



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

Especialização em Saúde da Família

Luciana Alves Lourenço

**Educação em Saúde: Uma Abordagem Preventiva Direcionada
à Comunidade da CF Odicéia Moraes, no Município de Nova
Iguaçu.**

Rio de Janeiro

2016

Luciana Alves Lourenço

**Educação em Saúde: Uma Abordagem Preventiva Direcionada à
Comunidade da CF Odicéia Moraes, no Município de Nova Iguaçu.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado, como requisito parcial para
obtenção do título de especialista em
Saúde da Família, a Universidade Aberta
do SUS.

Orientadora: Ana Maria Porto da Costa

Rio de Janeiro

2016

RESUMO

O conceito de saúde não pode ser definido apenas como ausência de doença, abrangendo prerrogativas maiores como boas condições de vida (acesso a informação, aos serviços de saúde e saneamento), lazer, satisfação pessoal e até mesmo felicidade. Tais prerrogativas são diretamente influenciadas por fatores socioeconômicos, e podem, portanto, sofrer mudanças de acordo com a época e a comunidade observada. Educar em saúde, ao longo do tempo, passou a ser sinônimo de capacitar, de forma individual ou coletiva, com a finalidade de que situações potencialmente problemáticas possam ser detectadas (previstas) em tempo satisfatório. Assim sendo, educar tornou-se uma forma de prevenir o surgimento das doenças e dos seus agravos. Este estudo descreve a experiência da autora com a implementação de ações de educação em saúde na equipe 2 da ESF Odicéia Morais, município de Nova Iguaçu, RJ, que através de abordagens coletivas, por meio de salas de espera, e abordagens individuais, em consultas programadas, proporcionou diferentes vivências para a equipe e usuários que convidam a mudanças no processo de trabalho da equipe e na vinculação e apropriação do espaço de saúde pela comunidade.

Descritores: educação em saúde; atenção primária, trabalho em equipe.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	5
1.1	Situação Problema	6
1.2	Justificativa	6
1.3	Objetivos	7
	Objetivo Geral	7
	Objetivo Específico	7
2.	REVISÃO DE LITERATURA	7
3.	METODOLOGIA	12
3.1	Público alvo	12
3.2	Desenho da operação	13
3.3	Parcerias Estabelecidas	14
3.4	Recursos Necessários	15
3.5	Orçamento	15
3.6	Cronograma de Execução	15
3.7	Resultados Esperados	16
3.8	Avaliação	17
4.	CONCLUSÃO	18
	REFERÊNCIAS	19

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho foi realizado para atender a exigência do Curso de Especialização em Saúde da Família, oferecido pela Universidade Aberta do SUS/UERJ, e envolve a elaboração de projeto de intervenção na comunidade Pombal atendida pela Clínica de Saúde da Família Odicéia Moraes, no município de Nova Iguaçu, no estado do Rio de Janeiro.

Nova Iguaçu é um município brasileiro pertencente ao Estado do Rio de Janeiro. Localiza-se a noroeste da capital do estado, distando desta cerca de 28 km e ocupa uma área de 523,888 km². Em 2015, sua população foi estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 807.492. Em 2012, era o quarto mais populoso do Rio de Janeiro, atrás somente de Duque de Caxias, de São Gonçalo e da capital. Se comparado aos municípios brasileiros, encontra-se no 19º lugar em número de população. (BRASIL, 2008; IBGE, 2012; IBGE, 2015).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Odicéia Moraes foi convertida em Clínica da Família há pouco mais de um ano, com duas equipes e alguns especialistas remanescentes da UBS. Há cerca de seis meses a área de adscrição foi ampliada criando-se mais uma equipe. O presente trabalho foi desenvolvido pela equipe 2 e destinado a sua área de adscrição que conta com uma população de cerca de 1320 pessoas, segundo informação dos agentes comunitários de saúde (ACS),.

A motivação deste estudo surgiu a partir da observação de que os usuários apresentavam carência de informações básicas, como cuidados básicos de alimentação e prática de atividade física, e muitos usuários não conseguiam utilizar a posologia adequada das medicações prescritas interferindo na condição de saúde dos mesmos.

Assim, as ações de educação em saúde ganham importância nesta comunidade, tornando-se importante instrumento de abordagem dos usuários capaz de contribuir para a autonomia e um novo cuidado em saúde que impacte o perfil de morbimortalidade local.

1.1 Situação-problema

Na Clínica de Saúde da Família Odicéia Morais o índice de portadores de doenças crônicas é elevado, principalmente Hipertensão Arterial Sistêmica (30%) e Diabetes Mellitus (15%), o que pode ser explicado pelo elevado número de idosos na área, 32% dos indivíduos. Era comum agendamento de consultas para renovação de receitas dos medicamentos utilizados e havia um estranhamento quando o profissional de saúde se propunha a explicar o que era ser hipertenso ou diabético (ou asmático, ou cardiopata), e o que poderia ser feito pelo próprio paciente (além de fazer uso correto da medicação prescrita), para que sua qualidade de vida aumentasse. Também foi observado que, apesar da receita, muitos faziam uso regular dos medicamentos por achar que as doses eram altas ou por não sentir qualquer sintoma, fazendo “uso quando necessário”.

Outro dado que preocupou a equipe foi o aumento de 60% de gestantes em pré-natal no período de um ano.

1.2 Justificativa

O aumento da prevalência dos casos de HAS e DM têm caráter preocupante em nosso meio pela associação freqüente a outros fatores de risco ou patologias e pelas complicações cardiovasculares freqüentes que impactam a condição de saúde e vida dos indivíduos e suas famílias além de elevar o custo em saúde e previdência. As ações de educação em saúde podem ser desenvolvidas por todos os profissionais de saúde, em diferentes espaços e a baixo custo, planejadas a partir do contexto comunitário e do diagnóstico de saúde local, de forma organizada e contínua. É uma ferramenta auxiliar para a reflexão de padrões de comportamento individuais e coletivos que podem ser espontaneamente modificados com impacto positivo para o cuidado em saúde.

O expressivo aumento local do número de gestantes acarreta impacto direto na comunidade, uma vez que o suporte pré-natal, intra e pós-parto, bem como os serviços suporte ao recém-nascido e ao lactente (serviços pediátricos e creches) não acompanham esta tendência. Sendo assim, este se torna um fenômeno passível de modificação através de estratégias como a educação em métodos de controle natal.

1.3. Objetivos

- *Objetivo geral:*

- Melhorar os indicadores de saúde para HAS, DM e Gestantes

- *Objetivos específicos:*

- Aumentar o nível de conhecimento dos agentes comunitários de saúde (ACS);
- Estimular a adoção de hábitos de vida mais saudáveis de forma consciente;
- Estimular a autonomia dos usuários
- Incentivar o olhar crítico sobre as questões de saúde;
- Aumentar o vínculo profissionais de saúde-usuários;
- Incrementar as consultas programadas e inibir a renovação compulsória de receitas.

2. REVISÃO DE LITERATURA

No início do século XX, a educação em saúde tinha o cunho principal de promover a Educação Sanitária. Voltada para o combate de epidemias, caracterizava-se por pouca participação ativa da população e tinha forte atuação militar. Foi neste período que se introduziram as vacinas obrigatórias e se instituiu as vistorias nos lares, com despejo dos que se negavam a submeter-se a tais métodos. Não havia, por parte do governo, a preocupação de discutir os determinantes das epidemias e tornar os indivíduos autônomos não existia. Não havia explicações acerca dos métodos utilizados, ocorria violação dos corpos, com as vacinas obrigatórias, e dos lares, com vistorias nem sempre consentidas. (BRASIL, 2012).

As ações ditas educativas adquiriram certo estigma na comunidade, pois se o Estado estava presente em algum lar era porque a família estava doente e representava um risco a saúde dos demais. De certa forma, estimulava-se o preconceito, mantinha-se o desconhecimento das pessoas e se passava a responsabilidade das ações de saúde para o Estado. (FIOCRUZ, 2010)

Contudo, este tipo de ação terminou por desagradar a sociedade desencadeando inúmeras revoltas, sendo a mais conhecida a Revolta da Vacina, em 1904. (FIOCRUZ, 2015).

Décadas mais tarde, nos anos 70, os profissionais de saúde propuseram noções de Educação Popular em Saúde. Deu-se então, início à fase onde, com a participação de alguns segmentos da comunidade, ocorreram Movimentos Populares em Saúde. Foi esse processo que serviu de base para a Reforma Sanitária, que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde, em 1988. (PAIVA, 2014)

A educação em saúde como forma de promover ações preventivas direcionadas à comunidade é um conceito recente, implementado há menos de 20 anos. (BRASIL, 2009)

A implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1993, representou a possibilidade de alterar o tradicional modelo de saúde vigente com a implementação de um modelo assistencial para a Atenção Primária que fosse capaz de resolver grande parte dos problemas de saúde (cerca de 80%) da população atendida. Seguindo a lógica da Promoção da Saúde, o PSF busca trabalhar com a assistência integral aos indivíduos, entendendo-os como um ser bio-psico-social. (DA ROS, 2006; BESEN, 2006).

A mudança no conceito de saúde e na forma de pensar o cuidado em saúde prescinde estimular a autonomia e cidadania dos usuários acompanhados para que, efetivamente, estes possam participar de decisões sobre situações que afetem suas condições de vida e saúde. A autonomia se traduz na possibilidade do indivíduo escolher e decidir questões relacionadas a sua vida e da comunidade de forma livre e consciente conforme suas expectativas, crenças, valores e necessidades, bem como compreender as conseqüências de suas escolhas. Para tanto, na perspectiva da Promoção da Saúde, é necessário a formação de vínculos e laços de co-

responsabilidade entre profissionais de saúde e usuários (BESEN, 2006; PEREIRA, 2007).

O trabalho com promoção em saúde envolve complexas interações, compostas pelo ambiente socioeconômico, por normas e pela cultura, associados ao estilo de vida de indivíduos e sociedades. Caracteriza-se pela interferência em múltiplos determinantes da saúde (estilo de vida, genéticos, ambientais e de serviços de saúde), através de diferentes tipos de intervenção que devem resultar em ações e condições de vida que conduzam à saúde, entendida em seu conceito mais amplo. É definida pela combinação de apoios educacionais (educação em saúde), e ambientais (circunstâncias econômicas, sociais, organizacionais, políticas, e reguladoras, relacionadas ao comportamento humano e todas as políticas de ação mais diretamente relacionadas à saúde). (CANDEIAS, 1997)

Como uma ferramenta da promoção em saúde, a educação em saúde visa facilitar a adoção de medidas comportamentais por um indivíduo, grupo ou comunidade que tenha efeito intencional sobre a própria saúde. Para tanto, utiliza combinação de múltiplos determinantes do comportamento humano com diferentes experiências de aprendizagem e de intervenções educativas, em ações sistematicamente planejadas. (CANDEIAS, 1997)

A educação em saúde pode ser promovida de diversas formas: palestras, cursos, literatura educativa (folder), grupos de atividades e até mesmo através de conversas entre os profissionais de saúde e o cliente. Tais ações podem ter caráter coletivo ou individual. Podem, também, ser desenvolvidas dentro da unidade de saúde, ou em ambiente externo (escolas, instituições de menores infratores, asilos, visitas domiciliares etc).

Educação em saúde de caráter individual se faz necessário na maioria absoluta das consultas programadas e até mesmo das demandas livres. O médico de família não pode se ater apenas o conceito de *illness*, desempenhando o papel de impressora de receitas. Há que se levar em conta o conceito de *disease*, através de anamnese detalhada, exame físico minucioso e direcionado à comorbidade apresentada, implementação de terapêutica adequada e sobretudo, **informação** acerca de todo esse processo. O **senso crítico** do paciente há que ser aguçado,

para que tamanha capacitação não se perca quando ele sair do consultório mas que, ao chegar ao seu lar, se propague pela família.

Infelizmente, a educação em saúde de caráter individual médico-paciente no consultório leva tempo, e por vezes **excede o tempo máximo** preconizado por consulta. Por mais dinâmico que o processo se transforme, ainda assim exige mais tempo do que o que se destina a isso.

Numa tentativa de otimizar a questão “tempo” optei por iniciar a educação em saúde direcionada à coletividade, na forma de palestras aos grupos que tinham marcado consulta naquele dia, antes do início do turno. Previamente, incentivei o agendamento de consultas clínicas semelhantes (hipertensos, por exemplo) no mesmo período, e dessa forma o público alvo estava assegurado.

Saúde da Mulher

No Brasil, a saúde da mulher passou a fazer parte das políticas públicas de saúde no início do século XX, voltada à gravidez e ao parto. Posteriormente, evoluiu para ações relacionadas à proteção materno-infantil, não com enfoque de educar e instigar o senso crítico, mas como estratégia de proteção a um grupo considerado de maior vulnerabilidade (grávidas e seus bebês). A assistência fragmentada e desarticulada de outras políticas teve baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher. (BRASIL, 2013)

A formulação da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher e o levantamento da situação da saúde da mulher no Brasil modificou a proposta de cuidado a este grupo, a partir de identificação das principais causas de mortalidade feminina; as doenças cardiovasculares e as neoplasias, com destaque para o câncer de mama. Com relação às gestantes, o estudo demonstrou queda, desde 1988, nas razões de mortalidade materna, atribuída ao aumento da assistência pré-natal e da cobertura de ações obstétricas. (BRASIL, 2013)

Em virtude dos elevados índices de câncer de mama, no fim dos anos 90 estratégias para o controle da doença foram implementadas, incluindo medidas de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce. Através do incentivo à humanização no atendimento e acolhimento à mulher, buscava-se aumentar a

cobertura de exames de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos. Para isso, o ministério da saúde lançou mão de diversas campanhas nacionais contra o câncer de mama. O acesso aos serviços de saúde e ao exame de mamografia vem aumentando na última década. (BRASIL, 2013)

Cabe ressaltar que ao longo do processo de valorização à saúde da mulher, a educação em saúde ganhou espaço. Diversas campanhas publicitárias, de alcance nacional, têm sido divulgadas pelo ministério da saúde, numa tentativa de mostrar a importância de buscar as unidades de saúde (que também aumentaram em número), para avaliação clínico-laboratorial adequada. Houve também adesão a iniciativas internacionais, como o Outubro Rosa, onde durante um mês são facilitados (e amplamente divulgados pelas mídias) a consulta e o exame de mamografia para mulheres acima de 40 anos, no intuito de promover o rastreamento precoce da doença.

Doenças crônicas

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), definida por aumento sustentado nos níveis de pressão arterial ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg), é um grande problema de saúde pública no Brasil. Em 2013, a prevalência da doença variava entre 22% e 44% para adultos alcançando 50% ou mais na população acima dos 60 anos. Apesar de ser uma doença crônica não transmissível, é multifatorial, e tem forte impacto nas condições de vida dos seus portadores por complicações cardiovasculares (cardiopatia hipertensiva e doenças ateroscleróticas, cerebrovasculares e renais). (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2013)

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica não transmissível, causada por transtorno metabólico heterogêneo, resultando em hiperglicemia e distúrbio no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, por defeito na produção, secreção e /ou ação da insulina. É uma doença frequentemente relacionada a dislipidemia, hipertensão e distúrbios vasculares e as complicações agudas e crônicas que levam a perda da qualidade de vida e eleva a mortalidade de seus portadores. (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2013)

A doença tem maior incidência quanto maior a faixa etária, chegando a atingir 21,6% dos indivíduos acima de 65 anos sendo as mulheres mais acometidas.

Segundo a OMS, 2003, o Brasil deve aumentar sua prevalência de DM de 4,6%, em 2000, para 11,3% em 2030. Fatores de risco associados ao estilo de vida

e hábitos alimentares da população estão relacionados com o incremento da incidência de DM mundialmente.

Juntas, HAS e DM constituem a primeira causa de hospitalização e mortalidade no Sistema Único de Saúde (SUS) e caracterizam-se como uma das maiores causas de redução na expectativa e na qualidade de vida. (BRASIL, 2013)

Considerando as linhas de cuidado definidos para a Atenção Básica, a prevenção, o diagnóstico e controle dessas patologias são parte da responsabilidade dos profissionais de saúde cujo processo de trabalho pressupõe a formação de vínculo com usuários e comunidade, considerando a diversidade cultural, e social. O Ministério da Saúde viabiliza métodos diagnósticos e as medicações são disponibilizadas pela unidade de saúde ou pelas farmácias populares conveniadas, garantindo a disponibilidade de tratamento aos usuários. Contudo, dados do Ministério da Saúde demonstram dificuldades para o diagnóstico e seguimento dos casos além de baixo controle da HAS e DM por tratamento inadequado. (BRASIL, 2013)

Neste sentido, o trabalho de educação em saúde voltado aos usuários torna-se importante estratégia que pode alterar a adesão ao plano terapêutico e contribuir para a mudança do estilo de vida levando ao controle satisfatório do quadro. Esta é uma abordagem contínua, e multidisciplinar. Mas seu início há que se dar na atenção básica. (BRASIL, 2013)

3. METODOLOGIA

3.1 . Público-alvo

Pacientes HAS, DM, mulheres em idade fértil e gestantes adscritas a Equipe 2 da ESF Odicéia Morais, Nova Iguaçu, RJ

3.2 . Desenho da operação

Inicialmente, o problema foi discutido em duas reuniões de equipe onde o trabalho foi proposto. Como o processo de trabalho nesta unidade tem características muito assistenciais, optou-se trabalhar com sala de espera. O apoio da coordenação da unidade foi de grande valor, pois mobilizou outras equipes e profissionais de saúde e viabilizou a interrupção do atendimento durante os encontros. Os temas foram eleitos, pertinentes à realidade local, com assistência pré-natal, câncer de mama, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus (importância do acompanhamento regular, atividade física, alimentação saudável e uso regular de medicamentos). Contudo, na segunda reunião, outros temas foram sugeridos pela equipe como aleitamento materno exclusivo, tipos de parto, planejamento familiar, câncer de próstata e de colo e violência doméstica sendo contemplados na programação. O calendário previamente definido foi fixado em local visível dentro da unidade para conhecimento dos usuários. Os ACS se responsabilizaram por informar os encontros aos usuários durante as visitas domiciliares. Foi definido que durante as atividades o atendimento regular da unidade seria suspenso e todos os profissionais presentes poderiam participar. Ao final de cada encontro os participantes deveriam dizer uma palavra que representasse o sentimento pós-encontro. As sugestões foram acolhidas. Tudo foi registrado para uso da equipe.

Foram organizados turnos de atendimentos semanais programados só para hipertensos, diabéticos, atendimentos em saúde da mulher e pré-natal. As palestras aconteciam nos dias predeterminados para estes atendimentos, antes do início do turno. Cada encontro teve a duração de meia hora com apresentação do tema em, no máximo, 15 minutos, seguido de discussão com os presentes a partir de questões formuladas por eles no tempo restante. Os assuntos foram abordados, em sua maioria, pelo médico e/ou enfermeira da equipe.

Pelo elevado número de gestantes e portadores de HAS e DM foi definido um tema por mês, com discussões semanais, de forma a atender o maior número de usuários possível. Para compor o ambiente, a decoração era feita conforme o tema a ser abordado. Ao fim de cada palestra, fotos foram tiradas, com a prévia autorização dos participantes, e postadas nas redes sociais da Clínica Odicéia

Morais, como forma de propagar as atividades e atrair maior público. Uma vez por mês havia um lanche após a apresentação para celebrar a interação clínica-comunidade. Nestes encontros os agendamentos eram reduzidos para a participação dos profissionais.

Os meses de outubro, novembro e dezembro foram destinados ao mesmo tema para os dois grupos. A saúde da mulher, com o Outubro Rosa, e do homem, Novembro Azul, tiveram com objetivo desmistificar os exames preventivos e sinalizar sua importância para a manutenção da saúde com ação preventiva. Em dezembro, com o tema violência espera-se compreender a dimensão do problema e a representação deste para a comunidade para identificar formas de abordagem posterior.

Foi montado um perfil público da Clínica, nas duas maiores mídias da atualidade, Facebook e Instagram, no intuito de interagir virtualmente com os usuários da unidade, e também de expor para eles as atividades desenvolvidas dentro e fora da unidade.

Tendo em vista que, em nossa área está instalado um asilo, foi planejado um evento, com o objetivo de promover a socialização e instruir sobre noções básicas de cuidado a saúde do idoso, junto com a comunidade; foram arrecadadas doações de produtos de higiene pessoal entregues neste encontro e foram realizados serviços voluntários, como corte de cabelo e pequenos concertos domésticos nas instalações do asilo.

3.3 . Parcerias Estabelecidas

- Profissionais de saúde da unidade e coordenação local
- Comerciantes locais - doaram materiais diversos
- Secretaria do idoso (que administra o asilo visitado) - permissão para desempenhar a estratégia de educação em saúde planejada.
- Líderes comunitários - divulgaram aos moradores todas as palestras e atividades da clínica.

3.4 . Recursos Necessários

Recursos humanos: Médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde (ACS), recepcionistas,

Recursos materiais: Computador, impressora, telão, mesas, cadeiras, papéis, canetas, água, lanches, pratos, copos, material de ornamentação, cartazes e folders.

3.5 . Orçamento

O material utilizado no projeto foi proveniente de doação à unidade, sem custo, ou estavam disponíveis na unidade.

3.6 .Cronograma de execução

Calendário	Gestantes - Temas	Crônicos – Temas
Março de 2015	Discussão com a equipe e escolha dos temas a serem abordados, cronograma e mídia digital.	Discussão com a equipe e escolha dos temas a serem abordados, cronograma e mídia digital. .
Abril de 2015	Importância do pré-natal Maternidade responsável	Importância do acompanhamento regular
Julho 2015	Aleitamento materno	Atividade física
Agosto 2015	Planejamento familiar	Alimentação saudável
Setembro 2015	Parto e puerpério/Puericultura	Uso de medicamentos – importância e dúvidas mais freqüentes Atividade com idosos asilados (última semana do mês)

Outubro 2015	Outubro rosa – contra o câncer de mama, palestra, coffee-break e caminhada.	Outubro rosa – contra o câncer de mama, palestra, coffee-break e caminhada.
Novembro 2015	Novembro Azul – contra o câncer de próstata – discussão.	Novembro Azul – contra o câncer de próstata – discussão.
Dezembro 2015	O que é violência – percepção da comunidade	O que é violência - percepção da comunidade

3.7 . Resultados esperados

O desenvolvimento do projeto contou com a participação e empenho de toda a equipe que se apropriou dos temas e incluiu, no processo de trabalho, a realização das ações necessárias ao desenvolvimento das ações. Espera-se que esta vivência tenha sido capaz de naturalizar as ações de educação em saúde de forma conjunta e coordenada, respeitando o conhecimento de cada participante seja profissional ou usuário, perpetuando-se na ESF Odicéia Moraes. O final deste ciclo poderá despertar o gosto pela informação propiciando a discussão de outros temas que por ventura venham a se destacar na comunidade.

A mobilização da comunidade e de lideranças comunitárias que apoiaram a iniciativa da unidade foi muito proveitosa, aproximando-os da unidade de saúde apesar de ainda estar distante de alcançar uma efetiva participação social. Contudo, espera-se que o projeto tenha sido o embrião da mudança.

Pretende-se que a participação dos usuários nos encontros tenha desmistificado o modelo de transferência de conhecimento desfocado do contexto local de saúde e sem considerar o conhecimento da comunidade.

Entre os produtos possíveis deste trabalho está a reprodução do conhecimento construído pelos usuários presentes aos encontros a seus pares, propagando a informação como multiplicadores e que poderá apoiar as ações futuras da unidade.

A participação ativa dos ACS em todos os encontros teve dupla função, ao ser parte da construção e realização dos encontros se apropriaram do instrumento

para suas atividades e ao participar, ampliaram seu conhecimento e poderão qualificar suas ações.

Com relação às consultas, observou-se certo estranhamento, quando o profissional médico se propunha a explicar o problema de saúde e seus determinantes e complicadores (o que era ser hipertenso ou diabético ou outras), e o que poderia ser feito pelo próprio paciente (além de fazer uso correto da medicação prescrita), para que sua saúde fosse melhor, contribuindo para melhor qualidade de vida. Tal estranhamento, entretanto, cedeu lugar ao gosto pelo conhecimento, e as consultas programadas rapidamente subiram de número. Também houve aumento na quantidade absoluta de hipertensos e diabéticos. Contudo, não se observou, até o momento, melhor controle dos pacientes.

O grupo mais participativo, sem dúvida, foi o das gestantes que raramente faltavam às consultas. Os encontros para discussão de temas relacionados a doenças crônicas apresentaram menor número de participantes que o esperado.

Infelizmente o tema violência não foi abordado por questões do processo de trabalho modificado por demandas externas que chegaram a unidade e os feriados existentes no mês de dezembro.

3.8 . Avaliação

A avaliação dos encontros foi feita foi feita através de uma dinâmica final em cada encontro.

A avaliação do projeto será feito em fevereiro, através da análise do aumento das consultas para pacientes crônicos no período do projeto e análise de fichas de gerenciamento dos grupos selecionados, a fim de checar o impacto da capacitação em saúde nas estatísticas inicialmente encontradas na unidade.

4. CONCLUSÃO

Ainda que o objetivo principal deste trabalho não tenha sido alcançado, o processo de construção e desenvolvimento trouxeram novas vivências para os profissionais de saúde e comunidade que podem frutificar. Apesar da forma embrionária de muitos dos resultados, os esforços para a manutenção das ações de educação em saúde necessitam de continuidade para que tenham de fato impacto satisfatório nas condições de vida e saúde da comunidade.

Claramente, a educação em saúde beneficia a todos que dela partilhem, pois não há limites para a troca de conhecimentos, e estes podem ser propagados por qualquer indivíduo. Este processo há que ser realizado de forma permanente, para membros da equipe e clientes das unidades de saúde. Assim, a ESF Odicéia Morais poderá trilhar um caminho que, como resultado, possa de fato contribuir para a melhor qualidade de vida de sua população.

REFERÊNCIAS

Besen , C.B., A estratégia Saúde da Família como objeto de educação em Saúde, Saúde e Sociedade v.16, n.1, p.57-68, jan-abr 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher – princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso/ Ministério da Saúde. 2 edição revisada – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos da atenção primária – rastreamento volume II. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo de útero e da mama. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2 edição. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de atenção básica. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de atenção básica. Brasília, 2013.

CANDEIAS, NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev. Saúde Pública [online]. 1997, vol.31, n.2, pp. 209-213

DA ROS, M.A. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKI, M. (Org.). Saúde em debate na Educação Física. Blumenau: Nova Letra, 2006. p.44- 66.

Moreira, M. G. M. M. A importância da educação em saúde na atenção ao pré-natal. Tese (especialização). Especialização em atenção básica em saúde da família, Universidade Federal de Minas Gerais. 2013

Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

Pereira, I.MTB; Penteado, RZ.; Marcelo, VC. Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. O mundo da saúde, v.24, n.1, p.39-44, 2000.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v.95, n.1, p 1-51, 2010. Suplemento

BRASIL. *Revista da vacina*. Ministério da Saúde, Centro Cultural da Saúde. <http://www.ccms.saude.gov.br/revolta> acessado em 30/01/2015

FIOCRUZ, <http://portal.fiocruz.br/pt-br/node/473> acessado em 30/01/2016

PONTE, C.F. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Capítulo 2, pag 66-70. Observatório de história e saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agosto de 2010.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-3

BRASIL, Revista Baiana de Saúde Pública, volume 33, n.4, páginas 618-627 out./dez. 2009.

