz-se necessário capacitá-lo para ajudar na construção de uma população instruída e ativa nas ações de saúde de sua comunidade. Bons profissionais conquistam a confiança e criam vínculo, facilitando o aconselhamento, os convites as ações de saúde, as terapêuticas prescritas havendo uma troca de conhecimentos e aceitação das boas práticas de saúde.

A educação em saúde evoluiu profundamente no seu conceito desde o seu início até os dias de hoje, anteriormente era associada apenas aos profissionais a transmitirem o conhecimento e a população receber essas informações, já na atualidade se torna mais abrangente, integradora e autônoma, tendo uma visão holística e dimensional, onde o conhecimento pertence a todos e a interação entre todos é essencial para o aprimoramento dos serviços em saúde.

A educação em saúde é um processo educativo que envolve relações entre profissionais e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar a sua autonomia nos cuidados individual e coletivamente. visa o desenvolvimento crítico e reflexivo do indivíduo sobre sua saúde, capacitando-o para opinar nas decisões de sua saúde. (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, o traço original da educação deste século é a colocação do indivíduo nos contextos social, político e ético-ideológico. A educação no século XX tornou-se permanente e social e as ideias universalmente difundidas entre elas é a de que não há idade para se educar, de que a educação se estende pela vida e ela não é neutra, mas engajada. (GADOTTI M, 2000). Para tanto, existem duas modalidades de educação no âmbito de trabalho em saúde: a educação continuada e a educação permanente.

A educação continuada envolve as atividades de ensino após a graduação, possui duração definida e utiliza metodologia tradicional, tais como as pós-graduações, enquanto a educação permanente estrutura-se a partir de dois elementos: as necessidades do processo de trabalho e o processo crítico como inclusivo ao trabalho. (MOTTA J.I.J. et al, 2002).

## **5.2. A Educação Permanente**

A Educação Permanente em Saúde (EPS) traz como marco conceitual uma concepção de trabalho no SUS como aprendizagem cotidiana e comprometida com os coletivos. Os atores do cotidiano são os principais detentores da tomada de decisão sobre acolher, respeitar, ouvir, cuidar e responder com elevada qualidade. A Educação Permanente em Saúde reconhece o cotidiano como lugar de invenções, acolhimento de desafios e substituição criativa de modelos por práticas cooperativas, colaborativas, integradas e corajosas na arte de escutar a diversidade e a pluralidade do País. Na proposta da Educação Permanente em Saúde, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção, da gestão, da participação ou da formação é construída na prática de equipes, trabalhadores e parceiros, devendo considerar a necessidade de implementar um trabalho relevante, de qualidade e resolutividade. As demandas para qualificação ou especialização são demandas para a promoção de pensamento e ação. (BRASIL, 2014).

A EPS representa um eixo transversal com ações próprias atendendo estratégias que envolvem a gestão e a regulação do trabalho, o provimento de profissionais, as interações entre parceiros nas políticas do trabalho em saúde e a condução de programas formativos decorrentes da composição de quadros profissionalizantes no cuidado, na docência e na mobilização de práticas pedagógicas na rede SUS.

A EPS deve sempre considerar as equipes multiprofissionais que atuam no SUS, construindo a interdisciplinaridade. Voltada aos problemas cotidianos das práticas das equipes, a EPS deve se inserir no processo de trabalho, gerando compromissos entre trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários, construindo o desenvolvimento individual e institucional.

## **5.3. A Política Nacional De Educação Permanente Em Saúde**

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) compreende que a transformação nos serviços, no ensino e na condução do sistema de saúde não pode ser considerada questão simplesmente técnica. Envolve mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. Como estratégia, deve contribuir para a necessária transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e das práticas de condução do sistema e dos serviços de saúde, abarcando

também a organização de modelos, processos colegiados e de assessoramento. Constitui-se em um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas esferas de gestão e as instituições formadoras, com vistas à construção de uma saúde que diga respeito aos seus usuários e valorize os atores sociais do trabalho. (BRASIL, 2014).

#### **5.4. A Educação Continuada**

De acordo com o Glossário eletrônico da BVS, educação continuada trata-se de coleta cumulativa de conhecimentos e informações técnico-científicas adquiridas pelo trabalhador com sequência lógica, por meio da construção da escolarização formal, de suas experiências e vivências e da sua participação dentro e fora da instituição. (BRASIL, 2009).

O primeiro grande marco da educação continuada ocorreu nos anos 50, com a reunião de Elsinor, ocorrida na Dinamarca em 1959, patrocinada pela Unesco, onde discutiram os fins e os métodos da educação de adultos e o papel da cooperação internacional, na reconstrução do pós-guerra. O foco desse encontro era que os gestores em saúde compreendessem que todo conhecimento se transforma e sua aprendizagem deve ser contínua. O lema vigente na época era "Há de se ajustar a um mundo novo em mutação". (BARROSO MGT, VARELA ZMV, 1979).

O segundo momento histórico manifesta-se na década de 1960 e tem como princípio aceitar o adulto como passível de aprender, mas de maneira diferente da criança e do adolescente. O enfoque é técnico institucional, devido a isso, aparecem projetos multinacionais de incentivo à capacitação de mão-de-obra. Tomando esse pressuposto os gestores recebem o incentivo de capacitar seus atuais funcionários para que dessa forma suas técnicas fossem aperfeiçoadas e assim houvesse uma qualidade maior dos serviços por eles executados.

### **5.5. A Atenção Primária como Pilar da Educação em Saúde**

A educação em saúde é um dos principais dispositivos para viabilizar a promoção da saúde na atenção primária à saúde no Brasil. O reconhecimento de que a saúde tem um caráter multidimensional e de que o usuário é um sujeito da educação em busca de autonomia são condições essenciais à prática neste âmbito da atenção. Essa premissa vai ao encontro das discussões sobre a promoção da saúde que ganharam força no Brasil a partir da década de 1980, em consonância com a realização das conferências internacionais de promoção da saúde, que definiram como princípios do campo a multicausalidade do processo saúde- doença, a intersetorialidade, a participação social e a sustentabilidade. (MUZZOLON, V. KHALAF, D.K, 2019)

KAWATA LS et al (2009) ressalta que é necessário buscar aprimoramento na qualidade de atenção por meio do conhecimento das demandas, o grau de relevância das modalidades, para que a partindo disso a programática para a hipertensão arterial e da situação dos indicadores de acompanhamento das ações desenvolvidos possa-se avaliar o desempenho dos serviços de saúde e assim identificar as falhas e melhorar a assistência.

Segundo RABETTI e FREITAS (2011) A Estratégia de saúde da Família (ESF) executam ações de saúde evidenciadas pelo Ministério da Saúde visão organizar a assistência primária, assim como o estreitamento de vínculo entre os portadores de hipertensão arterial e os serviços de saúde, buscando um atendimento sistemático, amplo, priorizando a equidade fazendo com que os princípios doutrinários sejam cumpridos.

A VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010) prioriza o atendimento com objetividade, com comunicação de fácil entendimento, fazendo com que o paciente se sinta acolhido e a consulta possa ser objetiva e ampla, para assim buscar um acompanhamento efetivo, com elementos que favoreçam as mudanças de hábitos.

OSTERBERG E BLASCHK (2005) ressalta quatro categorias para adesão do regime terapêutico: educação do paciente, comunicação estabelecida com os profissionais de saúde, posologia e tipo do fármaco, a disponibilidade dos serviços de saúde para atender o doente.

GIORGI (1989) demonstra a extrema importância o estabelecimento de um relacionamento entre paciente e profissional, especialmente no que diz respeito à



transmissão de informações sobre o tratamento que será seguido corretamente sem desistências.

Segundo OLIVEIRA e PEREIRA (2013), a atenção primária à saúde está entre os atributos essenciais para o cuidado continuado e criação de vínculo no primeiro contato, a longitudinalidade e integralidade. Demonstrando que APS está dentre os pilares para a totalidade em saúde, partindo do estabelecimento de uma relação de confiança e respeito, possibilitando um paciente melhor assistido, que adere às terapêuticas recomendadas e dessa forma efetivo nas ações em saúde.

## **6. PLANO DE INTERVENÇÃO**

O plano de intervenção trata-se de uma proposta de ação criada pelo profissional que através da observação do seu território de atuação identificou problemas e busca melhorar as condições de saúde, tendo o intuito de planejar, implementar e os resultados esperados das ações desenvolvidas. Um projeto de intervenção como o próprio fundamentar as ações por meio de referencial teórico através de pesquisas e revisões de literatura, avaliações e mudanças para adequações nos sujeitos da pesquisa, proporcionando a produção de novos conhecimentos aperfeiçoando o serviço de saúde. (UNITINS, 2015).

Através do método da estimativa rápida que trata identificar as principais ameaças em saúde e realizar uma classificação prioritária dessas problemáticas, realizado em sua maioria reuniões, onde os planejadores avaliam e destacam as prioridades. A metodologia da estimativa rápida é remete a um método antigo utilizado para o planejamento, beneficiando não apenas a população pela sua agilidade de identificação e eficiência nos custos, mas fazendo valer a equidade, um dos princípios do SUS. (OMS, 1988).

O planejamento é um instrumento fundamental em qualquer nível de rede de atenção, trata-se de ação pensa a partir do levantamento de uma hipótese ou situação já instalada na rede que se vivencia, executada para evitar surpresas e imprevistos, onde a equipe de saúde é munida de estratégias para driblar incêndios e seguir os esquemas previamente estipulados ou até mesmo pensados durante a problemática vivida, planejar é pensar antes, durante e depois de agir. (CAMPOS GWS et al, 1989).

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) é um plano metodicamente estruturado através de atividades que leva em consideração o momento atual da

população atendida pela instituição de saúde, permanecendo flexível para se adaptações constantes de acordo com as mudanças de uma situação real organizacional, onde planejar é preparar-se para a ação. Os fundamentos teóricos da PES se dividem em três aspectos que são: O projeto de governo que se trata do plano que a equipe de saúde irá usar para chegar aos seus objetivos, governabilidade que são as variáveis que não são controláveis e são necessárias para implementação do plano e a capacidade de governo que trata das experiências e cumulativo de conhecimentos que a equipe domina sob o contexto que está sendo vivenciado e é fundamental para a implementação do plano. (BRASIL, 2014).

Utilizando o método de estimativa rápida pode-se identificar alguns problemas de saúde prioritários a exemplo da difícil adesão às terapêuticas prescritas aos pacientes hipertensos, pela falta de instrução e conscientização dos agravos gerados pela enfermidade em muitos casos gerando um grande número de pacientes sequelados devido à má condução de doenças cardiovasculares, havendo a ausência de priorização do bem estar. A gravidez na adolescência, e baixo peso ao nascer e baixa adesão ao aleitamento materno exclusivo demonstram a ausência de educação sexual e saúde reprodutiva atrelada a falta de parcerias entre a educação e a saúde nas escolas, assim como ações de educação em saúde a população de adolescentes com escassas informações sobre métodos anticoncepcionais prevenção de ISTs. O processo de saúde fragmentado vai desde o processo unilateral e centralizador de serviços, onde os insumos não podem faltar na unidade de pronto atendimento o seu abastecimento é sempre priorizado, deixando para segundo plano as UBS, uma constância no município há muito tempo.

Para a proposta do plano de intervenção foi considerado o seguinte problema: “Como utilizar a educação em saúde como instrumento de intervenção na atenção básica de saúde”, demonstrando que através de ações de saúde, como salas de espera, destruição de panfletos educativos, rodas de conversa, grupos de saúde, reuniões mensais, hiperdia dentre outras a dissipação do conhecimento dinâmico construído pelo profissional junto ao paciente incentiva a mudança de estilo de vida, preconizando bons hábitos de saúde. Em conformidade com a educação permanente para os profissionais de saúde que contribuíram inteiramente no processo da educação em saúde, construindo o saber profissional e conseqüentemente melhorar as formas de intervir na comunidade.

Para o melhoramento do serviço de saúde ofertado pela estratégia de saúde da família é necessário um aperfeiçoamento constante da equipe de saúde assim como instruir a comunidade, identificando e classificando os problemas prioritários vivenciados pela população, onde a partir dos mesmos se faz necessário a elaboração de um plano de intervenção.

### **6.1 Dificil adesão ao tratamento de hipertensão**

Com uma população de difícil adesão ao tratamento de hipertensão domiciliar, o tratamento domiciliar para hipertensão muitas vezes torna-se inefetivo, pela ausência da posologia indicada, esquecimento ou até não saber como tomar o medicamento, ausência da medicação na UBS, recusa do paciente a realizar o tratamento. O quantitativo de pacientes sequelados por Acidente Vascular Encefálico e outros agravos gerados pelo tratamento indevido é uma crescente, em sua maioria acamados, domiciliados e sem tratamento de reabilitação tornando o ruim prognóstico longo para a terapêutica prescrita, assim como referência desses atendimentos de urgência são realizados no Hospital geral do Estado que é muito distante do município. Os atendimentos de urgência de crises agudas de hipertensão e diabetes são uma tribulação aos profissionais que tendem a encaminhar os pacientes com picos hipertensivos isolados e hiperglicemia pela ausência de insumos e medicações injetáveis, assistências que poderiam ser prestadas sem maiores preocupações se a UBS fossem munidas desses materiais. A população não tem deficiência em educação em saúde assim como a equipe de ACS.

Através das rodas de conversa, sala de espera, ações de hiperdia, introdução de adesivos nos horários de medicação, instrução e estimulação dos hipertensos salientando quanto a adesão terapêutica dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, como a maioria desse público tem baixo nível de instrução o conhecimento construído de forma dinâmica e iterativa é feito de modo claro e simples sempre estimulando a participação da comunidade abrindo espaço para compartilhamento de experiências e hábitos introduzidos que ajudaram a lidar com a hipertensão e seu tratamento. As atividades se iniciaram nos meses de março e abril de 2021 com análise posterior de resultado esperados para ajustes e melhorias, estendendo-se como rotina da unidade.

As rodas de conversa iram acontecer mensalmente antecedendo a entrega dos anti-

hipertensivos e hiperdia, semanalmente nas salas de espera, abordando temas como: alimentação saudável, administração consciente de medicações, agravos gerados pela ausência de tratamento, atividade física, dentre outros. A população tem com coeficiente de 19% de hipertensos e 9% de diabéticos com difícil adesão às terapêuticas prescritas, contando 2% da comunidade de acamados por sequelas de AVC, avaliando que a grande maioria dos habitantes, tem baixo nível de instrução, tabagismo, etilistas, hábitos alimentares ricos em sódio e gordura, a partir dessas informações percebemos o alto risco de agravos causados por doenças cardiovasculares para amenizar é aconselhável aprimorar o conhecimento dos pacientes e familiares sobre terapêutica e autocuidado, demonstrando os agravos e sequelas que os maus hábitos causam na população, onde a partir da identificação das principais deficiências dos mesmos a serem modificadas por meio da mudança de hábitos pela conscientização da educação em saúde.

Quadro 2- Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Não adesão ao tratamento da hipertensão”, no território sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Chã do Miranda/Oiti, Zona rural, município de Limoeiro de Anadia, estado de Alagoas.

NÓ CRÍTICO 1	Não adesão ao tratamento da hipertensão
OPERAÇÃO	Mudança de hábitos
PROJETO/RESULTADOS ESPERADOS	Melhoria da qualidade de vida/ diminuir o sobrepeso e tabagismo, incorporar atividade física na rotina popular.
PRODUTOS ESPERADOS	Reavivar o programa viva melhor, onde o educador físico realiza atividades físicas em grupo três dias na semana.

	Utilizar meios de comunicação como carro de som periodicamente avisando dos programas e sua importância.
RECURSOS NECESSÁRIOS	<p>Cognitivo: Instruir o público alvo sobre a temática através da comunicação e a construção de conhecimentos</p> <p>Político: conseguir carro de som para comunicação de fácil disseminação para a comunidade em articulação com a secretaria de esporte e cultura.</p> <p>Financeiro: confecção de recursos audiovisuais, folhetos educativos etc.</p>
RECURSOS CRÍTICOS	<p>Político: conseguir carro de som para comunicação de fácil disseminação para a comunidade em articulação com a secretaria de esporte e cultura.</p> <p>Financeiro: confecção de recursos audiovisuais, folhetos educativos etc.</p>
VIABILIDADE DO PLANO: CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS (ATORES /MOTIVAÇÃO)	Secretário de cultura (Motivação Favorável), Secretário de saúde (Motivação Favorável) e Secretário de educação (Motivação Favorável).

VIABILIDADE DO PLANO: AÇÕES ESTRATÉGIAS	Reuniões periódicas com autoridades intersetoriais com secretários de esporte, cultura, educação e saúde.
RESPONSÁVEL (EIS) (GERENTES) PELO ACOMPANHAMENTO DAS OPERAÇÕES	Educadores físicos, enfermeiros e fisioterapeutas.
PRAZO	02 meses para início das práticas.
GESTÃO DO PLANO: PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS OPERAÇÕES	Reativação do programa viva bem aos 2 meses implantados nas microáreas, campanha de informação das atividades disponibilizadas imediato após formação da equipe e formulação do cronograma

Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

## 6.2 Gravidez na adolescência

O grau de instrução da população fala muito sobre a forma de passar as informações, a partir de identificação desse nó crítico, conhecer a população, suas crenças e religiosidade são indispensáveis no processo de construção do conhecimento, vendo que quanto mais baixo o grau de instrução mais clara e objetiva deve ser a informação passada, utilizando de meios visuais e auditivos para fácil aprendizagem e entendimento da temática. A Construção desse conhecimento deve ser de forma dinâmica, simples e fácil para melhor entendimento da informação e conseqüentemente da implementação das prescrições realizadas realizando assim a promoção e a prevenção a saúde torna-se efetiva e com boa aceitação pela maioria da comunidade.

A gravidez na adolescência é um problema mundial de saúde e uma realidade nas comunidades atendidas pela AP sendo 40% das gestantes locais, gerando inúmeras consequências dentre elas perdas sociais e econômicas às mães e aos seus filhos, desde o abandono da escola ao baixo peso ao nascer ou até mesmo morte.

A atenção básica está deficiente nas políticas de educação sexual ou não estão sendo efetivas, na divulgação dos meios anticoncepcionais na UBS devem ir muito além do mero oferecimento a população, deve haver o aconselhamento, demonstração e adequado para o estilo de vida de cada pessoa, para além da prevenção das ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis) haver o planejamento familiar, para a preparação dessa família para receber esse conceito que estará por vir. Havendo o fortalecimento e facilitação para o bom desenvolvimento e prevenção de agravos como: baixo peso ao nascer e baixa adesão ao aleitamento materno exclusivo, são exemplos da baixa instrução da maioria da população é possível desenvolver um processo de educação continuada para os adolescentes trabalhando a educação sexual, intensificando ações que junto à população o conhecimento seja.

À ausência da educação sexual e reprodutiva é a principal causa desse agravo, onde a instalação da ação de saúde se dará dentro de um mês e será realizada bimestralmente e se estenderá por volta de 18 meses, em conjunto com as escolas de forma de dinâmica e consciente de acordo com a faixa etária, instruindo meninos e meninas em idade escolar, através de rodas de conversa, palestras e os convidando a visitar a UBS para qualquer dúvida ou esclarecimento sobre as temáticas que a família tem dificuldade de abordar. Serão demonstrados os meios anticoncepcionais, prevenção de ISTs, consequências de gravidez na adolescência. Os conteúdos abordados nas ações de saúde serão estudados junto a escola e grupo de pais para evitar repercussões negativas da atividade educação sexual, salientando a importância desse trabalho para o benefício da comunidade em geral e principalmente para os adolescentes. No quadro 3 pode-se ver

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Gravidez na adolescência”, no território sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Chã do Miranda/Oiti, Zona rural, município de Limoeiro de Anadia, estado de Alagoas.

NÓ CRÍTICO 2	Gravidez na adolescência
OPERAÇÃO	<p>Promover a educação sexual aos adolescentes de forma clara desmistificando métodos anticoncepcionais e prevenção das ISTs.</p> <p>Melhorar a forma de passar o conhecimento para a população que tem baixo nível de instrução, usando linguagem simples e de fácil entendimento do conhecimento construído, através de instrumento visuais, adesivos, calendários dentre outros para adesão das terapêuticas prescritas.</p>
PROJETO/RESULTADOS ESPERADOS	<p>Conhecimento/instruir e/ou conscientizar de forma simples e de fácil entendimento toda e qualquer informação auxiliando o processo de autocuidado.</p> <p>Diminuir incidência de gravidez na adolescência e baixo peso neonatal ao nascer.</p> <p>Aumentar o índice de aleitamento materno exclusivo.</p>
PRODUTOS ESPERADOS	<p>Incorporar a saúde reprodutiva na adolescência e na saúde na escola atualizações sobre diferentes temáticas sobre cuidados anticoncepcionais, ISTs, planejamento familiar dentre outros, perigos e nas redes de comunicação como redes sociais, faixas, outdoors com informações simples e esclarecedoras. Propiciar salas de espera sobre o tema nas unidades de saúde, escolas, estabelecimentos públicos e etc.</p>



<p>RECURSOS NECESSÁRIOS</p>	<p>Cognitivos: Equipe de saúde preparada e instruída sobre as restrições de determinados grupos utilizando um processo continuado entre a equipe.</p> <p>Políticos: Fornecer recursos para educação permanente.</p> <p>Organizacionais: construção de agenda solicitando materiais, profissionais e os recursos necessários.</p> <p>Financeiros: Confeção de adesivos, cartazes, imagens autoexplicativas de impressos e digitais.</p>
<p>RECURSOS CRÍTICOS</p>	<p>Construção multissetorial de instrumentos autoexplicativos, gestão iterativa e ouvidoria.</p>
<p>VIABILIDADE DO PLANO: CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS (ATORES /MOTIVAÇÃO)</p>	<p>Secretaria de educação (Motivação Favorável), secretaria de saúde (Motivação Favorável).</p>
<p>VIABILIDADE DO PLANO: AÇÕES ESTRATÉGIAS</p>	<p>Reuniões setoriais, discussões periódicas, consolidados trimestrais e aconselhamento</p>
<p>RESPONSÁVEL (EIS) (GERENTES) PELO ACOMPANHAMENTO DAS OPERAÇÕES</p>	<p>Enfermeiros, médicos e educadores.</p>

PRAZO	Início em 01 mês, término com 18 meses.
GESTÃO DO PLANO: PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS OPERAÇÕES	<p>Maior nível de conhecimento em 24 meses na população geral, diminuição dos agravos como: gestação na gravidez e neonatos com baixo peso ao nascer.</p> <p>Alta taxa de aleitamento materno exclusivo</p> <p>Crescimento e desenvolvimento dentro da normalidade na criança</p> <p>Disseminação de conhecimentos nas redes sociais e meios de comunicação durante todos os meses.</p>

Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

### 6.3 Processo de trabalho em saúde fragmentado

Não apenas as comunidades de abrangência da UBS Pedro Domingos/ José Ângelo sofre com o processo de trabalho em saúde fragmentado, mas sim todo o município, o fluxo atual desprivilegia a atenção básica desde a questão de insumos, impossibilitando a realização de determinados procedimentos, seguindo o modelo centralizador distribuindo insumos apenas para o pronto atendimento. Essas ações seguem contra os princípios da integralidade e universalidade operacionalizado pelo SUS, impossibilitando muitas vezes o serviço de porta de entrada da unidade básica.

A ação de saúde trata-se de sensibilizar os gerentes de saúde sobre a importância do abastecimento de materiais para realização dos procedimentos que devem ser realizados na UBS, onde que muitas vezes por ausência dos materiais os pacientes são

encaminhados ao pronto atendimento localizado na cidade para realização dos mesmos, muitas vezes pela distância existe uma dificuldade para o deslocamento e realização do procedimento.

As atividades de saúde se darão por meio de reuniões mensais com farmacêuticos, coordenação de atenção básica, médicos e enfermeiros para demonstrativos de produção de procedimentos, durante 06 (seis) meses desafogamento do pronto atendimento local, melhora da qualidade de serviço e estabelecimento dos princípios do SUS como o recomendado.

A atenção básica nesse município prioriza alcançar as metas, seguindo o modelo da assistencial do diagnóstico e tratamento, esquecendo dos instrumentos preventivos que possibilitam educar a população e promover a saúde evitando agravos e conseqüentemente menos pessoas adoecidas e sequeladas, potencializando a autonomia e o conhecimento da população, criando um giro de boas informações gerando a adequação dos bons hábitos de saúde. O processo de saúde fragmentado trata-se de um demonstrativo de contribuições que o trabalho unidirecional, fugindo dos princípios do SUS que trabalha a integralidade do serviço, onde a unidade básica de saúde deve ser porta de entrada seja urgência ou acompanhamento do usuário e sendo resolutiva ao identificar os problemas de saúde, tendo unidade para os referenciamento e contrarreferências dos encaminhamentos. Além dos referenciamentos com pontos de atendimento e assistência a atenção básica trabalha a conscientização sob a importância dos insumos pode propiciar para melhor atender a comunidade, além de prestar uma atenção integral evita-se o grande fluxo no pronto atendimento municipal.

O agendamento de reuniões para discutir os problemas e ações de intervenção e melhorias ocorridos nos dias após a implementação do presente plano de intervenção, para avaliar resultados mantendo ações, melhorando-as ou até mesmo eliminando-as, para que dessa forma se possa melhorar os problemas de saúde.

O município permanece num modelo de saúde centralizador de serviços, onde os insumos são destinados a pronto atendimento, os serviços de média e alta complexidade padecem mesma política, as reuniões para a discussão da qualidade de serviço entre as coordenações e gerentes são extintas, prejudicando o serviço de promoção, prevenção,

reabilitação e principalmente de porta de entrada para as emergências pela ausência de condições de trabalho fragmentando todo processo de saúde a qual as equipes estão destinadas e indo contra a universalidade, integralidade e equidade pregados pelo SUS.

Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Processo de trabalho em saúde fragmentado”, no território sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Chã do Miranda/Oiti, Zona rural, município de Limoeiro de Anadia, estado de Alagoas.

NÓ CRÍTICO 3	Processo de trabalho em saúde fragmentado
OPERAÇÃO	Processo de trabalho unidirecional
PROJETO/RESULTADOS ESPERADOS	Melhoria no cuidado/Excelência na qualidade de serviços
PRODUTOS ESPERADOS	Qualificar profissionais, instruindo quanto ao processo de trabalho unidirecional e descentralizado.
RECURSOS NECESSÁRIOS	<p>Cognitivos: Equipe de saúde preparada e instruída sobre a temática, onde a demonstração dos riscos e benefícios gerados pelo modelo integral de atenção ao cuidado.</p> <p>Organizacionais: Organizar protocolos para encaminhamentos, horários, agenda e cronogramas de solicitações e informativos sob modificações de insumos.</p>

	<p>Políticos: Aumentar ementas para custeio dos recursos necessários.</p> <p>Financeiros: Aquisição de insumos para a distribuição, disponibilização de exames e médicos especialistas para referenciamento.</p>
RECURSOS CRÍTICOS	Planejamento multiprofissional.
VIABILIDADE DO PLANO: CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS (ATORES /MOTIVAÇÃO)	Gestão municipal (Motivação Favorável), secretário de saúde (Motivação Favorável), equipe farmacêutica (Motivação Favorável).
VIABILIDADE DO PLANO: AÇÕES ESTRATÉGIAS	Criação de protocolo de estruturação de rede de atendimento, fluxo e reuniões periódicas para a discussão dos problemas e as melhorias adquiridas.
RESPONSÁVEL (EIS) (GERENTES) PELO ACOMPANHAMENTO DAS OPERAÇÕES	Coordenação de atenção à saúde e atenção básica de saúde e farmacêuticos.
PRAZO	06 meses

GESTÃO DO PLANO: PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS OPERAÇÕES	Acompanhamento de compras, Presunção de gastos e fluxo de distribuição de insumos e agendamento profissionais mensalmente.
--	--

Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação em saúde é um processo de desenvolvimento do ser crítico e reflexivo, trazendo a autonomia à população, propondo as ações de mudança e transformação na qualidade de vida, mostrando as assertivas nas decisões de saúde, através da construção do seu conhecimento. Demonstrado que após a integração dos bons hábitos de saúde eram capazes de intervir no processo de saúde-doença, prevenido, diagnosticando e tratando as enfermidades.

O estabelecimento de vínculo e confiança entre os profissionais de saúde associados a instrumentos potencializa a efetividade e estimula a mudança de hábitos da comunidade, uma vez que o vínculo é instaurado as ações de saúde são melhores aceitas e seguidas conforme as orientações, respeitando as crenças e cultura local, seguindo um processo unidirecional, onde o objetivo é promover a saúde como um todo.

Os profissionais de saúde utilizam-se além da relação de confiança com os usuários protocolos objetivos para o acompanhamento pressórico já que é um ponto bastante enfatizado para a prevenção das complicações cardiovasculares, além de nortear a consulta para melhor assistência e agilidade, abrangendo todos os pontos importantes melhorando o diálogo e abrangendo o maior quantitativo e qualitativo possível, gerando confiabilidade no desenvolvimento do protocolo junto à população alvo, processo que se torna contínuo unânime na APS no processo pela integralidade, universalidade e equidade.

Partindo do princípio do método de estimativa rápida identificamos os problemas prioritários e partindo deles priorizamos os nós críticos a partir da sua relevância, o alto risco de doenças cardiovasculares se destaca entre eles pelo número de hipertensos na população e de pacientes sequelados por agravamento dessas doenças, pela não adesão a terapêutica, alta taxa de gravidez na adolescência, baixo índice aleitamento materno e baixo peso ao nascer. A educação em saúde é deficiente, as ações de saúde são inexistentes, prejudicando a construção do conhecimento da população, conseqüentemente a autonomia popular não é construída da forma adequada. A distribuição dos insumos é fragmentada e centralizada nas unidades hospitalares municipais, deixando o processo de integralidade prejudicado gerando transtornos durante emergências ambulatoriais

Os profissionais em sua maioria ainda não estão qualificados para gerenciar essas

atividades de educação, vendo essa problemática se buscou uma resolutiva para buscar capacitar esses trabalhadores da saúde, uma das devolutivas encontradas foi a disponibilização de especialização em gestão do cuidado como a exemplo do curso de aperfeiçoamento que estamos vivendo. A presente especialização busca junto a esses profissionais construir conhecimentos e compartilhar conhecimentos para melhorias na Atenção primária de saúde, desta forma trazendo melhorias em sua totalidade.



## REFERÊNCIAS

BADALOTTI, RM; Magro, M.L.P.D.; Tonezer, C. **Editorial**. Revista Grifos - N. 38/39 – 2015.

BARROSO. MGT, Varela ZMV. **Educação continuada: requisito básico para o crescimento profissional**. In: Anais do XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem, Fortaleza, 1979. Fortaleza, Associação Brasileira de Enfermagem - seção Ceará, p. 101-106. 1979.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Planejamento. **Sus Princípios e Conquistas**. Brasília, 2000. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia**. São Paulo, v. 5. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Educação Permanente em Saúde. **Reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES). Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde**. Resultados e perspectivas. Brasília, 2014.

BUSS, PM; FILHO, A. **Os determinantes sociais da saúde**. Physis Vol. 17 n°1, Rio de Janeiro.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Elaboração do plano de ação.** In: CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG. 2010

CAMPOS GWS, MEHRY EE, NUNES E (orgs) **Planejamento sem normas.** São Paulo, Hucitec, 1989.

Fundação Universidade do Tocantins – UNITINS. **Roteiro para Elaboração de Projeto de Intervenção.** Palmas-TO; 2015. Acesso em: 27 de dezembro de 2020.

Gadotti M. **Perspectivas atuais da Educação.** São Paulo em Perspectiva 2000; 2(14):3-11.

GIORGI DMA. **Estudo sobre algumas variáveis que influenciam a aderência ao tratamento em hipertensão arterial.** Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1989.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatística por cidade- Limoeiro de Anadia\AL.** 2017. Disponível em: ><https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/al/limoeiro-de-anadia.html>< Acesso em 04 de abril 2020.

Luz S. **Educação continuada: estudo descritivo de instituições hospitalares.** O mundo da saúde 2000; 24(5):343-351.

KAHAN B, GOODSTADT M. **Health Promotion: Developing and implementing a best practices approach to health promotion.** Health Prom Practice. 2001.

KAWATA LS, Mishima SM, Chirelli MQ, Pereira MJB. **O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão.** Texto Contexto Enferm. 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva.** vol.15 n°.5 Rio de Janeiro, ago. 2010.

MOROSINI, M.V; FONSECA, A.F; PEREIRA, I. **Educação em saúde.** In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. **Dicionário de Educação Profissional em Saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV. 2008.

MOTTA JIJ, RIBEIRO ECO, WORZOLER MCC, BARRETO CMG, CANDAL S. **Educação permanente em saúde**. Olho Mágico 2002.

MUZZOLON, V. KHALAF, DK. **Educação permanente em saúde: um instrumento para a transformação e qualificação da atenção à saúde**. Universidade Federal do Paraná. Setor de ciências sociais aplicadas. Curso de especialização em gestão da Saúde. 2019.

OLIVEIRA, M.A.C; Pereira, I. C. **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família**. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept. 2013

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Diretrizes para uma estimativa rápida visando avaliar as necessidades de saúde da comunidade**. Divisão de Fortalecimento dos Serviços de Saúde, Genebra, 1988.

OSTERBERG, L; BLASCHKE, T. **Drug Therapy: Adherence to Medication**. The New England Journal of Medicine. 353. Pp. 487-497. (2005).

RABETTI AC, Freitas SFT. **Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica**. Rev Saúde Pública. 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

WESTPHAL MF. **Promoção da saúde e prevenção de doenças**. Em: Campos GW, org. Tratado de saúde coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz; 2006.