

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ROBERTA CRISTINA DE MELO SILVA**

**PRÁTICAS EDUCATIVAS COMO ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO  
DA SAÚDE E REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL NO  
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Bom Despacho/ MG**

**2014**

**ROBERTA CRISTINA DE MELO SILVA**

**PRÁTICAS EDUCATIVAS COMO ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO  
DA SAÚDE E REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL NO  
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal de  
Minas Gerais, para obtenção do Certificado de  
Especialista.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Thaís Porlan de Oliveira

**Bom Despacho/ MG**

**2014**

**ROBERTA CRISTINA DE MELO SILVA**

**PRÁTICAS EDUCATIVAS COMO ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO  
DA SAÚDE E REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL NO  
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Thaís Porlan de Oliveira

Banca Examinadora

Prof<sup>ª</sup>. Thaís Porlan de Oliveira - UFMG

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Suelene Coelho - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 07/06/2014

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho primeiramente aos meus pais, que sempre me apoiaram e confiaram no meu esforço para vencer, aos meus irmãos Douglas, Viviane pelo incentivo em estar realizando o curso de Especialização em Saúde da Família, ao meu noivo Jonathan pela compreensão das ausências e pelo amor incondicional.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por todas as oportunidades a mim ofertadas, aos meus pais pelo carinho e amor incondicionais, e aos meus irmãos, tio, e meu noivo pelo incentivo e carinho. Meus sinceros agradecimentos à todos os professores que contribuíram para a continuidade da minha formação.

## RESUMO

Este estudo é uma revisão bibliográfica das práticas educativas, que visam a promoção da saúde e a reorientação do modelo de assistência para o Programa Saúde da Família (PSF), uma vez que há necessidade do desenvolvimento de atividades que proporcionem a integração dos indivíduos, objetivando a promoção da saúde. O trabalho tem como objetivo geral aumentar a adesão dos usuários nos grupos com práticas educativas de responsabilização, por meio da proposição de um projeto de intervenção junto aos grupos de hipertensos, diabéticos e de gestantes. O objetivo específico é demonstrar à equipe a importância de práticas educativas no desenvolvimento de atividades referentes a ações que visem a maior participação popular, assim como relacionar educação em saúde e as práticas educativas desenvolvidas no PSF. Foram revisados artigos da fonte de dados da biblioteca virtual de saúde (BVS) e base de dados da BIREME, contemplando o período do ano 2002 a 2012, sendo selecionados 14 artigos científicos que apresentaram relação direta com o tema proposto. Em um primeiro momento será realizado um treinamento com os agentes comunitários de saúde (ACS) sobre temas diversos sugeridos pelos próprios profissionais, e também temas relacionados ao trabalho em equipe e satisfação profissional e do usuário. Considera-se importante o treinamento dos ACS uma vez que são eles que se relacionam de maneira direta no convívio familiar dos usuários, sendo sua ação primordial para estabelecer vínculos da equipe com os usuários. Posteriormente, os próprios ACS levarão informações coesas aos usuários nos projetos desenvolvidos pelo PSF, visando aumentar a participação nos grupos operativos e de convivência.

Palavras-chaves: Educação em saúde. Saúde da família. Práticas educativas. Educação.

## **ABSTRACT**

This study is a literature review of educational practices aimed at health promotion and reorganization of the care model for the Family Health Program (PSF), since there is need to develop activities that enable the integration of individuals, aiming to health promotion. The work has as main objective to increase the membership of users in groups with educational practices of accountability, by proposing a design intervention with groups of hypertensive patients, diabetics and pregnant women. The specific objective is to demonstrate to staff the importance of childrearing practices in the development of activities related to actions aimed at greater popular participation, relate health education and educational practices developed in the PSF. Articles from the data source virtual health library (VHL) and database BIREME were reviewed, covering the period from 2002 to 2012, being selected 14 papers that were directly related to the theme. At first training with community health agents (CHA) on various topics suggested by the professionals themselves, and also issues related to teamwork and job satisfaction and user will be held. It is considered important to the training of ACS since it is they who are related in a direct way in family life of users, with their primary team to establish links with the users action. Subsequently, the ACS will lead cohesive own information to users in the projects developed by the PSF in order to increase participation in the operative groups and coexistence.

**Keywords:** Health education. Family health. Educational practices. Education.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>TABELA 01:</b> Morbidade referida na microárea do PSF de Pinheiros no ano de 2011.....	23
<b>QUADRO 01:</b> Descrição do problema principal e seus indicadores.....	24
<b>QUADRO 02:</b> Principais indicadores de Hipertensão Arterial.....	25
<b>FLUXOGRAMA 01:</b> Hipertensão arterial, causas relacionadas e suas consequências.....	26
<b>QUADRO 03:</b> Descrição dos nós críticos, definição das operações e recursos necessários...	27
<b>QUADRO 04:</b> Definição das operações e recursos críticos.....	28
<b>QUADRO 05:</b> Definição dos projetos e ações estratégicas.....	29
<b>QUADRO 06:</b> Operações, ações estratégicas e prazos para o desenvolvimento das atividades.....	30
<b>QUADRO 07:</b> Operação Saber Mais.....	31
<b>QUADRO 08:</b> Operação Viver Bem.....	31
<b>QUADRO 09:</b> Operação Cuidar Melhor.....	32
<b>QUADRO 10:</b> Operação Conhecer para Aprender.....	32



## LISTA DE ABREVIATURAS/ SIGLAS

Agente Comunitário de Saúde	ACS
Biblioteca Virtual da Saúde	BVS
Estratégia Saúde da Família	ESF
Educação de Jovens e Adultos	EJA
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	IBGE
Ministério da Saúde	MS
Programa Saúde da Família	PSF
Sistema Único de Saúde	SUS
Sistema de Informação da Atenção Básica	SIAB

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	11
1. 1 Caracterização do Município	12
1. 2 Caracterização da comunidade de Pinheiros	13
1.3 Justificativa	13
<b>2 OBJETIVOS</b>	14
2. 1 Objetivo Geral	14
<b>3 METODOLOGIA</b>	15
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA</b>	16
4. 1 Estratégia Saúde da Família	16
4. 2 Educação em Saúde: práticas educativas	18
<b>5 PLANO DE AÇÃO</b>	21
5. 1 Problemas por ordem de prioridade	21
5. 2 Critérios	21
5. 3 Morbidades referidas de acordo com a microárea	23
5. 4 Descrição do problema e seus indicadores	24
5. 5 Indicadores quantitativos de problemas no PSF	24
5. 6 Fluxograma Hipertensão Arterial	26
5. 7 Seleção de nós críticos	27
5. 8 Definição das operações e recursos críticos	28
5. 9 Projetos e ações estratégicas para alcance dos resultados	29
5. 10 Divisão das operações com suas respectivas ações estratégicas	30
5. 11 Divisão das operações e situação atual dos projetos	31
5. 12 Planilha de Monitoramento	32

<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	34
<b>REFERÊNCIAS</b>	35
<b>ANEXO 1 – Roteiro da entrevista com informantes chaves</b>	37
<b>ANEXO 2 – Roteiro de observação ativa</b>	40
<b>ANEXO 3 – Planilha de monitoramento</b>	41

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo Besen *et. al.*, (2007) o Programa Saúde da Família (PSF) teve início em meados de 1993, sendo regulamentado de fato em 1994, como uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) para mudar a forma como era ofertada a prestação de assistência à saúde da população, implementando a assistência de prevenção e promoção da saúde.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) veio para reorientar a prática assistencial, uma vez que a assistência à saúde era voltada para práticas curativas, até que foi notada a necessidade da criação de uma estratégia que visasse a expansão da promoção e prevenção da saúde com o desenvolvimento de ações que buscassem atividades preventivas e educativas, bem como a compreensão da inserção do indivíduo no seu contexto de saúde- doença.

A proposta de trabalho do Programa Saúde da Família (PSF) se relaciona a uma visão integral do ser humano, reconhecendo-o como facilitador do processo de aprendizagem, sendo este um ponto chave para o processo de cuidar. Desse modo, considera-se a educação como um fator essencial para promover o alcance dos resultados propostos quanto ao cuidado em saúde.

De acordo com Brasil <sup>1</sup> (2000), Brasil <sup>2</sup> (1990), Brasil <sup>3</sup> (1990) *apud* Gomes e Merhy (2011, p. 11),

*A Constituição Federal* de 1988 afirma, no seu art. 196 que a saúde é um direito universal e responsabiliza o Estado pela realização de políticas públicas intersetoriais que a garantam. Com ela, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) <sup>1</sup>, que foi regulamentado com a *Lei n.º. 8.080* 19 de setembro de 1990, conhecida como *Lei Orgânica da Saúde*, que definia como alguns dos princípios e diretrizes do SUS: universalidade; integralidade; equidade; participação da comunidade; descentralização político-administrativa; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde <sup>2</sup>. Alguns aspectos de sua regulamentação passaram por vetos presidenciais, e foram revistos a partir da *Lei n.º. 8.142* ainda em 1990, em especial os que tratam da participação popular na gestão e controle do sistema <sup>3</sup>.

A educação popular para a saúde, além de permitir a inclusão de novos atores no campo da saúde, promove o fortalecimento e a organização popular, permite também que as equipes de saúde ampliem suas práticas na busca de novos conhecimentos, dialogando com o saber popular (GOMES & MERHY, 2011).

A educação popular em saúde, assim, busca empreender uma relação de troca de saberes entre o saber popular e o científico, de modo que ambos têm a se enriquecer reciprocamente (GOMES & MEHRY, 2011, p. 11).

De acordo com Gazzinelli *et al.* (2005), o princípio de se educar para saúde e para o ambiente parte da hipótese de que vários problemas de saúde são decorrentes da precária situação educacional da população, carecendo, portanto, de medidas “corretivas” e/ou educativas, que visem promover a interação social no contexto saúde- doença do indivíduo.

Assim, esta hipótese levou à utilização, na prática pedagógica em saúde, de estratégias relacionadas à ideia de que a apreensão de saber individual instituído sempre leva à aquisição de novos comportamentos e práticas, e promove no sujeito o reconhecimento de corresponsabilidade pelo seu processo de aprendizagem (GAZZINELLI *et al.*, 2005).

É necessário que haja empenho de toda a equipe para promover educação em saúde e, para alcançar este objetivo, faz-se essencial reconhecer o indivíduo como sujeito no processo de aprendizagem, tendo como foco a prevenção e promoção à saúde e prevenção ao agravo de doenças.

### **1.1 Caracterização do Município**

De acordo com IBGE (2013), o município de Itatiaiuçu- MG tem uma população estimada de 10.563 habitantes e possui uma área territorial de 295,145 km<sup>2</sup>. Suas origens ligam-se à presença, na região, de bandeirantes paulistas que, vencidos na guerra dos Emboabas, entraram pelos sertões do oeste da província, liderados por Borba Gato, em busca do ouro da serra do Itatiaiuçu, no séc. XVII. Nesta região, forma-se um pequeno arraial e, em 1748, são doadas terras para construção de uma capela. No ano de 1901, recebe a denominação atual - nome de origem indígena, que vem de itatiaia ou itatiaya, em tupi ita-tiai, "pedra denteada" ou "eriçada de pontas". Emancipa-se em 1962, desmembrando-se de Itaúna, tendo como principal atividade de trabalho a extração do minério de ferro.

No município de Itatiaiuçu em toda a sua extensão principalmente na zona rural, existe uma extensa plantação e exportação de Eucaliptos, sendo também uma grande atividade econômica a extração de minérios da Serra do Itatiaiuçu dispondo da atividade de grandes mineradoras como, por exemplo, Usiminas, Minerita, Arcelor Mittal, MMX, entre outras.

## **1.2 Caracterização da comunidade de Pinheiros**

A comunidade de Pinheiros situa-se no município de Itatiaiuçu- MG e tem uma população estimada de 1703 pessoas, localizando-se às margens da BR-381. A população tem como principal atividade a produção de hortifrutigranjeiros. A população possui uma grande diversidade cultural, e a maioria das pessoas apresentam dificuldades econômicas.

A unidade de Saúde da Família de Pinheiros foi inaugurada em Dezembro 2011, afim de melhor atender a população, oferecendo conforto, e assistência mais humanizada, pois se localiza em uma região estratégica e de fácil acesso a todos. Dispõe de equipe completa contendo: agentes comunitários de saúde (ACS) médica, enfermeira, nutricionista, psicóloga, dentista, auxiliar de consultório dentário, técnicas de enfermagem, auxiliar de serviços gerais, a fim de atender de forma integral a população.

## **1.3 Justificativa**

Este estudo justifica-se pela necessidade de abordagem do tema educação em saúde nas equipes de Programa Saúde da Família, nas quais o usuário é integrante direto e participante no seu processo de saúde- doença. Sendo parte integrante deste processo, é essencial que haja disponibilização de informações coesas e precisas a respeito de assuntos que podem afetar diretamente seu completo bem estar físico, mental e social. O trabalho justifica-se, também, pela baixa adesão dos usuários nas atividades de educação para a saúde desenvolvidas pela equipe, como, por exemplo, constatou-se que ocorre nos grupos de hipertensos e diabéticos, grupo de gestantes e na realização de exames preventivos do colo do útero.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Aumentar a adesão dos usuários aos grupos utilizando práticas educativas de responsabilização, por meio da proposta de um projeto de intervenção junto aos grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes e de mulheres em idade fértil para realização do exame preventivo do colo uterino.

### 3 METODOLOGIA

Foi realizada primeiramente uma revisão bibliográfica em meio eletrônico, para embasar a proposta de implantação para um plano de intervenção. Realizou-se pesquisa de artigos na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Os artigos foram selecionados considerando os anos de publicação no período de 10 anos, entre 2002 e 2012, e a relação com o tema proposto de educação em saúde e a estratégia saúde da família. Foram encontrados 14 artigos publicados entre o período selecionado, porém foram selecionados para a pesquisa 08 artigos científicos que apresentaram maior relação com o tema proposto, sendo estes assuntos relacionados ao trabalho em grupos, dinâmicas de trabalho, educação permanente. Os descritores utilizados para a seleção dos artigos foram: educação em saúde; saúde da família; práticas educativas; educação. Foram descartados os artigos que apresentaram o conteúdo voltado a área hospitalar e aqueles que não apresentaram relação direta com o assunto em discussão.

Serão realizadas atividades de educação permanente com toda a equipe, tais como: palestras; rodas de conversa; grupos de discussão sobre a prática de trabalho, todos abordando temas de interesse propostos pela equipe e também temas relacionados ao trabalho em equipe e responsabilização pessoal e social. As atividades de educação permanente objetivam organizar as orientações aos usuários do PSF, visando melhorar a adesão aos grupos de hipertensos e diabéticos, bem como o de gestantes, o que pode proporcionar aumento da adesão aos grupos operativos.



## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 Estratégia Saúde da Família

Segundo Gomes e Merhy (2011, p. 12),

A década de 1990 foi de lutas pela efetiva implementação e expansão do SUS e foi marcada por várias conferências de saúde municipais, estaduais e nacionais, além da regulamentação mais detalhada da estrutura e funcionamento do SUS por meio de inúmeras portarias e leis, das normas operacionais básicas e de assistência à saúde.

A Estratégia Saúde da Família, proposta pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, incorporou e reafirmou os princípios do Sistema Único de Saúde e foi estruturada com ênfase na atenção básica à saúde, em especial da saúde da família (ALVES & AERTS, 2011).

Considera-se que a Estratégia Saúde da Família é a base fundamental de uma assistência à saúde com qualidade, focando o usuário como sujeito no seu processo de aprendizagem. A estratégia visa proporcionar o aumento de acesso da população aos serviços de saúde, enfocando uma modalidade de atendimento que visa reestruturação do modelo assistencial.

Segundo Moimaz *et al.* (2011, p. 968):

A estratégia utilizada no Programa Saúde da Família busca a inversão do modelo assistencial vigente, centrado na cura de doenças, elegendo como ponto fundamental o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

A ESF veio para reorientar o modelo assistencial, corresponsabilizando os usuários pela sua saúde, bem como incentivando sua prática de aprendizagem, através de um trabalho conjunto com a equipe de saúde e toda comunidade. É essencial a valorização do aprendizado pré-existente do indivíduo, já que cada uma de nós é um rico em vivências pessoais, sendo preciso haver um equilíbrio entre os valores pré-definidos pela ciência e o aprendizado da história de cada um, para que se alcance o objetivo desejado. Neste sentido, Moimaz *et al.* apontam que

O PSF prevê o diagnóstico de saúde da comunidade, o planejamento e programação com base na realidade local, a complementaridade, a abordagem multiprofissional, o sistema de referência e contrarreferência, a educação continuada, a integração

intersetorial, o acompanhamento, a avaliação e o controle social (MOIMAZ *et al*, 2011, p. 968).

A ESF trabalha com uma área populacional adscrita, se tornando essencial quando relacionado ao planejamento das ações assistenciais, uma vez que por meio de diagnósticos situacionais é possível avaliar a principal necessidade da população e, com isso, promover ações necessárias de acordo com o perfil populacional. A ESF visa o trabalho na lógica da Promoção da Saúde, almejando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade, promovendo o autocuidado e responsabilização do indivíduo (BESEN *et al*, 2007).

A ESF traz uma reestruturação do modelo assistencial que direciona linhas de cuidado ao indivíduo de forma integral e resolutive, com planos terapêuticos voltados a prevenção e promoção da saúde, sendo também responsável pela corresponsabilização do indivíduo quanto aos cuidados com a sua saúde, proporcionando autonomia e responsabilidade.

Conforme Rosa e Labate (2005, p. 1030),

O PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção”.

[...] O PSF tem como objetivo geral: “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população [...]”.

É de extrema importância na ESF a prática da referência e contra – referência, uma vez que o usuário e sua família são acompanhados pela equipe. No entanto, se torna primordial um apoio assistencial da atenção secundária e terciária para avaliação, caso necessário, pressupondo-se que este contato entre os níveis assistenciais enriquece a qualidade do serviço disponibilizado ao usuário.

## 4. 2 Educação em Saúde: práticas educativas

De acordo com Alves e Aerts (2011), a educação em saúde é uma prática social, devendo ser focada na problematização do dia-a-dia do indivíduo, na valorização da experiência individual e dos grupos sociais e na leitura das diferentes realidades.

A educação em saúde requer do profissional a valorização de questões culturais do indivíduo, sendo este dotado de saber cultural e social. É importante também, desenvolver práticas de grupos que possibilitem troca de saberes e experiências, visando interação social adequada e satisfatória, por meio da participação ativa e conjunta do educador e dos participantes.

Segundo Feuerwerker (2007, p. 2) “educação em saúde é um campo diversificado de saberes e de práticas sociais em pleno processo de constituição/construção”. [...] “Educação em saúde, então, é um campo a ser trabalhado do ponto de vista da produção de conhecimento e das práticas sociais”.

Alves e Aerts (2011, p. 322) consideraram que:

[...] A educação em saúde passou a ser repensada como um processo capaz de desenvolver a reflexão e a consciência crítica das pessoas sobre as causas de seus problemas de saúde, enfatizando o desencadeamento de um processo baseado no diálogo, de modo que se passe a trabalhar com as pessoas e não mais para as pessoas. [...] A educação em saúde não deveria ser normativa e centrada na culpabilização do educando e, sim, deveria estimular a adoção voluntária de mudanças de comportamento, sem nenhuma forma de coação ou manipulação.

A educação em saúde se faz necessária, uma vez que é preciso que cada indivíduo se reconheça como facilitador no processo de aprendizagem, sendo este importante também no reconhecimento de saberes culturais e sociais. Nesta perspectiva, a educação em saúde para todos, além de permitir a inclusão de novos atores no campo da saúde, fortalecendo a participação e organização popular, permite também que as equipes de saúde ampliem suas práticas, dialogando com o saber popular (GOMES & MERHY, 2011).

O educar é um processo constante. O trabalho em equipe juntamente com a participação popular diversifica as relações de educador e educando e vice versa, e nos concede um paralelo importante de que cada indivíduo é único quando se trata de práticas culturais e sociais adquiridas no dia-a-dia.

Corroborando com Alves e Aerts (2011), o que notamos, entretanto, é que as equipes de saúde enfrentam alguns problemas no trabalho com grupos populares. Dentre estes problemas enfrentados, podemos destacar a difícil comunicação ou linguagem falha. Tal barreira, digamos assim, possivelmente decorre de uma incompreensão, por parte dos trabalhadores da saúde, sobre a forma como as pessoas que vivem em outras realidades pensam e percebem o mundo

Vivemos em uma sociedade na qual há predominância de classes populares. Faz-se necessário que profissionais de saúde reconheçam seu território de abrangência e identifiquem as condições socioeconômicas e culturais, a fim de que se façam adaptações na forma de linguagem, criando estratégias de comunicação para melhor compreensão das orientações disponibilizadas, com conseqüente aumento na participação popular.

Segundo Besen *et al.* (2007), a Promoção da Saúde, na prática das ações de educação, pressupõe que os indivíduos aumentem o controle sobre suas vidas através da participação em grupos operativos, sendo que esses grupos influenciem positivamente na vida diária dos indivíduos, o que integra no contexto individual de responsabilização, visando transformar a realidade social e política.

A educação em saúde foca no saber individual e coletivo, sempre buscando considerar os fatores culturais individuais, além de promover a responsabilização de cada pessoa. O usuário passa a se reconhecer como fator primordial para o sucesso das ações de saúde.

A ESF, vista como objeto de Educação em Saúde, tem como papel central uma prática educativa voltada para a Promoção da Saúde, como um conjunto de atividades orientadas a propiciar o melhoramento de condições de bem-estar e acesso a bens e a serviços sociais (BESEN *et al.*, 2007, p. 64).

Ainda segundo Oliveira (2009, p. 298),

[...] A educação popular no campo da saúde tem permitido apreender os conhecimentos e saberes que são permanentemente construídos nessas relações. Seus instrumentos teórico-metodológicos propiciam ao profissional questionar, acolher e, dentro da perspectiva da incompletude e do educar-se permanentemente, questionar-se e aprender nessas relações, humanizando-se e humanizando a atenção à saúde [...].

A humanização deve estar presente no nosso cotidiano, principalmente no ambiente de trabalho e compete ao profissional trabalhar a questão da escuta do indivíduo, o que

proporciona a valorização dos saberes do outro, assim como estreita a relação profissional/ usuário. O lidar com o cotidiano das práticas de saúde favorece contatos com a realidade de nossa clientela, a população atendida, que é diversificada, envolvida por dimensões econômicas, sociais e pluriculturais (TEIXEIRA & VELOSO, 2006).

Conforme Alves e Aerts (2011, p. 322),

A educação em saúde é uma prática social, devendo ser centrada na problematização do cotidiano, na valorização da experiência de indivíduos e grupos sociais e na leitura das diferentes realidades. [...] A educação em saúde não deveria ser normativa e centrada na culpabilização do educando e, sim, deveria estimular a adoção voluntária de mudanças de comportamento, sem nenhuma forma de coação ou manipulação. [...] A partir de então, deve-se estimular a reflexão crítica da realidade. Para tanto, as ações de educação em saúde devem estar voltadas para a melhoria dos determinantes da saúde [...].

De acordo com David e Acioli (2010), a concepção de mundo e do papel social da educação na educação permanente em saúde nos direciona para que as ações se baseiem em princípios, como a busca do diálogo e da escuta do outro. O diálogo é considerado ponto fundamental de toda e qualquer relação humana, principalmente se tratando de educação em saúde, é através do diálogo que podemos ter consciência do pensamento do outro, para que possamos, então, analisa-lo e utiliza-lo a favor do bem comum.

Segundo David e Acioli (2010, p. 128),

A construção compartilhada do conhecimento é pensada como uma estratégia metodológica que considera a experiência cotidiana dos atores envolvidos e tem por finalidade a conquista, pelos indivíduos e grupos populares, de maior poder e intervenção nas relações sociais que interferem na qualidade de suas vidas. Mais que propor uma metodologia educativa, este conceito remete a um questionamento sobre o papel da ciência e do conhecimento científico frente às necessidades e condições desiguais de vida dos grupos populares, cuja lógica de conhecimento do mundo parte do que se convencionou denominar senso comum.

Assim, os grupos visam promover interação e diálogo entre os participantes e seu desenvolvimento deve ser realizado de maneira tal que envolva todo o grupo; é uma troca mútua de saberes, na qual educador e educando interagem em busca de um objetivo comum, o aprendizado e, neste caso, a promoção da saúde.

## **5 PLANO DE AÇÃO**

No desenvolvimento do plano de ação, utilizou-se método de estimativa rápida realizada na própria comunidade com líderes locais. Este questionário foi elaborado pela equipe do PSF, sendo as entrevistas realizadas pelo agente comunitário de saúde no período de novembro/ dezembro 2012, com duração de 20 a 30 minutos. Em um segundo momento realizou-se também observação ativa na comunidade, no qual foram estabelecidos problemas por ordem de prioridade. O estabelecimento de prioridades é um passo essencial para um planejamento adequado das ações, visando eficiência e eficácia nos resultados. O roteiro de entrevista e de observação ativa encontram-se nos Anexos 1 e 2.

### **5.1 Problemas por ordem de prioridade**

A Equipe identificou os seguintes problemas por ordem de prioridade, para a população abrangida no estudo:

- Hipertensão arterial
- Diabetes Mellitus
- Realização do exame preventivo do colo uterino e exame clínico das mamas
- Gravidez na adolescência
- Violência
- Drogas
- Ausência de abastecimento de água em algumas regiões
- Evasão da escola
- Ausência de creches

### **5.2 Critérios**

Segue a descrição dos critérios utilizados pela Equipe para definição das prioridades.

Primeiramente a equipe levou em consideração os altos índices de pessoas com hipertensão arterial e diabetes e pessoas com predisposição a patologia. Devido à falta de

atividade física, alimentação errônea, sedentarismo e obesidade, estas pessoas muitas vezes fazem uso de medicamentos de forma irregular e ignoram os riscos de uma hipertensão não controlada. A baixa adesão da população feminina para a realização do exame preventivo do colo de útero, assim como para o exame clínico das mamas também é preocupante, uma vez que se relaciona diretamente ao aumento dos casos de alterações celulares, sejam elas displasias de grau 1 até casos mais severos.

A gravidez na adolescência se tornou outro ponto de discussão relevante, uma vez que na comunidade temos um número crescente de adolescentes grávidas e meninas que estão iniciando cada vez mais cedo sua vida sexual, aumentando também o risco de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis. A violência como 5ª causa de prioridade deve-se ao fato de que a cidade tem um grande quantitativo de pessoal imigrante das diversas regiões do país, devido aos trabalhos nas minerações, o que ocasiona aumento nos índices de violência possivelmente pela inserção de diferentes grupos de pessoas.

Os outros problemas relatados também são de grande importância uma vez que a equipe reconhece que esses problemas estão relacionados aos fatores determinantes de adoecimento da população, e que também necessitam de avaliação e intervenção com auxílio de parcerias. Percebe-se que é essencial o desenvolvimento de práticas educativas voltadas para a população no geral, visando estimular e desenvolver o aprendizado. É importante que essas práticas sejam iniciadas dentro da própria equipe, uma vez que esta é uma porta de acesso ao usuário mediante o vínculo profissional/ paciente, o que conseqüentemente deve culminar no aumento a adesão da população aos grupos operativos.

### 5.3 Morbidades referidas de acordo com a microárea

A Tabela 1 apresenta o quantitativo de pacientes por morbidade referida segundo a microárea do PSF de Pinheiros no ano de 2011.

TABELA 1 – Morbidade referida na microárea do PSF de Pinheiros no ano de 2011.

<b>MORBIDADE REFERIDA SEGUNDO A MICROÁREA DO PSF DE PINHEIROS NO ANO DE 2011</b>							
<b>Microáreas</b>							
<b>Morbidade</b>	<b>Micro 1</b>	<b>Micro 2</b>	<b>Micro 3</b>	<b>Micro 4</b>	<b>Micro 5</b>	<b>Micro 6</b>	<b>total</b>
HA	110	95	111	90	114	92	612
Diabetes	21	25	17	15	21	24	123
Alcoolismo	0	01	0	0	0	0	01
Epilepsia	0	0	01	0	0	0	01
Deficiência	02	06	0	0	0	0	08
Doenças de Chagas	0	01	0	01	0	0	02
Tuberculose	0	0	0	0	0	0	0
Hanseníase	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>110</b>	<b>111</b>	<b>64</b>	<b>34</b>	<b>16</b>	<b>96</b>	<b>431</b>

Legenda: Micro: Microaréa

Fonte: Prefeitura Municipal de Itatiaiuçu MG

Conforme a Tabela pode-se perceber que o quantitativo total de hipertensos é, de fato, relevante, uma vez que representa 35,93% da população de Pinheiros.



#### 5.4 Descrição do problema e seus indicadores

No Quadro 01 está descrito o principal problema identificado por ordem de prioridade pela equipe, seus indicadores e as fontes de informação.

QUADRO 1 – Descrição do problema principal e seus indicadores

<b>PROBLEMA</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>FONTES DE INFORMAÇÕES</b>
<b>HIPERTENSÃO ARTERIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-níveis iniciais elevados de pressão arterial.</li> <li>- número de hipertensos na área adscrita;</li> <li>- história familiar</li> <li>- obesidade</li> <li>- sedentarismo</li> <li>- tabagismo e etilismo</li> <li>- Fator de risco para enfarto, Acidente vascular encefálico entre outras.</li> <li>- Diabetes</li> </ul>	Prefeitura Municipal de Itatiaiuçu  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registros da unidade</li> <li>- SIAB</li> </ul>

**Fonte:** Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)/ Registros internos PSF Pinheiros

No quadro 01 percebe-se que o principal problema identificado foi a hipertensão arterial, foram descritos também alguns indicadores que se relacionam diretamente ao problema identificado como prioridade.

#### 5.5 Indicadores quantitativos de problemas no PSF

O Quadro 2 foi elaborado com intuito de relatar os principais indicadores que poderiam estar relacionados ao aumento na pressão arterial das pessoas, propiciando assim o planejamento de ações e avaliação das intervenções realizadas, afim de que ocorra um melhor planejamento da agenda de saúde.

QUADRO 2 – Principais indicadores de Hipertensão Arterial

<b>INDICADORES</b>	<b>NÚMEROS</b>	<b>FONTES</b>
Hipertensos cadastrados	612	SIAB
Hipertensos acompanhados	612	SIAB
Hipertensos controlados	260	Registro da unidade
Diabéticos cadastrados	123	SIAB
Diabéticos acompanhados	123	SIAB
Sobrepesos	194	Registro da unidade
obesos	17	Registro da unidade
Tabagistas	245	Registro da unidade
Etilistas	109	Registro da unidade
Internação por problemas cardiovasculares	8	Registro da unidade
Óbitos por problemas cardiovasculares	7	Registro da unidade
Pacientes sequelados por problemas cardiovasculares	2	Registro da unidade
Sedentários	196	Registro da unidade

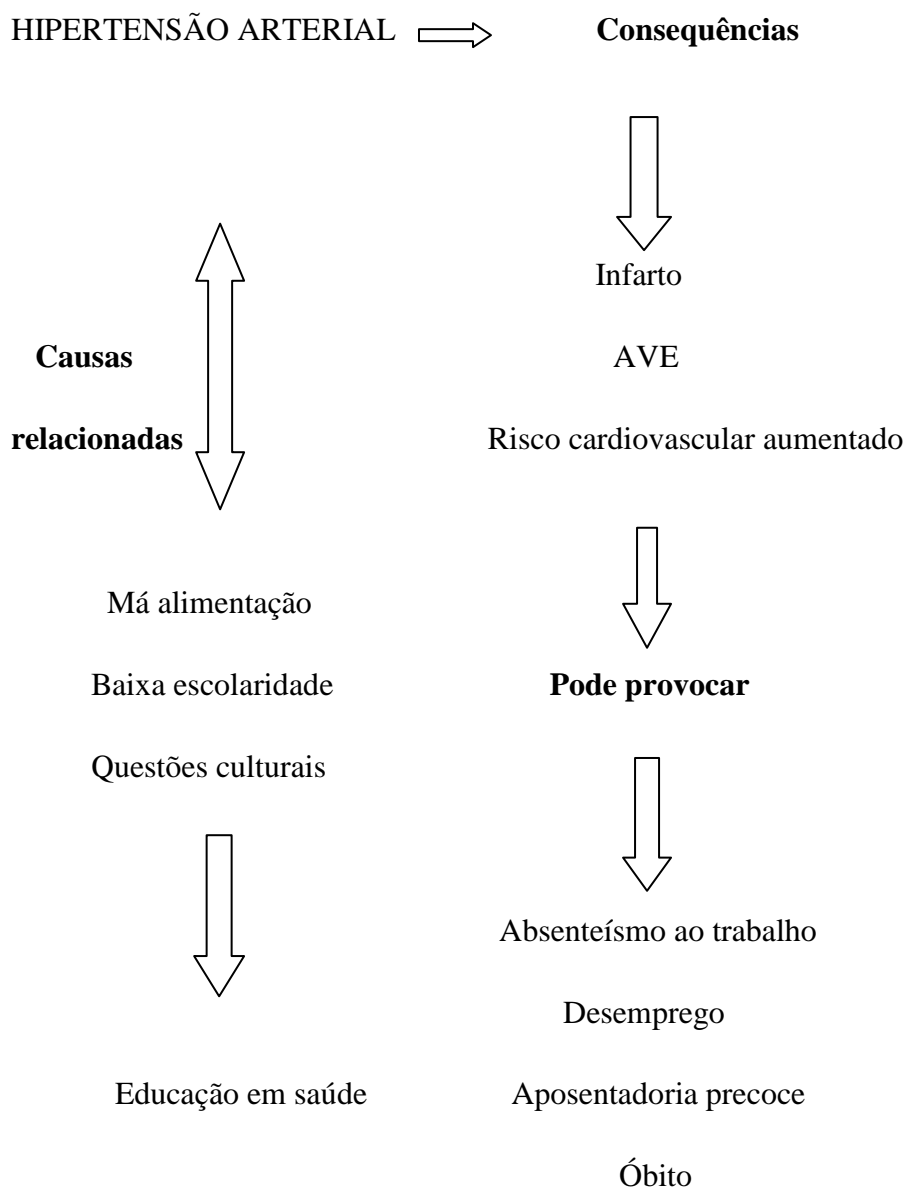
**Fonte:** SIAB/ Registro da unidade PSF Pinheiros

Percebe-se que os hipertensos e tabagistas apresentam-se em maior número dentre os indicadores encontrados, o que requer uma intervenção mediante o aumento da adesão da população aos grupos de hipertensos e diabéticos e ao grupo de tabagismo.

## 5. 6 Fluxograma Hipertensão Arterial

A seguir está representado o fluxograma referente à hipertensão arterial, no qual foram relacionadas às principais conseqüências de uma hipertensão não controlada, assim como possíveis causas do controle inadequado da hipertensão que podem ser corrigidas no desenvolvimento de atividades de educação em saúde.

FLUXOGRAMA 1 – Hipertensão Arterial, causas relacionadas e suas conseqüências



**Fonte:** Programa Saúde da Família de Pinheiros

### 5.7 Seleção de nós críticos

Quadro 03 referente a descrição dos nós críticos e desenvolvimento das ações para alcance dos resultados, foram definidos também os recursos necessários.

**QUADRO 3 – Descrição dos nós críticos, definição das operações e recursos necessários.**

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>
Baixa escolaridade	<b>SABER MAIS</b> Incentivar adultos/ jovens a frequentar o EJA	Aumentar o número de pessoas adulto-jovens alfabetizados	Jovens e adultos mais informados Programa educativo nas escolas	Cognitivo: informação sobre a necessidade de educação
Hábitos de vida inadequados	<b>VIVER BEM</b> Incentivar a modificação de hábitos de vida	Diminuir número de obesos, sedentários e tabagistas	Grupos de caminhada, palestras educativas englobando também o tabaco.	Organizacional: organizar o grupo de caminhada Cognitivo: informação sobre o tema a ser discutido Político: conseguir espaço físico para a realização das palestras.
Questões culturais	<b>CUIDAR MELHOR</b> Acrescentar conhecimentos novos levando em consideração os pré-existentes.	Aumentar o número de pessoas que aderiram aos novos conhecimentos. Estimular a aplicação desses conhecimentos na prática.	Pessoas atualizadas quanto ao conhecimento. Palestras educativas sobre assuntos diversos.	Organizacional: organizar as palestras. Cognitivo: informação sobre o tema. Político: conseguir espaço físico para a realização das palestras.
Nível de informação	<b>CONHECER PARA APRENDER</b> Aumentar o nível de informação da população sobre hipertensão arterial e suas complicações	População informada sobre hipertensão arterial e suas complicações principalmente em pessoas que apresenta alguns hábitos de vida associados	Campanhas educativas, grupo de hipertensos e diabéticos, capacitação de ACS's para divulgação das informações Palestras educativas nas escolas	Organizacional: organizar as palestras Cognitivo: informação sobre o tema Político: conseguir espaço físico para o desenvolvimento das atividades

Fonte: Programa Saúde da Família de Pinheiros

Conforme descrito no Quadro 3, os nós críticos selecionados foram:

- Baixa escolaridade
- Hábitos de vida
- Questões culturais
- Nível de informação

Sabe-se que a hipertensão arterial é uma doença crônica degenerativa que possui tratamento, no entanto existem problemas que norteiam a adesão ao tratamento, conferindo-lhe sucesso ou não. A baixa escolaridade relaciona-se diretamente ao nível de informação, sabe-se que pessoas que possuem um nível maior de escolaridade geralmente possuem maior acesso as informações, principalmente em relação às questões tecnológicas. Tanto os hábitos de vida como as questões culturais influenciam na adesão, tornando-se também pontos importantes, uma vez que cada indivíduo apresenta uma cultura pré-estabelecida de todo um contexto familiar. Compete, portanto, à equipe de saúde realizar atividades a fim de levar informações consistentes e corretas, levando em consideração também hábitos de vida e a cultura populacional.

### 5.8 Definição das operações e recursos críticos

O Quadro 4 se refere à definição de quatro operações e seus respectivos recursos críticos, visando alcance dos objetivos propostos.

QUADRO 4 – Definição das operações e recursos críticos

<b>OPERAÇÃO</b>	<b>RECURSOS CRÍTICOS</b>
Saber mais	Cognitivo: reconhecer a necessidade de informação.
Viver bem	Político: conseguir espaço físico para a realização das palestras.
Cuida melhor	Político: articulação entre questões atuais e concretas com as questões culturais já existentes. Organizacional: organização dos temas sociais, sem que haja desvalorização cultural.
Conhecer para aprender	Político: conseguir espaço físico apropriado para discutir sobre a hipertensão arterial.

Fonte: PSF de Pinheiros

## 5. 9 Projetos e Ações estratégicas para alcance dos resultados

Foram designadas quatro operações com seus respectivos recursos críticos e suas ações estratégicas, com intuito de incentivar a população a adesão a grupos operativos, visando o aprendizado e troca de experiências. Tais projetos estão descritos no Quadro 5.

QUADRO 5 – Definição dos projetos e ações estratégicas

Operações/projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que Controla	Motivação	
<b>SABER MAIS</b> Incentivar adultos/ jovens a frequentar o EJA.	Cognitivo: reconhecer a necessidade de informação.	Equipe do Programa Saúde da Família de Pinheiros.	Favorável	Apresentar o projeto a população
<b>VIVER BEM</b> Incentivar a modificação de hábitos de vida	Político: conseguir espaço físico para a realização das palestras.	Prefeitura municipal; Associação comunitária da comunidade.	Favorável	Apresentar o projeto; apoio da associação.
<b>CUIDAR MELHOR</b> Acrescentar conhecimentos novos levando em consideração os pré-existentes	Político: articulação entre questões atuais e concretas com as questões culturais já existentes. Organizacional: organização dos temas sociais, sem que haja desvalorização cultural	Serviço social, equipe de PSF de Pinheiros	Favorável	Apresentar o projeto de articulação dos temas com a cultura populacional
<b>CONHECER PARA APRENDER</b> Aumentar o nível de informação da população sobre hipertensão arterial e suas complicações	Político: conseguir espaço físico apropriado para discutir sobre a hipertensão arterial.	Prefeitura Municipal. Associação comunitária.	Favorável	

Fonte: PSF Pinheiros

## 5. 10 Divisão das operações com suas respectivas ações estratégicas

As operações foram divididas visando estabelecer estratégias e as ações necessárias para alcance das metas, foram estabelecidos também os responsáveis pelo desenvolvimento das ações, assim como os prazos para início das atividades.

QUADRO 6 – Operações, ações estratégicas e prazos para o desenvolvimento das atividades

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<b>SABER MAIS</b> Incentivar adultos/ jovens a frequentar o EJA.	Aumentar o número de pessoas adulto-jovens alfabetizados	Jovens e adultos mais informados. - Cartilhas informativas - Programa educativo nas escolas	Apresentar o projeto a população.	Roberta/ Maria Adriane	04 meses para início das atividades.
<b>VIVER BEM</b> Incentivar a modificação de hábitos de vida	Diminuir o número de obesos, sedentários e tabagistas	-Grupos de caminhada. -Palestras educativas englobando também o tabaco.	-Apresentar o projeto. -Apoio da associação.	Glória/ Roberta	Apresentar o projeto 03 meses. 06 meses para início das atividades.
<b>CUIDAR MELHOR</b> Acrescentar conhecimentos novos levando em consideração os pré-existentes	Aumentar o número de pessoas que aderiram aos novos conhecimentos -Estimular a aplicação desses conhecimentos na prática.	-Atualização do conhecimento - Palestras educativas sobre assuntos diversos.	-Apresentar o projeto de articulação dos temas com a cultura Populacional	Cíntia/ Claudemir	05 meses para apresentação do projeto a população. 09 meses para início das atividades. Avaliação anual.
<b>CONHECER PARA APRENDER</b> Aumentar o nível de informação da população sobre hipertensão arterial e suas complicações	População informada sobre hipertensão arterial e suas complicações principalmente em pessoas que apresenta alguns hábitos de vida associados.	-Campanhas educativas. -Grupo de hipertensos e diabéticos. -Capacitação de ACS para divulgação das informações. - Palestras educativas nas escolas.		Roberta/ Raquel/ Maria Adriane	03 meses para capacitação dos ACS. 06 meses para início das atividades; Grupos mensais. Avaliação semestral.

Fonte: PSF Pinheiros

### 5. 11 Divisão das operações e situação atual dos projetos

As operações foram divididas em 04 projetos diferentes com seus respectivos responsáveis, que estão descritos nos Quadros 7, 8, 9 e 10. Foi estabelecido um prazo para desenvolvimento das atividades, atualmente havendo nove atividades implantadas, que contribuem ativamente no processo de aprendizagem, tanto dos usuários quanto dos profissionais.

QUADRO 7 – Operação Saber Mais

<b>Operação SABER MAIS</b>					
<b>Coordenação: Roberta Cristina de Melo</b>					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Jovens e adultos mais informados	Roberta/Maria Adriane	04 meses	Implantado		
Cartilhas informativas	Maria Adriane	04 meses	Implantado		
Programa educativo nas escolas	Roberta	04 meses	Atrasado	Falta aprovação da diretoria e Secretaria de Educação	2 meses

Fonte: PSF Pinheiros

QUADRO 8 - Operação Viver Bem

<b>Operação VIVER BEM</b>					
<b>Coordenação: Roberta Cristina de Melo</b>					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
-Grupos de caminhada.	Glória	6 meses	Implantado e implementado abrangendo todas as microáreas.		
-Palestras educativas englobando também o tabaco.	Roberta	6 meses	Implantado e implementado também nas escolas.		

Fonte: PSF Pinheiros



## QUADRO 9 – Operação Cuidar Melhor

<b>Operação CUIDAR MELHOR</b>					
<b>Coordenação: Roberta Cristina de Melo. Avaliação anual</b>					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Atualização do conhecimento através de palestras educativas sobre assuntos diversos.	Cíntia/ Claudemir	9 meses para início	Implantado na comunidade com palestras realizadas no centro comunitário.		

Fonte: PSF Pinheiros

## QUADRO 10 – Operação Conhecer para Aprender

<b>Operação CONHECER PARA APRENDER</b>					
<b>Coordenação: Roberta Cristina de Melo. Grupos mensais, avaliação semestral.</b>					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Campanhas educativas	Roberta/Raquel e Maria Adriane	06 meses	Implantado		
Grupo de hipertenso e diabético	Roberta	06 meses	Implantado		
Capacitação de ACS's para divulgação das informações.	Roberta/Raquel	03 meses	Implantado		
Palestras educativas nas escolas.	Roberta/Maria Adriane	06 meses	Atrasado	Aguardando autorização da Secretaria de Educação e diretoria.	3 meses

Fonte: PSF Pinheiros

### 5.12 Planilha de Monitoramento

A equipe do PSF de Pinheiros desenvolveu uma planilha de monitoramento, apresentada no Anexo 1, com o objetivo de acompanhar os pacientes que apresentam algum tipo de morbidade, as quais estão descritas na planilha, assim como a quantidade de pessoas que participaram do grupo. A planilha será preenchida a cada 03 meses em um período de 02 anos, o que visa quantificar a participação dos usuários que apresentam alguma morbidade

que necessite de acompanhamento educativo no seu processo de cuidado, uma vez que se trata de problemas que estão relacionados diretamente a complicações da hipertensão arterial.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia Saúde da Família é a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde e, sabemos que se faz necessário um acolhimento adequado dos indivíduos, promovendo um maior vínculo do PSF com a comunidade. Questões como práticas educativas são essenciais para o desenvolvimento e formação individual do sujeito, sendo este detentor de saber próprio, que sempre precisa de novos conhecimentos, levando-se em consideração os conhecimentos pré - existentes.

As atividades realizadas em grupo são importantes, pois estimulam a verbalização e consequentemente o aprendizado com o outro possibilitando, assim, trocas de saberes. Para que haja sucesso em grupos ou atividades que necessitem da participação popular, primeiramente é importante salientar a questão de como essas informações estão sendo recebidas pelas pessoas. É preciso também criar um processo de responsabilização, no qual o objeto do aprendizado também é considerado sujeito, sendo essencial para que o mesmo perceba a necessidade de práticas que visem à maior disponibilização das informações de maneira clara e coesa.

O planejamento das ações de saúde se faz necessário, uma vez que é preciso reconhecer o território de abrangência, a fim de planejar ações eficazes voltadas a real necessidade da população. Uma vez estabelecido as etapas do planejamento torna-se mais adequado o desenvolvimento das ações e do plano de ação, levando em consideração especificidades da comunidade para que posteriormente haja implantação/ implementação e avaliação dos resultados.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 2011, p. 320- 322.
- BESEN, C. B *et al.* A Estratégia Saúde da Família como objeto de Educação em Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 58- 63- 64, jan- abr, 2007.
- BRASIL 1. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1998**: texto constitucional de 5 de Outubro de 1998, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de revisão nº. 1 a 6/94. Brasília- DF: Senado; 2000.
- BRASIL 2. **Lei nº 8.080**. Diário oficial da União. Brasília- DF, 19 set. 1990.
- BRASIL 3. **Lei nº 8.142**. Diário oficial da União. Brasília- DF, 28 dez. 1990.
- CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação a Metodologia Científica**: textos científicos. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – NESCON. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG. Belo Horizonte. 2013. p. 72-103.
- DAVID, H. M. S. L.; ACIOLI, S. Mudanças na formação e no trabalho de enfermagem: uma perspectiva da educação popular e de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem- REBEn**, jan- fev. Brasília- DF, 2010. p. 127- 131.
- FEUERWERKER, L. C. M. Educação na Saúde- Educação dos profissionais de saúde- um campo de saber e de práticas sociais em construção. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2007, p. 2.
- GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Caderno de Saúde Pública**. Jan, 2011, p. 10- 13. Rio de Janeiro- RJ.
- GAZZINELLI, M. F *et al.* Educação em Saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Caderno de Saúde Pública**. Jan- fev, 2005, p. 201. Rio de Janeiro.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Informações sobre os municípios Brasileiros**. Brasília- DF, 2013. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313370>>. Acesso em 13. Mar. 2014.

MOIMAZ, S. A. S *et al.* Saúde da família: o desafio de uma atenção coletiva. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 2011, p. 968. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16s1/a28v16s1.pdf>>. Acesso em: 03. Abr. 2013.

OLIVEIRA, M. W. Educação nas práticas e nas pesquisas em saúde: contribuições e tensões propiciadas pela educação popular. **Caderno Cedes**, Campinas, vol. 29, n. 79, p. 298, set-dez, 2009.

TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. G. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**. Abr- Jun, 2006, p. 321.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Nov- Dez, 2005, p. 1027- 1033.

## ANEXO 1 – Roteiro da entrevista com informantes chaves

<b>Dados de identificação</b>	
Número da entrevista:	
Data:	Horário:
Idade:	
Sexo:	
Nome do entrevistador:	

### 1- Quantas pessoas moram na casa?

( ) 1      ( ) 2-4      ( ) 5-7      ( ) acima de 7 pessoas

### 2- Escolaridade

( ) analfabeto

( ) ensino fundamental incompleto

( ) ensino fundamental completo

( ) ensino médio completo

( ) ensino médio incompleto

( ) ensino superior completo

( ) ensino superior incompleto

### 3- Possui atividade remunerada?

( ) sim      ( ) não

### 4- Renda familiar

( ) < de 1 salário mínimo

( ) 1 salário mínimo

- 2 a 3 salários mínimos
- 4 a 6 salários mínimos
- 7 a 9 salários mínimos
- acima de 10 salários mínimos

**5- Abastecimento de água**

- rede geral
- poço ou nascente
- outros

Em caso de resposta afirmativa em “outros”, a cada quantos dias essas casas são abastecidas?

\_\_\_\_\_.

**6- Tipo de instalação sanitária**

- rede geral de esgoto
- fossa
- vala
- rio/lago
- não tem instalação sanitária
- não sabe
- outros

**7- Condições de moradia**

- própria
- alugada
- cedida
- outra

**8- Apresenta alguma doença?**

( ) sim

( ) não

Quais:

---

---

---

---

**9-Tem acesso a serviços de saúde?**

( ) sim

( ) não          Porque?\_\_\_\_\_



## ANEXO 2 – Roteiro de observação ativa

Baixa escolaridade	<p>Existe?</p> <p>Qual faixa etária mais comum?</p> <p>Está relacionada à baixa condição socioeconômica?</p>
Pessoas que possuem atividade remunerada	<p>Quantas pessoas?</p> <p>Conseguem sustentar a família?</p>
Renda familiar	<p>É satisfatória para as despesas da família e da casa?</p> <p>Tem mais pessoas na casa que contribuem com a renda?</p>
Abastecimento de água	<p>Tem água suficiente para todos da casa?</p> <p>Possui água filtrada ou fervida?</p> <p>Armazena a água corretamente?</p>
Instalação sanitária	<p>Tem banheiro em casa?</p>
Moradia	<p>A quantidade de cômodos na casa é satisfatória para abrigar a todos?</p> <p>A casa fica em ambiente que apresente risco de quedas e desmoronamento?</p>
Morbidades	<p>Existe fatores de riscos ambientais que propiciem o aparecimento de doenças?(poluição, ausência de rede de esgoto entre outros).</p> <p>Existe o aparecimento de doenças relacionadas a situação precária da família?</p>
Serviços de saúde	<p>O acesso a serviços de saúde são fáceis?</p> <p>Há disponibilidade de horários?</p>

### ANEXO 3 – Planilha de Monitoramento

<b>HIPERTENSÃO ARTERIAL</b>				
<b>Planilha de Acompanhamento a cada 03 meses durante dois anos</b>				
	<b>Números</b>	<b>%</b>	<b>IMC</b>	<b>Quantidade de pessoas que participaram do grupo</b>
Hipertensos cadastrados				
Hipertensos acompanhados				
Hipertensos controlados				
Diabéticos cadastrados				
Diabéticos acompanhados				
Diabéticos controlados				
Sobrepeso				
Obeso				
Tabagista				
Etilista				
Sedentários				
Internação por problemas cardiovasculares				
Óbitos por problemas cardiovasculares				
Pacientes que apresentaram seqüelas por problemas cardiovasculares				

**Fonte:** PSF Pinheiros