

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM DA SAÚDE FAMÍLIA**

**CHRISTIANE DIVA CAMPOS VENEROSO**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PROMOVENDO O AUTOCUIDADO**  
**E A MELHOR COMPREENSÃO DAS REDES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS**

**2014**

**CHRISTIANE DIVA CAMPOS VENEROSO**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PROMOVENDO O AUTOCUIDADO  
E A MELHOR COMPREENSÃO DAS REDES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

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.

Orientador: Prof. Dr. Alisson Araújo

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2014

**CHRISTIANE DIVA CAMPOS VENEROSO**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PROMOVENDO O AUTOCUIDADO  
E A MELHOR COMPREENSÃO DAS REDES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

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.

Orientador: Prof. Dr. Alisson Araújo

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Alisson Araújo – Orientador

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena – Examinador

Aprovado em Belo Horizonte: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço pela aprendizagem à Equipe e aos usuários do Posto de Saúde Central Cavalhadas de Lagoa Dourada/MG. Ao Dr. Alisson Araújo, pela paciência e presteza na orientação deste TCC. Aos meus pais e ao Felipe, pelo amor e apoio incondicionais; e às minhas irmãs, Talitha e Mel, pelo companheirismo, auxílio e incentivo nesta realização.

*“Mire veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas - mas que elas vão sempre mudando”.*

*Guimarães Rosa*

## RESUMO

A integralidade no cuidado em saúde pode ser verificada quando se tem o usuário como sujeito ativo que se articula com seu ambiente, seu contexto familiar e a sociedade na qual se insere. Neste cenário, se evidencia a importância da compreensão do modo como o Sistema Único de Saúde brasileiro almeja funcionar, em Redes de Atenção à Saúde (RAS). Tal entendimento pode ser difundido através de ações de educação em saúde, que agem como estratégia integradora de um saber coletivo que manifeste no indivíduo sua autonomia e emancipação no autocuidado, principalmente nas condições crônicas. Com base nisso, o presente estudo busca propor ações de educação em saúde – através de grupos educativos – como eixo norteador de um pensar crítico e reflexivo, que permita aos usuários do SUS entender o funcionamento correto das redes e tomar boas decisões de saúde para o cuidar de si, e por consequência de sua família e da coletividade.

**Palavras-chave:** Integralidade, Educação em Saúde, Redes de Atenção em Saúde, Condições Crônicas, Grupo Operativo.

## ABSTRACT

The integrality in health care can be recognized the client as an active subject, that is articulated with their environment, their family context and society in which he is inserted. In this scenery, it highlights the importance of understanding how the Brazilian National Health System (SUS) aims to work in Health Care Network (RAS). This comprehension can be diffused through actions of health education, which acts as an integrative strategy that collective knowledge manifested in the individual's autonomy and empowerment in self-care, especially for chronic conditions. Based on this, the present study attempts to propose actions in education health - through operative groups - guided by a critical and reflexive thinking, enabling SUS users understand the correct operation of the network and make good health care decisions for his own care, and consequently of his family and the community.

**Keywords:** Integrality, Education in Health, Health Care Network, Chronic Conditions, Operative Group.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CMM	Modelo de Atenção Crônica
DM	Diabetes Mellitus
DM I	Diabetes Mellitus tipo I
DM II	Diabetes Mellitus tipo II
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GO	Grupo Operativo
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHm	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	15
2.1 Árvore de Problemas.....	18
3 OBJETIVOS.....	19
4 METODOLOGIA.....	19
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	21
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS .....	36

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a saúde dos brasileiros se encontra marcada por uma conjuntura onde concorrem como causas da mortalidade e da morbidade da população as chamadas condições crônicas, as condições agudas e as causas externas (MENDES, 2011).

Há um grande predomínio das condições crônicas e um aumento das causas externas, e observa-se que existe uma incoerência entre essa situação de saúde de tripla carga de doenças e um sistema de saúde fragmentado, voltado principalmente para as condições agudas.

Assim, como estratégia, o Sistema Único de Saúde, almeja implantar Redes de Atenção, que são uma nova forma de organização do sistema de saúde e que visam estabelecer uma organização horizontal do mesmo, integrando os diversos pontos e assegurando uma atenção contínua com maior agilidade, melhor utilização dos recursos e melhores resultados de saúde para os cidadãos (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, é possível também destacar o princípio da integralidade que rege os SUS. Tal princípio se caracteriza pela percepção absoluta do usuário, buscando apreender as necessidades mais abrangentes dos sujeitos (ALVES, 2005).

Nas práticas do PSF, a integralidade pode ser ressaltada por meio de ações de educação em saúde, criando possibilidades de maior participação dos usuários, e por consequência, melhorias na saúde do usuário e de seus pares.

Estudos demonstram que a partir do diálogo e da compreensão entre equipe e usuário, a educação em saúde mostra-se como a apropriação do princípio da integralidade pelas equipes de PSF, capaz de potencializar as melhorias na saúde dos cidadãos. (MACHADO et al., 2007).

Diante do exposto, e pensando na situação observada in loco, o presente trabalho vislumbra a realização de ações de educação em saúde como forma de estimular o autocuidado e de promover mudança nos hábitos de vida da população, tendo como cenário o Posto de Saúde Central de Lagoa Dourada.

O município de Lagoa Dourada faz parte da microrregião de saúde de São João Del Rei, no estado de Minas Gerais, e foi elevado à categoria de município em 1912, deixando de pertencer ao município de Prados. Sua população, de acordo com o Censo de 2010, é de 12.256 habitantes, distribuídos em 476,69 Km<sup>2</sup>. Dessa população 51,8% são homens e 48,2% são mulheres, e 43,8% da população ainda reside no meio rural, ou

seja, a taxa de urbanização do município é de 56,2%. Além disso, 7,9% da população total de Lagoa Dourada possui 65 anos ou mais de idade (IBGE, 2010).

O Índice de Desenvolvimento Humano municipal (IDHm) de Lagoa Dourada é 0,676 (numa escala de 0 a 1), em que ocupava a 2524<sup>a</sup> posição em relação aos 5565 municípios do Brasil, em 2010.

A taxa de desocupação entre a população de 18 anos ou mais é de 4,72%, já 41,7% dos ocupados possuem empregos formais. A renda média per capita da população, nesse mesmo ano, era de R\$522,62, sendo que 18,3% da população foi considerada pobre, e 1,8% extremamente pobres. A taxa de desocupação entre a população de 18 anos ou mais é de 4,72%, já 41,7% dos ocupados possuíam empregos formais, em 2010.

Praticamente a totalidade do município tem acesso à energia elétrica (99,7%) e 94,2% tem água encanada. Apenas a população urbana possui coleta de lixo, a qual cobre 98,7% dos domicílios.

Com relação à educação, em 2010, apenas 8,4% das crianças de 7 a 14 anos não estavam cursando o ensino fundamental, Já a taxa de conclusão do Ensino Fundamental, entre jovens de 15 a 17 anos, não ultrapassou 56,3%.

A esperança de vida ao nascer em Lagoa Dourada no ano de 2010 era de 74,7 anos. A taxa de mortalidade infantil é de 15,8 a cada mil crianças de 0 a 1 ano e entre as crianças até 5 anos, de 18,4 por mil. Uma das ações importantes para a redução da mortalidade infantil é a prevenção através de imunização contra doenças infectocontagiosas, em 2012, 96,4% das crianças menores de 1 ano estavam com a carteira de vacinação em dia.

A taxa de fecundidade total é de 1,6 filhos por mulher, no mesmo ano. O número de óbitos no município, de 1997 a 2011, foi 3<sup>1</sup>. Em 2011, o percentual de gestantes com 7 ou mais consultas foi de 60,1%. No mesmo ano, 100,0% dos nascidos vivos tiveram seus partos assistidos por profissionais qualificados de saúde, entretanto, do total de crianças nascidas nesse ano, 17,6% eram de mães adolescentes.

A saúde no município de Lagoa Dourada encontra sua base na atenção primária, sendo que alguns pontos da atenção secundária também estão presentes. Existem três postos de programa de saúde da família e um centro de saúde, onde são atendidos casos de urgência ou de pequenas emergências, que são prontamente encaminhados para o

---

<sup>1</sup> Óbito materno é aquele decorrente de complicações na gestação, geradas pelo aborto, parto ou puerpério (até 42 dias após o parto).

hospital de Resende Costa. O município viabiliza aos usuários os exames laboratoriais, consultas especializadas e guias para internações hospitalares sempre que necessário. Porém, muitas vezes o tempo em que estes recursos são viabilizados ou o retorno de resultado de exames ou contra-referências para o profissional de saúde não é o mais adequado. Os usuários portadores de patologias crônicas possuem acesso a medicamentos de uso contínuo pelo SUS, de acordo com os critérios definidos pelos profissionais de saúde quanto à prescrição.

Outra facilidade é a presença de equipes multiprofissionais, compostas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, dentistas, educadores físicos e a presença de alguns especialistas médicos esporadicamente, como ginecologista, pediatra, ortopedista, psiquiatra e neurologista.

O Posto de Saúde da Família Central – Cavalhadas de Lagoa Dourada, objeto de estudo deste trabalho, atende uma população de aproximadamente 3000 pessoas, sendo a sua equipe formada por uma médica, uma enfermeira, um técnico em enfermagem e 5 agentes comunitárias de saúde – ACS.

Possui prontuários para registros das informações do atendimento prestado, preenchidos manualmente pela equipe e arquivado adequadamente. Conta com um sistema de informação adequado às necessidades da equipe de saúde, capaz de disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais, e os instrumentos destinados aos usuários são preenchidos corretamente.

A equipe de saúde realiza o cadastro de todas as famílias residentes no território, realizando parcialmente a classificação e a monitorização do grau de risco. São realizadas algumas ações de prevenção de doenças e agravos e ações de educação em saúde de acordo com a necessidade, bem como visitas domiciliares. A unidade conta com conselho local de saúde que participa do planejamento das ações de educação e de prevenção de doença e agravos desenvolvidas pela equipe de saúde, mas que não as monitora.

No PSF em estudo existe uma organização dos horários de atendimento para que a finalidade da atenção primária seja alcançada. No turno da manhã, o atendimento médico é feito a partir da demanda espontânea e 12 senhas para atendimento médico são distribuídas. As queixas são variáveis e incluem desde pequenas emergências até retorno para mostrar exames. Ainda não foi implantado o protocolo Manchester e a triagem da gravidade da queixa muitas vezes não é feita corretamente, já que a

distribuição de senhas na recepção é feita pelas ACS's que, nem sempre possuem o conhecimento necessário para classificar a gravidade de um paciente.

O atendimento vespertino é direcionado para doenças crônicas e outras condições de saúde como puericultura, pré-natal. Neste horário, as senhas distribuídas apenas organizam a ordem do atendimento, existe um agendamento destes pacientes pelas ACS's de acordo com a necessidade. As segundas e terças-feiras são reservadas para a população com condições crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS, Diabetes Mellitus – DM e doenças psiquiátricas. Nas quartas-feiras são feitas consultas de puericultura e acompanhamento de crianças com alguma condição especial, além de pré-natal. A coleta de material para exame preventivo de colo de útero é realizada pela enfermagem nas tardes de terças e quartas-feiras. Quinta-feira é dia de visita domiciliar para aqueles pacientes que encontram alguma dificuldade em se deslocar até a unidade básica de saúde – UBS, muitas vezes são idosos acamados ou pessoas com algum déficit neurológico.

As reuniões ou até mesmo as conversas avulsas com a equipe de saúde trouxeram à tona problemas presentes na área de abrangência da unidade de saúde. Trata-se de uma vasta lista, que inclui alta incidência de doenças como HAS e DM II, relativa baixa adesão da população ao tratamento, alto índice de autoextermínio, alcoolismo, violência doméstica e uso de benzodiazepínicos. Além disso, podemos notar problemas estruturais como a dificuldade de implantação de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, a falta de medicamentos e máquinas para exames (como aparelho de raios-X) e a falta de compreensão por parte da população sobre como funciona os níveis de atenção.

O nó crítico talvez seja um problema de base, cuja resolução traria benefícios futuros para lidarmos com os outros problemas listados. A população não conhece o funcionamento do Sistema único de Saúde - SUS e, portanto, não sabe onde deve ir quando apresenta uma doença aguda ou quando quer dar seguimento no tratamento.

Como exemplo disso, vemos pacientes chegando até o pronto atendimento noturno da cidade solicitando encaminhamentos, trazendo exames para conferência ou até mesmo querendo trocar uma medicação de uso contínuo. Como consequência, há certa desorganização do tratamento daquele paciente, pois o prontuário da UBS não vai estar completo, já que houve modificações na medicação ou controle através de exames no plantão.

Por outro lado, temos usuários da UBS que não respeitam os horários de consultas agendadas para controle de doenças crônicas e exigem atendimento nestes horários por quadros não emergenciais, problema que encontra relação com o baixo nível de autocuidado dos usuários e pouca adesão ao tratamento.

Desta forma, tendo em vista os principais problemas relatados, o presente trabalho surge como uma proposta para, através da educação em saúde, aumentar a compreensão dos usuários do posto a respeito do funcionamento do SUS, bem como muni-los de informações sobre o autocuidado com as suas condições crônicas. Isto visando melhorias no hábito de vida da comunidade, como um todo, organizando a demanda do PSF que poderá atender de maneira mais adequada os seus usuários.

## 2 JUSTIFICATIVA:

Com o envelhecimento da população, o Brasil encontra-se num processo de mudança no paradigma das doenças mais prevalentes e de maior morbidade e mortalidade, exigindo a necessidade de atenção contínua às condições crônicas. Tal fato é percebido na fala de Mendes:

“A situação epidemiológica brasileira distancia-se da transição epidemiológica clássica omramiana, observada nos países desenvolvidos, e tem sido definida, recentemente, como tripla carga de doenças por que envolve, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada; e o forte crescimento das causas externas” (MENDES, 2010; p.2298).

Mendes (2007) desenvolveu um modelo de atenção às condições crônicas para ser aplicado no SUS que tem sido implementado na proposta de redes de atenção à saúde de Minas Gerais. Este modelo está representado na figura abaixo.

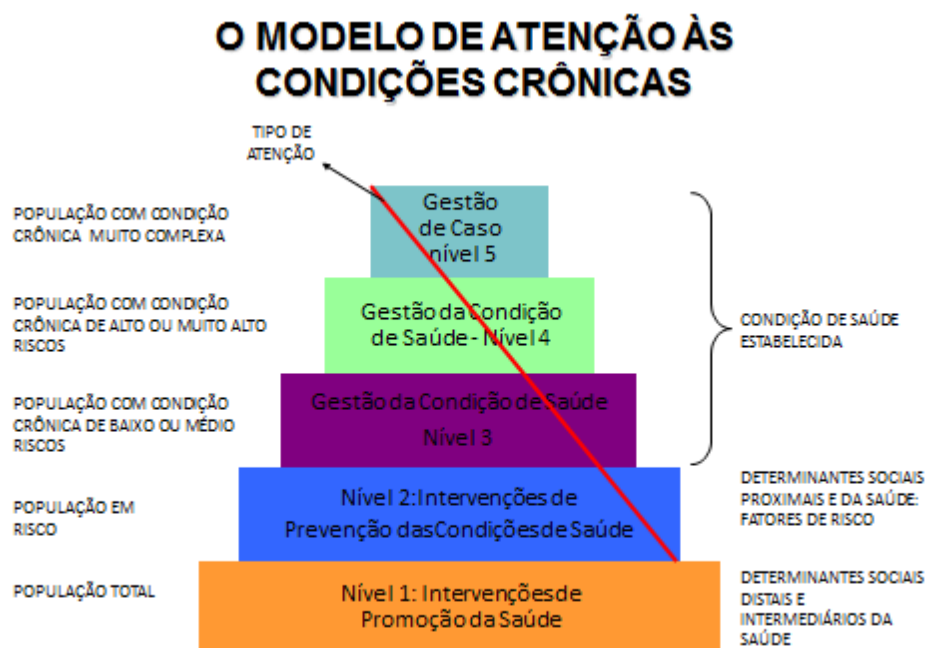


Figura 1: Modelo de atenção às condições crônicas de saúde  
Fonte: MENDES (2007)

Nesse modelo, o centro de comunicação das redes de atenção à saúde encontra-se na atenção primária, que ordena os fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e

informações nas redes. Os pontos de atenção secundários e terciários representam as conexões das redes e prestando serviços de atenção especializada. Assim, a oferta de atenção primária à saúde acontece de forma descentralizada (ou seja, ofertada em todos os municípios), a concentração dos serviços de atenção secundária fica em polos microrregionais, e os serviços de atenção terciária em polos macrorregionais.

A operacionalização desse modelo de atenção às condições crônicas exige mudanças nos componentes da rede de atenção à saúde, o que é feito segundo as diretrizes do modelo da atenção crônica (MENDES, 2012), dentre as quais se encontra o atendimento integral às condições dos usuários.

O Sistema Único de Saúde - SUS é regido pelos princípios de universalidade, igualdade, participação da comunidade, resolutividade e gratuidade, e é organizado segundo diretrizes, dentre as quais se destacam a participação popular e atendimento integral (FONTOURA; MAYER, 2006).

A integralidade é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios. (NIETZSCHE, 2000). O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional.

Entende-se a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere.

Neste cenário, se evidencia a importância de articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno (MACHADO *et al.*, 2007).

Isso implica também em mudanças nas relações com a comunidade, incluindo a participação dos usuários nos programas comunitários e as parcerias da rede de atenção à saúde com organizações comunitárias, a educação em saúde para os usuários e a integração da atenção primária e especializada, o fortalecimento do autocuidado apoiado: a colocação do usuário como o centro da atenção à saúde, a elaboração colaborativa do plano de cuidado pela equipe multiprofissional e o usuário e a utilização



de tecnologias de autocuidado apoiado como técnicas de solução de problemas e definição de metas no plano de cuidado e seu monitoramento (MENDES, 2009).

E a literatura internacional pertinente demonstra que as redes de atenção à saúde – que inserem o cidadão como agente protagonista na sua situação de saúde – podem melhorar a satisfação dos usuários, a qualidade dos serviços prestados, os resultados sanitários e além de reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2010).

Ainda segundo Mendes (2010), a solução para melhorias nos indicadores em saúde, no contexto atual do SUS, está em: “...restabelecer a coerência entre a situação de saúde de tripla carga de doenças, com predominância relativa forte de condições crônicas, e o sistema de atenção à saúde”. (MENDES, 2010. p.2300)

O que exige, também, mudanças no fragmentado sistema vigente, com a implantação das redes de atenção à saúde. Isso considerando, ainda, o papel indispensável da educação em saúde na atenção integral ao usuário.

O município de Lagoa Dourada, assim como muitas cidades brasileiras, apresenta dificuldades na execução e garantia efetiva da integralidade sanitária para a população. E, por isso, demanda mudanças tanto na concepção de trabalho dos profissionais como na participação dos cidadãos, exigindo associações entre as ações curativas e as medidas de promoção da saúde e de prevenção. O que pode ser alcançado por meio da educação em saúde focada na compreensão das condições de saúde apresentadas e na correta percepção do funcionamento das redes de atenção, por parte dos usuários.

De maneira sintética, segue abaixo a “Árvore de Problemas”, que destaca as causas do problema que levou a pensar no presente trabalho, e as suas consequências perceptíveis mais imediatas. A figura ressalta também o efeito final da problemática – correspondente à consolidação das consequências pontuais.

## 2.1 Árvore de Problemas

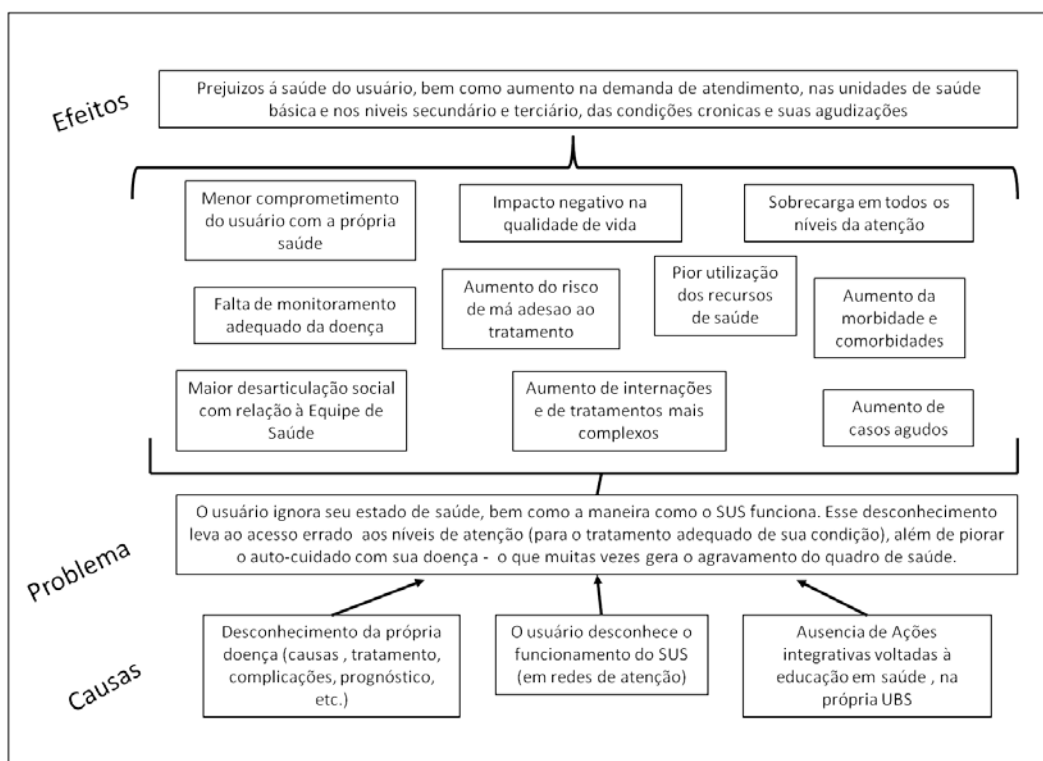


Figura 2: Árvore de Problemas

Fonte: Elaboração própria para fins deste estudo

Nesta figura, temos que o problema principal (o fato dos usuários desconhecerem tanto sua morbidade quanto o funcionamento das redes de atenção à saúde) é causado por diversos motivadores que vêm da unidade de saúde em si e também dos hábitos de vida dos próprios pacientes. E este problema se desdobra em vários outros – o que agrava ainda mais a situação, se refletindo em grandes prejuízos ao sistema de saúde e à saúde dos usuários.

Outro ponto é que muitas vezes os serviços oferecidos não coincidem com as necessidades e expectativas da população assistida. Este fato gera um descompasso marcante, que traz consigo o dispêndio desnecessário e ineficiente de recursos, associado a não resolução dos problemas e demandas de saúde da população.

Diante do exposto, o presente trabalho pretende através de uma proposta de intervenção educacional nas ações de saúde – apoiada nas diretrizes do modelo de redes de atenção e também na atenção multi e interdisciplinar por parte das equipes do posto de saúde – garantir avanços e melhorias nas condições de saúde dos usuários, e por consequência fortalecer a integração da atenção primária e especializada no Sistema Único de Saúde.

### 3 OBJETIVOS

Realizar, no âmbito da Unidade de Saúde Central de Lagoa Dourada, ações de educação em saúde voltadas para a população geral atendida, com vistas a explicar melhor o funcionamento do SUS. Realizar ainda grupos operativos com pacientes portadores de doenças crônicas (diabetes, hipertensão arterial, fibromialgia, dentre outras), atendidos neste posto, que visem a ampliação do autocuidado.

Tais ações pretendem enfatizar a importância da integralidade na prática da Atenção Primária à Saúde através da ênfase na educação popular, enquanto uma ação contínua e participativa, visando o entendimento do processo saúde-doença-saúde.

É importante criar condições que favoreçam a participação crítica e criativa dos usuários e dos trabalhadores da saúde na busca de melhoria da qualidade de vida e de saúde da comunidade, além de propiciar a compreensão de como o Sistema Único de Saúde tem suas ações divididas, e funcionando, em Redes de Atenção.

Pretende-se com isso, diminuir a demanda no posto de saúde, e também na atenção secundária e terciária, em função de condições crônicas ou de suas agudizações, além de proporcionar aos usuários uma maior consciência das causas mais profundas dos seus próprios problemas de saúde, garantindo maior adesão ao tratamento e estimulando uma maior autonomia dos mesmos no autocuidado com a sua enfermidade.

#### 4 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão da literatura a partir de pesquisa bibliográfica, tendo como fontes de dados as bases Medline/Pubmed, Scielo e a Biblioteca Virtual em Saúde – BIREME.

Os descritores utilizados para o embasamento inicial desse trabalho foram: “integralidade”, “autocuidado”, “educação em saúde” e “redes de atenção à saúde”.

A elaboração deste estudo dividiu-se, de um modo geral, em três partes: 1) a seleção de literatura pertinente, que pudesse atender aos objetivos pretendidos; 2) a filtragem mais apurada do material, considerando a relevância do assunto; e, por fim, 3) a análise crítico-interpretativa, levando em conta as ideias desenvolvidas por autores diversos, bem como as percepções e resultados do trabalho desenvolvido no PSF Central de Lagoa Dourada.

Deste modo, foram tecidas as conclusões ao estudo e reflexões das práticas em saúde, visando elaborar meios para educar a população atendida pelo PSF Central – Cavalhadas sobre o funcionamento do SUS em suas esferas de complexidade, além da criação de grupos de conscientização sobre suas condições crônicas de saúde e como evitar suas agudizações.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

Atualmente, a situação de saúde da população do Estado de Minas Gerais, assim como em quase todo o território nacional, é marcada pelo predomínio da chamada “tripla carga de doenças” – na qual convergem como causas da morbidade e da mortalidade da população as condições crônicas, as condições agudas e as doenças infecciosas, parasitárias e problemas de saúde reprodutiva.

Observa-se que hoje há um grande predomínio das condições crônicas e um aumento das causas externas, e uma grande incoerência com um sistema fragmentado de saúde, voltado principalmente para as condições agudas (MARQUES; TAVARES JUNIOR; ALBIONTI, 2012).

Para diminuir tais incoerências e atender melhor as questões de saúde, decidiu-se por implantar Redes de Atenção (RAS) à Saúde no Sistema Único de Saúde brasileiro.

As Redes de Atenção são uma nova forma de organização do Sistema de Saúde e visam estabelecer uma organização horizontal do sistema, integrando os diversos pontos e assegurando uma atenção contínua com maior agilidade, melhor utilização dos recursos e melhores resultados de saúde para os cidadãos (MARQUES; TAVARES JUNIOR; ALBIONTI, 2012).

São, ainda, arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

A implementação das RAS aponta, também, para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passam pela construção permanente nos territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2006).

Considerando, então, a prevalência das condições crônicas, Mendes propõe a implantação de um Modelo de Atenção às Condições Crônicas do SUS (MACC), tendo por base outros três modelos: o Modelo de Atenção Crônica (proposto por Wagner), o Modelo da Pirâmide de Risco e o Modelo de Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead (com modificações propostas por Mendes).

O Modelo de Atenção Crônica (CMM) compõe-se de seis elementos, subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade, conforme pode ser visto na figura a seguir.

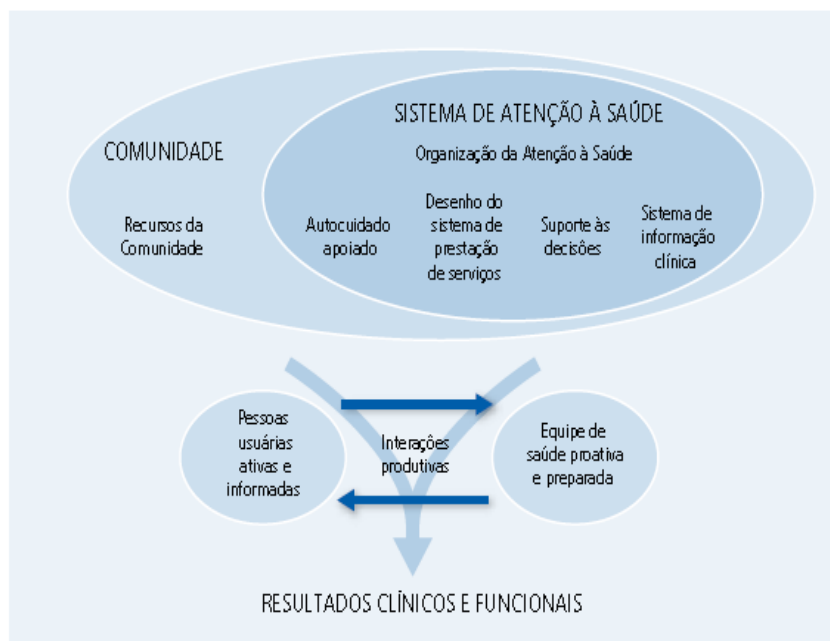


Figura 3: Modelo de Atenção Crônica  
Fonte: Mendes (2012)

O CCM compõe-se de seis elementos, subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No sistema de atenção à saúde, as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade. Esses seis elementos apresentam inter-relações que permitem desenvolver pessoas usuárias informadas e ativas e equipe de saúde preparada e proativa para produzir melhores resultados sanitários e funcionais para a população (MENDES, 2012).

O segundo modelo colocado por Mendes, enquanto base para o MACC, é o Modelo da Pirâmide de Riscos, que está em consonância com os achados de Leutz (1999) (apud MENDES, 2012). Para esse autor as necessidades das pessoas portadoras de condições crônicas são definidas em termos da duração da condição, da urgência da intervenção, do escopo dos serviços requeridos e da capacidade de autocuidado da pessoa portadora da condição.

A aplicação desses critérios permite estratificar as pessoas portadoras de condições crônicas em três grupos: os portadores de condição leves, mas com forte capacidade de autocuidado e/ou com sólida rede social de apoio; os portadores de condição moderada; e os portadores de condição severa e instável e com baixa capacidade para o autocuidado. Esta estratificação da população permite identificar pessoas e grupos com necessidades de saúde semelhantes que devem ser atendidos por tecnologias e recursos específicos, segundo uma estratificação de riscos. Sua lógica se apoia num manejo diferenciado de pessoas e de grupos que apresentam riscos similares, vide figuras abaixo.

O modelo da pirâmide de riscos:

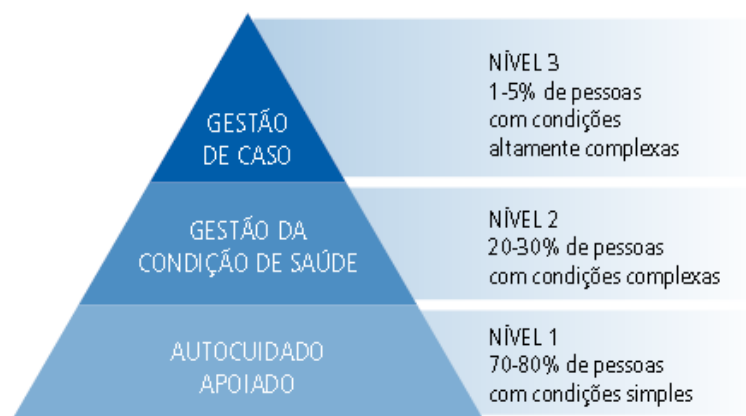


Figura 4: Modelo da pirâmide de riscos  
Fontes: Mendes (2012)

Concentração relativa de atenção profissional e autocuidado apoiado:

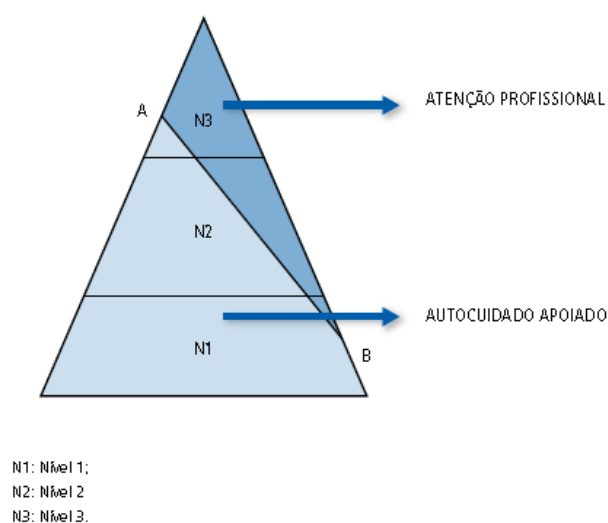


Figura 5: Concentração relativa de atenção profissional e autocuidado apoiado  
Fonte: Mendes (2012)

O terceiro modelo é o Modelo de Determinação Social da Saúde, que está alicerçado num fundamento ético da equidade em saúde, no qual as desigualdades no acesso à saúde são fruto das diferenças socialmente produzidas. É necessário destacar que a importância dos determinantes sociais decorre do fato de que eles repercutem diretamente na saúde: permitem prever a maior proporção das variações no estado de saúde, a iniquidade sanitária; estruturam os comportamentos relacionados com a saúde; e interatuam mutuamente na geração da saúde (MENDES, 2012).



Figura 6: O modelo da determinação social da saúde  
Fonte: Mendes (2012)

Este modelo inclui os determinantes sociais da saúde dispostos em diferentes camadas concêntricas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes. O modelo enfatiza as interações: estilos de vida individuais estão envolvidos nas redes sociais e comunitárias e nas condições de vida e de trabalho, as quais, por sua vez, relacionam-se com o ambiente mais amplo de natureza econômica, cultural e econômica (MENDES, 2012).

A execução do MACC exige mudanças nos componentes da rede de atenção à saúde e nas relações com a comunidade, incluindo a participação dos usuários nos programas comunitários e as parcerias da rede de atenção à saúde com organizações comunitárias, a educação em saúde para os usuários e a integração da atenção primária e especializada, o fortalecimento do autocuidado apoiado: a colocação do usuário como o centro da atenção à saúde, a elaboração colaborativa do plano de cuidado pela equipe multiprofissional e o usuário e a utilização de tecnologias de autocuidado apoiado como



técnicas de solução de problemas e definição de metas no plano de cuidado e seu monitoramento (MENDES, 2009).

Além disso, Shortell *et al.* (1966) citado por Mendes (2007) destacam que os sistemas de prestação de serviços de saúde, devem atender ao princípio da integralidade, caracterizando-se pelo foco nas necessidades de saúde da população e na coordenação e integração do cuidado através de um continuum de informação que ligam usuário, prestadores e pagadores de serviços para alcançarem uma contínua melhoria dos serviços prestados.

A integralidade é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios. (NIETZSCHE, 2000) O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional.

A integralidade é o princípio que contrapõe a abordagem reducionista e fragmentada, caracterizando-se pela percepção total e holística do usuário. Assim, seria caracterizada pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos (ALVES, 2005).

O princípio da integralidade pode ser considerado eixo norteador das ações de educação em saúde, um processo político-pedagógico que requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras, enquanto sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade (ARAÚJO; MIRANDA, 2007).

É um conceito que admite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir pelo acesso permitido por eles próprios (NIETZSCHE, 2000). O sujeito é entendido como um ser histórico e articulado, por diversas facetas (social, política, psíquica), ao meio no qual está imerso.

E é neste contexto, e em conformidade com o princípio da Integralidade, que se destaca a importância da educação para a saúde: favorecendo intervenções que vão além da doença, considerando necessidades mais abrangentes do indivíduo e agregando ações preventivas, promocionais e assistenciais. Além de envolver diferentes profissionais em

uma ação multidisciplinar em um novo modelo assistencial: mais humanizado e comprometido com as necessidades da população.

Aí se evidencia a importância de se promover as ações de educação em saúde enquanto geradoras de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno (MACHADO *et al.*, 2007).

A educação em saúde para os usuários atualmente se contrapõe ao autoritarismo da cultura sanitária e no modo tradicional de definir intervenções em saúde, norteando-se de maneira alternativa e propondo interlocução entre os saberes e práticas populares, incentivando a autonomia e a participação das pessoas em seus próprios processos.

Cabe ainda lembrar que a superação do modo de organização antes “segmentado e desarticulado” por um sistema democrático e participativo no qual a vinculação entre população e técnicos, usuários e profissionais de saúde esteja fundada no princípio da integralidade – tanto em termos da atenção à pessoa como das ações coletivas, tanto da promoção como da prevenção e da cura – faz parte de uma luta política pela saúde (STOTZ, 2005).

Assim, a Atenção à Saúde tem sua essência transformada através da efetiva humanização das relações e da integralidade, em sua essência: os serviços de saúde se mostram de uma maneira aberta, com novos espaços e possibilidades, mixando saberes e olhares diferentes – advindos da própria comunidade.

Segundo Alves (2005), a atenção básica se mostra como contexto privilegiado para o desenvolvimento de atividades voltadas para a educação em saúde, com espaços onde é possível reconhecê-la, com a intenção de uma assistência integral e contínua aos usuários, onde o autocuidado pode ser muito bem desenvolvido e configurado.

O modelo vertical profissional-usuário é quebrado através da maior interação com o indivíduo, valorizando-se as trocas interpessoais e o diálogo, sendo o sujeito reconhecido como portador de um saber próprio e capaz de firmar uma relação dialógica com os profissionais de saúde.

O diálogo e a troca de experiências entre profissionais e usuários do sistema de saúde propiciam a construção de um saber compartilhado no processo saúde-doença.

Para Alves, este compromisso e vínculo com os usuários gera maior confiança nos serviços prestados e, por este motivo, o modelo dialógico é associado a mudanças de hábitos saudáveis mais duradouros, ancorados na construção pessoal de novos sentidos com relação ao processo saúde-doença-cuidado.

O modelo dialógico para a educação em saúde favorece o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos portadores de saberes sobre o processo saúde-doença-cuidado e de condições concretas de vida, o que contribui para uma apreensão mais abrangente das necessidades de saúde dos sujeitos e na humanização da ação educativa, tornando-as mais sensíveis aos seus destinatários (ALVES, 2005).

Segundo Bonetti, o modo de vida dos sujeitos em suas múltiplas dimensões (dimensão física e espiritual de homens e mulheres; integralidade de saberes, de práticas, de espaços de atuação e dos sujeitos destas práticas) que orienta uma política pública voltada para a integralidade.

Esta nova maneira de fazer política trazida pelos movimentos populares encontra-se na participação social na formulação, no processo de formalização, na implementação e no controle social da política apresentada (BONETTI, 2011). E é esta participação social intensa que garante o acesso integral ao que o SUS tem a oferecer aos seus usuários.

A educação popular em saúde abrange movimentos sociais populares, intelectuais, profissionais de saúde e militantes comprometidos com transformações nas condições de vida da população, levando a modos de transformações das relações dentro da Unidade Básica de Saúde, garantindo maior autonomia e participação dos usuários, além da interlocução entre os saberes e práticas. (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

Educar no âmbito do Programa de Saúde da Família – PSF envolve ultrapassar as fronteiras da assistência curativa, priorizando intervenções que cuidem mais das práticas preventivas e de promoção à saúde. Baseada no diálogo e na compreensão mútua (entre profissionais e usuários), a educação em saúde mostra-se como a apropriação do princípio da integralidade pelas equipes de PSF, capaz de potencializar as melhorias na saúde dos cidadãos.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implementada para reorientar a prática assistencial, em substituição ao modelo tradicional, voltado para a cura de doenças e realizado principalmente no hospital. Ela se estrutura a partir de uma Unidade de Saúde com uma equipe multiprofissional, desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de agravos (BRASIL, 2010).

Levando em conta as orientações do Ministério da Saúde para o SUS, o enfoque para o trabalho com aos portadores de doenças crônicas está voltado para ações de

educação em saúde que promovam, além de conhecimento, a adoção de hábitos saudáveis.

Para tanto, no contexto da Estratégia de Saúde da Família, o Ministério da Saúde propõe que suas equipes realizem a intervenção aos pacientes de doenças crônicas por meio de grupos, desenvolvendo processos educativos voltados à recuperação da autoestima, apoio mútuo, troca de experiências e melhora do autocuidado, ocasionando maior adesão ao tratamento (BRASIL, 2010).

A técnica mais usada no contexto das unidades de saúde tem sido a de grupo operativo (GO), que consiste em um trabalho com grupos, cujo objetivo é promover um processo de aprendizagem para os sujeitos envolvidos. Aprender em grupo significa uma leitura crítica da realidade, uma atitude investigadora, uma abertura para as dúvidas e para as novas inquietações (BASTOS, 2010).

Esta teoria foi criada por Pichon-Rivière, que em seus estudos constatou que a situação de aprendizagem criada pela operatividade grupal gera nos sujeitos duas ansiedades básicas: medo da perda das condutas existentes (ansiedade depressiva) e medo do ataque na nova situação (ansiedade paranóide), que coexistem e cooperam na operatividade do grupo, uma vez que mobilizam tipos de conduta em prol do alcance dos objetivos propostos.

A proposta de grupo operativo (GO) pressupõe ações em grupo, pessoas reunidas num mesmo espaço, que obrigatoriamente criem entre si um vínculo e que se interajam em busca de um objetivo comum. Um grupo implica, necessariamente, a presença de dois princípios organizadores do grupo: vínculo e tarefa (ABDUCH, 1999).

A sua grande vantagem é a sua versatilidade, vez que sua técnica pode ser utilizada em muitos contextos e, se bem aplicada, garantir bons resultados.

Soares e Ferraz (2007) postulam que os benefícios da utilização do GO no âmbito da saúde são vários: redução dos atendimentos individuais face a face, participação ativa das pessoas no processo de mudança, maior envolvimento dos profissionais com as pessoas usuárias e estímulo à autonomia das pessoas na produção da saúde.

O GO, para atingir os objetivos pretendidos, de apoio ao autocuidado e de maior informação sobre o atendimento nas redes do SUS, deve ser: dinâmico – permitindo-se o fluir da interação e da comunicação para fomentar o pensamento e a criatividade; reflexivo – uma parte da tarefa é a reflexão sobre o próprio processo grupal,

particularmente quando se trata de compreender os fatores que obstruem a tarefa; e democrático quanto à tarefa, o grupo origina suas próprias ações e pensamentos, num ambiente de autonomia (TUBERT-OKLANDER; PORTARRIEU, 1986).

Mendes coloca que no campo da saúde, o grupo pode ser formado por portadores de condições de saúde assemelhadas, por idade, por gênero e outros critérios. No caso deste projeto, os grupos formados serão de usuários portadores de condições crônicas, atendidos na unidade de saúde.

Além disso, é preciso destacar que estudos evidenciaram outros benefícios do GO no contexto das unidades de atendimento de saúde, tais como: melhora no acolhimento, fortalecimento dos elos entre as pessoas usuárias e profissionais de saúde, incremento da solidariedade, melhora nos processos de informação, melhora na apropriação dos problemas, maior consciência de direitos e deveres, melhora na capacidade de verbalização e maior integração no grupo (SOARES; FERRAZ, 2007).

Por isso, com a realização de grupos operativos torna-se possível focar na educação em saúde, possibilitando aos usuários a compreender a forma como o SUS funciona (em redes de atenção); de modo que estes passam aproveitar melhor o que o sistema de saúde brasileiro tem a oferecer, gerando um efeito em cadeia no qual os serviços são melhores utilizados tanto na atenção primária, quanto nas outras esferas da atenção. Isso além de uma conscientização maior sobre a sua própria condição de saúde, estabelecendo um maior autocuidado e, por conseguinte, um hábito de vida mais saudável.

É preciso destacar ainda que é necessário revisar constantemente a educação popular em saúde e as metodologias utilizadas para sua aplicação, tendo como objetivo promover a aproximação entre o SUS e aqueles que o utilizam. É necessário inserir os cidadãos no cotidiano dos serviços de saúde, de modo que tal aproximação fortaleça a identidade social da comunidade usuária do SUS, enquanto portadora de direitos e corresponsável pela construção de um sistema de saúde que atenda a todos de maneira integral.

Com base nisso, o presente trabalho sugere que seja realizada uma intervenção no PSF Central de Lagoa Dourada, baseada em grupos de Educação em Saúde, voltados para o entendimento da dinâmica do SUS e para o autocuidado nas condições crônicas, como pode ser verificado a seguir.

## 6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

### **PROJETO DE INTERVENÇÃO NO PSF CENTRAL – CAVALHADAS DE LAGOA DOURADA: Grupos de Educação em Saúde**

#### ***Grupo 1: Para conhecer o funcionamento do SUS - direitos e deveres.***

*Público-alvo:* usuários do PSF Central – Lagoa Dourada.

*Objetivo:* Melhorar o aproveitamento das consultas do SUS, conscientizar a população de seus deveres e direitos no âmbito da saúde pública.

*Local:* Sala de espera do PSF Central – Lagoa Dourada.

*Carga horária:* 20 minutos por turno; 4 dias da semana (de segunda à quinta-feira).

*Metodologia:* Serão realizados grupos de sala de espera diariamente nos dois turnos por um estagiário de medicina ou por um agente de saúde previamente preparado. Através de imagens e palavras-chave dispostas no telão, serão explicitados, de maneira simples, os níveis de complexidade do SUS e os deveres e direitos do cidadão, dentre outras informações úteis para o bom usufruto do sistema de saúde.

#### ***Grupo 2: Para aprimorar o autocuidado nas doenças crônicas***

*Público-alvo:* 20 usuários do PSF Central – Lagoa Dourada que se encaixem no perfil de pacientes crônicos de difícil controle (hipertensos, diabéticos, hipotireoídeos, fibromiálgicos).

*Objetivo:* Contribuir para a diminuição da agudização das condições crônicas dos pacientes.

*Local:* Sala de grupos do PSF Central – Lagoa Dourada.

*Carga horária:* Serão feitos quatro encontros com a duração de 120 minutos por reunião, que será quinzenal, sempre à tarde nas quartas-feiras.

*Metodologia:* Serão organizados grupos educacionais divididos em 4 encontros da seguinte maneira:

### 1. 1º encontro: Percepção dos usuários sobre autocuidado

Público alvo: Foram selecionados 20 usuários da UBS Cavalhadas, portadores de enfermidades crônicas, com pouco sucesso terapêutico, identificados e convidados pela equipe.

*Objetivos:* Conhecer a percepção dos usuários sobre o autocuidado, buscando identificar as dificuldades e possibilidades dos integrantes do grupo; refletir e informar sobre o papel do autocuidado para a melhoria do seu problema de saúde; elaborar conjuntamente temática para um ciclo de mais 2 (ou 3) encontros, buscando superar as dificuldades no autocuidado.

*Desenvolvimento:*

15 min. Apresentação: Pedir que cada um fale seu nome e “*uma coisa que faz bem*”.

Anotar a síntese das qualidades em papel craft.

5 min. Pedir para formarem 3 grupos e conversarem sobre: “*O que você acha que é o autocuidado*”.

25 min. Entregar tesouras, revistas e cola e pedir que cada grupo monte um cartaz que demonstre a visão do grupo sobre o autocuidado.

15 min. Cada grupo apresenta seu cartaz.

20 min. Facilitadora estimula a todos que façam observações e levanta questões sobre o conceito elaborado pelo grupo. Complementa informações que sejam pertinentes no sentido de aumentar o conhecimento sobre o autocuidado, informa sobre sua importância nos problemas crônicos de saúde. Resgata as qualidades apontadas pelos usuários na apresentação e busca relacioná-las àquelas necessárias ao autocuidado.

10 min. Voltar aos grupos e solicitar que listem assuntos que eles considerem importantes para serem tratados nos próximos encontros do grupo. (a facilitadora poderá ajudar na listagem, caso as pessoas não saibam escrever).

10 min. Apresentação dos grupos. A facilitadora vai sistematizando o que os grupos trazem como demandas, anotando no papel craft.

10 min. A facilitadora propõe um cronograma e faz o acordo da participação nos próximos encontros (pergunta se estão de acordo com os temas eleitos após a sistematização, verifica o melhor horário e dia).

10 min. Avaliação do encontro: Pedir aos participantes que falem o que acharam do encontro com uma palavra ou um gesto.

2. 2º encontro: O que é a doença crônica
3. 3º encontro: Estilo de vida
4. 4º encontro: Uso de medicação

Cada encontro seguirá uma propedêutica com exposição direta da informação e também dinâmicas para maior fixação do conteúdo pelos participantes, tendo como guia o tempo já detalhado no primeiro encontro.



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo por base as informações contidas neste estudo, percebe-se que a utilização das ações educativas voltadas para a saúde pode auxiliar muito na melhoria da qualidade de vida dos usuários e no maior controle das suas condições crônicas.

Evidências na bibliografia demonstram que esta construção de conhecimento não ocorre apenas com o simples repasse de informações, mas sim pela interação do posto de saúde com os pacientes, dando-lhes o sentido de responsabilidade na busca do autocuidado e tornando-os atuantes na decisão sobre sua própria saúde. (VASCONCELOS *et al.*, 2009).

Além disso, os trabalhos em grupos também levam à formação de vínculos e consequente promoção de atitudes saudáveis, pois cria o diálogo entre pessoas que têm experiências parecidas. E a mediação da equipe do PSF garante a troca de vivências subsidiada por orientações e informações corretas sobre as condições crônicas tratadas. Segundo Dall'Agnol *et al.* (2007), a troca de experiências mediada por uma equipe multidisciplinar aumenta a capacidade resolutiva da assistência prestada.

Deste modo o Programa Saúde da Família, inserido em uma política que garante acesso universal e a integralidade da assistência, pode beneficiar-se muito das ações de educação em saúde (BRASIL, 2011). Isso fica claro no trabalho em questão, quando observamos os resultados obtidos nas primeiras reuniões: a troca realizada no contexto dos grupos conduz os pacientes a identificarem-se com problemas e questões semelhantes, levando-os a aprender com as experiências mútuas e a refletir sobre a sua própria postura diante da doença.

As reuniões realizadas no posto de saúde central de Lagoa Dourada demonstraram que, com maior conhecimento do funcionamento do SUS, os usuários passam a utilizar melhor os serviços oferecidos e também a cuidar mais de sua saúde e daquele que estão em seu entorno.

Os grupos realizados na sala de espera trouxeram informações essenciais para a população utilizar o SUS de maneira correta, no sentido de conduzir o paciente pelo caminho mais adequado dentro do sistema (através das redes de atenção) e, conseqüentemente, diminuir o ônus. Com este entendimento o número de consultas no plantão noturno do município tende a diminuir, uma vez que a população se conscientiza que naquele local são atendidos casos de urgência e emergência, sendo

inviável para o médico plantonista renovar prescrições de medicamentos de uso crônico ou conferir exames complementares de rotina.

Dessa forma, o atendimento do PSF torna-se mais organizado, constando uma história completa do paciente no prontuário, a lista completa de medicamentos em uso crônico daquele indivíduo, um controle melhor sobre a periodicidade das consultas e, possivelmente, melhor controle da condição crônica.

Já nos grupos em que ocorreram discussões sobre o conceito que os usuários apresentam de autocuidado, foi possível entender a percepção que cada um tem de sua condição crônica. Com isso, o profissional de saúde tem condições de identificar os pontos em que cada paciente apresenta dificuldades em seu tratamento e de mostrar as opções que ele tem para melhorar sua saúde. Como os grupos foram formados por pacientes portadores de doenças crônicas (DM, HAS e Fibromialgia), foram priorizados, como temas dos encontros, tópicos que visam aumentar a qualidade de vida desses indivíduos.

Tudo indica que essa reflexão em grupo proporciona uma melhor aceitação da dieta e maior adesão ao tratamento medicamentoso por parte dos pacientes e, como consequência, diminui os casos descompensação da doença diminuindo o número de consultas geradas por agudização do quadro.

Isto posto, como resultado final espera-se que a cada encontro novas questões sejam abordadas, ampliando a carga de conhecimento dos usuários e a gama de respostas positivas no autocuidado e na utilização dos serviços de saúde.

Estima-se que estas ações educativas possam suprir os usuários de conhecimentos, habilidades e atitudes inovadoras que os auxiliem no seu dia a dia.

É preciso destacar, no entanto, que tal objetivo somente será atingido se os grupos funcionarem como um ambiente de escuta, no qual é possível ao paciente falar livremente sobre suas dificuldades e encontrar apoio para resolver questões que de algum modo estejam atrapalhando o seu tratamento ou o seu acesso aos serviços do SUS, possibilitando uma melhora concreta em seu bem estar.

Ao mesmo tempo, é essencial que esse processo de aprendizagem seja constantemente revisto, acompanhado e avaliado. É preciso, ainda, que haja o engajamento de toda a equipe de saúde, garantindo uma maior interação entre os mesmos e os pacientes, bem como o aprofundamento dos grupos.

É muito importante que sejam criadas normas e padrões para as atividades educativas, de modo que estas produzam o efeito terapêutico desejado e contribuam efetivamente para a redução das morbidades, melhorias nos hábitos de vida dos usuários e da qualidade dos serviços prestados pelos SUS aos cidadãos.

## REFERÊNCIAS

1. ABDUCH, C. Grupos Operativos com Adolescentes. **Cadernos, juventude saúde e desenvolvimento**, Brasília, v. 1, ago./1999.
2. ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade – **Comunicação, Saúde, Educação**, v.8, n.15, p.259-74, mar/ago 2004.
3. ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial – **Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.
4. ARAÚJO, D.; MIRANDA, M.C.G.; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade; Formation of health professionals from a comprehensive perspective. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, n. supl. 1, p. 20-31, 2007.
5. BASTOS, A. B. B. I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicólogo Informação** ano 14, n, 14 jan./dez. 2010. Disponível em:<<https://www.metodista.br/revistas/revistasims/index.php/PINFOR/article/view/2348/2334>>. Acesso em: 15 de dezembro de 2013.
6. BONETTI, O. P.; PEDROSA, J. I.S.; SIQUEIRA, T. C. A. Educação Popular em Saúde como Política do Sistema Único de Saúde. **Revista de APS**, v. 14, n. 4, 2011.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2006.
8. BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>> Acesso em 15 dez 2013.
9. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de saúde. – Brasília, **CONASS**, 2011. (Coleção para Entender a Gestão do SUS).
10. DALL'AGNOL, C. M. *et al.* O trabalho com grupos como instância de aprendizagem em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.28, n.1, p.21-6, 2007.
11. FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Pesquisa Brasileira de Enfermagem**, Santo Ângelo, v. 59, n. 4, p.532-537, ago. 2007.
12. IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Consultado em: 12 DEZ 2013.

13. MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p.335-342, 2007
14. MARQUES, A. J. S.; TAVARES JUNIOR, F. A.; ALBIONTI, L. R. C.. **Balanced Scorecard com foco na gestão para cidadania**: a revisão do planejamento estratégico da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2012.
15. MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
16. MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde no SUS**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.
17. MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2010, vol.15, n.5, pp. 2297-2305. (disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci_abstract&tlng=pt) – consulta em 20 de dezembro de 2013).
18. MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 512 p. 2012.
19. NIETZSCHE, F. W. **Meu conceito de liberdade**. In: **Crepúsculo dos ídolos**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2000.
20. STOTZ, E. N. **Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde**. 2005. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretariade Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 287-301.
21. SOARES, S. M.; FERRAZ, A. F.; Grupos Operativos de Aprendizagem nos Serviços de Saúde: Sistematização de Fundamentos e Metodologias. **Escola Anna Nery de Enfermagem**, 2007, mar; 11(1); 52-7.
22. TUBERT-OKLANDER, J.; PORTARRIEU, M. L. **Grupos Operativos**. In OSORIO, L.C. *et al.* Grupoterapia Hoje. Porto Alegre, Artmed, 1986.
23. VASCONCELOS, M. *et al.* **Práticas pedagógicas em atenção básica a saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG – Nescon UFMG, 2009. 70 p.

