

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

**Planejamento Participativo: Processo de Interação entre
Ensino, Serviço e Comunidade na Estratégia Saúde da
Família**

Jair Almeida Carneiro

Montes Claros – Minas Gerais – Brasil

2014

Jair Almeida Carneiro

Planejamento Participativo: Processo de Interação entre Ensino, Serviço e Comunidade na Estratégia 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: Patrícia da C. Parreiras

Montes Claros – Minas Gerais – Brasil

2014

Jair Almeida Carneiro

Planejamento Participativo: Processo de Interação entre Ensino, Serviço e Comunidade na Estratégia 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: Patrícia da C. Parreiras

Banca Examinadora

Profa. Patrícia da Conceição Parreiras

Profa. Thais Lacerda e Silva

Aprovada em...../...../.....

Montes Claros – Minas Gerais – Brasil

2014

RESUMO

O Planejamento Participativo é capaz de contribuir para a identificação das necessidades de saúde de grupos distintos a partir da própria população. Este trabalho tem por objetivo propor um plano de ação para intervenção do problema selecionado, segundo os critérios do método participativo, dentre os problemas de saúde destacados pelos moradores vinculados à equipe de Saúde da Família Alterosa, situada no município de Montes Claros, norte de Minas Gerais. A Estimativa Rápida Participativa (ERP) e o Método Altadir de Planificação Popular (MAPP) foram os métodos norteadores das atividades. Dentre os problemas destacados, a realização de caminhada orientada foi selecionada por prioridade. Foi criado o grupo de caminhada e as atividades ocorrem três vezes por semana. Ocorre a aferição de pressão arterial e alongamento antes do início da atividade física. A caminhada tem duração aproximada de uma hora. O grupo de caminhada foi uniformizado e isso permitiu a criação da identidade do grupo. Além disso, alguns membros da caminhada solicitaram uma noite dançante, que aconteceu em dois momentos. O Planejamento Participativo introduziu o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle desse processo, bem como a interação entre ensino-serviço-comunidade, desenvolvendo atividades no âmbito coletivo e individual, abrangendo ações de promoção e prevenção da saúde.

Palavras-chave: Planejamento Participativo; Promoção da Saúde; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Participatory planning is able to contribute to the identification of the health needs of different groups from the population itself. This work aims to propose a plan of action for intervention problem selected according to the criteria of the participatory approach among health issues highlighted by residents related to Family Health Team Alterosa, located in Montes Claros, Minas Gerais north. Participatory Rapid Estimate (ERP) and Method Altadir Popular Planning (MAPP) were the methods of guiding activities. Among the problems highlighted, conducting guided walk was selected by priority. The walking group was created and activities take place three times a week. Is the measurement of blood pressure and stretching before beginning physical activity. The walk lasts about an hour. The walking group was standardized and this allowed the creation of group identity. In addition, some members requested a dancing night walk, which took place in two stages. Participatory Planning introduced the process of enabling people to act to improve their quality of life, including greater participation in control of this process, as well as the interaction between teaching and service - community, developing activities in the collective and individual level, including actions prevention and promotion of health.

Keywords: Participatory Planning, Health Promotion, Family Health Strategy.

LISTA DE SIGLAS

ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica.

APS - Atenção Primária à Saúde.

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

ERP - Estimativa Rápida Participativa.

ESF - Estratégia Saúde da Família.

MAPP - Método Altadir de Planificação Popular.

MS - Ministério da Saúde.

PROMED - Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas.

PROVAB - Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica.

PSF - Programa de Saúde da Família.

Pró-Saúde - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde.

SUS - Sistema Único de Saúde.

UBS - Unidades Básicas de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo Geral	13
2.2 Objetivos Específicos.....	13
3 METODOLOGIA.....	14
4 DESENVOLVIMENTO.....	16
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS.....	27
APÊNDICE 1.....	31

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal Brasileira de 1988, inspirada na VII Conferência Nacional de Saúde de 1986, aprovou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), dando início à reforma do modelo de assistência pública à saúde, marcado pelo paradigma da Produção Social da Saúde (WESTPHAL; SANTOS, 1999; VIANA; DAL POZ, 2005).

Estavam lançadas as bases oficiais para a reestruturação da saúde no Brasil através do delineamento de um sistema democrático, descentralizado e condizente com os princípios de Atenção Primária à Saúde (APS), contidos na Declaração de Alma-Ata (AGUIAR, 2003).

A APS envolve um conjunto de ações no âmbito individual e no coletivo, que contemplem promoção e proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, destinadas a populações de territórios geograficamente delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica existente no território onde vivem essas populações (ALMEIDA, 2003; BRASIL, 2011).

O atual modelo de Reforma Sanitária Brasileira promove a organização dos serviços de saúde em torno da APS, especialmente, por meio da estratégia de Saúde da Família (ESF), anteriormente denominado com o Programa de Saúde da Família (PSF). De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a ESF deve envolver a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com vistas a atenção integral que impacte na situação de saúde das pessoas (BRASIL, 2011).

As primeiras equipes começaram a ser implantadas em 1994, com o objetivo de reorganizar a prática assistencial, em substituição ao modelo tradicional, orientado para cura de doenças e realizado principalmente em hospitais. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de

intervenções que vão além da prática curativa. A estratégia reafirma e incorpora os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 1998; BRASIL, 2001; SANTANA, 2001).

A questão da formação do médico de família passou então a fazer parte da agenda de expansão da APS no país. A concentração de serviços privados detentores de alta tecnologia em grandes centros urbanos tende a reter, nesses ambientes, médicos que almejam cumprir programas de especialização – pré-requisito para a concorrência em um mercado restrito, fragmentado em especialidades e eventualmente afastado das necessidades de saúde mais prevalentes da população (AGUIAR, 2003).

O Ministério da Saúde (MS) instituiu, em 2002, o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED). Essa iniciativa objetivou a seleção de escolas médicas que passariam a receber incentivo financeiro para o desenvolvimento de um currículo integrado e voltado prioritariamente para a APS. Em consequência, percebe-se que a formação médica necessitaria de reformas, tanto do seu conteúdo e método pedagógico, quanto do cenário de práticas (AGUIAR, 2003).

Dessa forma, o governo brasileiro e a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), através do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e da substituição do currículo mínimo dos cursos de medicina pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), adotaram uma abordagem diferenciada para o ensino médico com o objetivo de uma reorientação da formação profissional. O objetivo central do Pró-Saúde é a integração ensino-serviço, de modo a assegurar uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, e, assim, transformar o processo de ensino e prestação de serviços à população. Para isso, é preciso que as instituições de ensino desloquem o atual eixo da formação – centrado na assistência individual prestada em unidades especializadas – para um processo voltado às necessidades sociais, econômicas e culturais da população (BRASIL, 2007; SPERANDIO *et al.*, 2009).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina apontam para a necessidade de o curso médico proporcionar

formação generalista, humanista, crítica e reflexiva ao profissional, que deve ser capaz de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos.

Com isso, o novo paradigma referencia a Vigilância da Saúde como Prática Sanitária, cujas estratégias de intervenção resultam da combinação das ações: Promoção, Prevenção, Atenção e Recuperação. A sua construção deve ser sustentada em três pilares básicos: território, problemas de saúde e intersetorialidade. Nesse sentido, há a inserção e o reconhecimento de um determinado território para, posteriormente, identificar, descrever e explicar os problemas nele contidos, definindo seus nós críticos e atuando sobre eles, mediante um conjunto articulado de operações organizadas intersetorialmente (MENDES, 1998).

O município de Montes Claros está situado no norte de Minas Gerais, Brasil e conta com uma população de aproximadamente 385 mil habitantes, além de representar o principal polo urbano regional. O município conta com 80 equipes de Saúde da Família, responsáveis pela cobertura de aproximadamente 62,3% da população. A unidade de Saúde da Família Alterosa, localizada na zona urbana contava com duas equipes de Saúde da Família incompletas. Entretanto, com o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), foi inserido o profissional médico à equipe, a qual ainda necessitava de dentista, agentes comunitários de saúde e técnico de enfermagem. Posteriormente, foram contratados agentes comunitários e a técnica de enfermagem, mas ainda se mantém incompleta, devido à falta do dentista. A área de abrangência da equipe de Saúde da Família Alterosa é subdividida em seis microáreas e possui 715 famílias cadastradas. Possui população de 1992 pessoas, sendo 998 do sexo masculino e 994 do sexo feminino.

Sabe-se que o processo de planejamento em saúde é fundamental como instrumento para a reorganização do processo de trabalho da equipe de Saúde da Família, desde a identificação dos problemas de saúde até o monitoramento e avaliação das ações. Neste contexto, o diagnóstico situacional ou organizacional envolve um processo de coleta, tratamento e análise de dados para o planejamento e programação de ações. Esses dados

são oriundos da participação efetiva das pessoas envolvidas no território a que se pretende realizar o diagnóstico de situação.

O desafio representado pela implementação do SUS exige cada vez mais a utilização de ferramentas e tecnologias que facilitem a identificação dos principais problemas de saúde que acomete a comunidade, bem como a definição de intervenções capazes de resolvê-los. Estudos evidenciam experiências satisfatórias com a realização do planejamento participativo na área de atuação das Equipes da Estratégia Saúde da Família, tendo com métodos a Estimativa Rápida Participativa (ERP) e o Método Altadir de Planificação Popular (MAPP) (AGUIAR *et al.*, 2006; ANTUNES *et al.*, 2006; ANTUNES *et al.*, 2007; POSWAR *et al.*, 2013).

É neste contexto que este estudo tem como objetivo propor um plano de ação para a intervenção de problemas vivenciados pelos moradores vinculados à equipe de Saúde da Família Alterosa, identificados a partir do planejamento participativo.

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Definir um plano de ação para intervenção nos problemas de saúde da população adscrita à equipe de Saúde da Família Alterosa, identificados por meio de diagnóstico situacional.

2.2. Objetivos específicos:

- Conhecer as necessidades e problemas de saúde dos moradores vinculados à equipe de Saúde da Família Alterosa, a partir da análise do Diagnóstico Situacional realizado pela equipe.
- Definir um plano de ação para o problema prioritário, vivenciado pelos moradores vinculados à equipe de Saúde da Família Alterosa.

3. METODOLOGIA

No presente estudo, foram utilizados os resultados do Diagnóstico Situacional, realizado por meio da Estimativa Rápida Participativa (ERP) para a identificação das necessidades de saúde de grupos distintos a partir da própria população, em conjunto com os administradores de saúde. Tal medida é capaz de fortalecer os princípios da equidade, da participação e da cooperação, assim como promover maior envolvimento intersetorial na comunidade. A ERP é frequentemente aplicada na Estratégia Saúde da Família (ESF), cenário para atualização do diagnóstico local e produção do planejamento participativo (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998; SILVEIRA, 1998; ANTUNES *et al.*, 2008).

A ESF, cenário desse estudo, está localizada no bairro Alterosa, na região sudoeste do município de Montes Claros, norte de Minas Gerais. A equipe, subdividida em seis microáreas, foi implantada em agosto de 2010 e conta com cerca de dois mil habitantes em sua área de abrangência.

Como parte do processo de trabalho da equipe, são realizadas reuniões comunitárias mensais, que possibilitam a coleta de informações sobre a realidade da comunidade e principais problemas relacionados à saúde, bem como o planejamento participativo. Além disso, esse processo serviu de base para a implantação do Método Altadir de Planificação Popular (MAPP).

O MAPP é um método participativo que respeita a visão que a população tem dos problemas locais que a afetam. Foi desenhado para planejar na base popular e fazer efetivas as propostas de democratização e participação popular. É um método, que, através de discussões, auxilia a compreensão da realidade, a identificação de problemas centrais, a análise desses problemas e a elaboração de propostas para solucioná-los, resultando num plano de ação visando à melhoria da qualidade da saúde. É desenvolvido em reuniões comunitárias orientadas por um moderador, nas quais os moradores da área adscrita expõem a sua opinião, definem soluções e determinam estratégias (SILVEIRA, 1998; TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998a; TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998b).

O MAPP apresenta os seguintes passos: seleção dos problemas; descrição do problema; explicação do problema através da “espinha de peixe”

ou da “árvore explicativa”; desenho da situação objetivo; seleção dos nós críticos; desenho das operações e definição das responsabilidades; avaliação e cálculo dos recursos necessários para desenvolver as operações-orçamento; identificação de atores sociais relevantes e sua motivação frente ao plano; identificação de recursos críticos para desenvolver as operações e de atores que os controlem; seleção de trajetórias, análise de vulnerabilidade do plano e desenho de sistema de prestação de contas. Deve-se ressaltar que esses passos se desenvolvem ora paralelamente, ora continuamente de forma que, na maioria das vezes, não há definição dos limites entre eles (SILVEIRA, 1998; TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998a; TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998b).

Após a execução do MAPP, um problema prioritário foi definido e, em acordo com a comunidade, foi estabelecido um plano de ação para enfrentamento do problema: Criação de grupos de caminhada. É neste contexto que este estudo se insere, ou seja, na análise dos dados obtidos no Diagnóstico Situacional realizado pela ESF e na proposição de um Plano de Ação para o problema identificado como sendo prioritário.

4 DESENVOLVIMENTO

- **Definição dos Problemas**

A partir do Diagnóstico Situacional, a equipe de Saúde da Família Alterosa destacou os seguintes problemas:

1. Desejo em realizar a caminhada orientada. Alguns membros da equipe e os moradores reivindicavam essa atividade.
2. Pacientes hipertensos e diabéticos com níveis pressóricos e glicêmicos descontrolados.
3. Falta de estrutura da unidade de saúde. Casa pequena e alugada onde atuam duas equipes de saúde da família.
4. Falta de médico para a outra equipe. A médica de outra equipe realiza consultas na unidade em alguns turnos na semana.
5. Falta de agentes comunitários de saúde.
6. Falta de uma secretária na recepção. Os agentes comunitários revezam nessa função.
7. Falta de materiais para realizar alguns procedimentos (gaze, degermante, anestésico, material para realizar pequena cirurgia).

- **Priorização dos Problemas**

Os problemas listados foram classificados por prioridade de acordo com o método participativo, respeitando a visão que a população tem dos problemas locais que a afetam. Os critérios utilizados foram:

- Relevância/Importância, sendo cada problema pontuado como de alta (3 pontos), média (2 pontos) ou baixa relevância/importância (1 ponto);
- Enfrentamento, refere-se à capacidade de ação de enfrentar determinado problema, sendo dentro (3 pontos), fora (1 ponto) ou parcialmente dentro das condições da comunidade (2 pontos);

- Urgência, classifica-se o problema em pouca (1 ponto), média (2 pontos) ou acentuada urgência (3 pontos).

A tabela 1 evidencia os problemas classificados conforme os critérios expostos acima.

TABELA 1 – Lista de problemas classificados de acordo com critérios de relevância, enfrentamento e urgência. Montes Claros, Minas Gerais - 2014.

PROBLEMA	RELEVÂNCIA	ENFRENTAMENTO	URGÊNCIA	TOTAL
1. Caminhada orientada.	3	3	2	8
2. Pacientes com níveis pressóricos e glicêmicos descontrolados.	3	2	2	7
3. Estrutura da unidade de saúde.	3	1	2	6
4. Equipe de saúde sem médico.	3	1	2	6
5. Falta de agentes comunitários.	3	1	2	6
6. Secretária na recepção.	2	1	2	5
7. Falta de materiais.	2	1	1	4

- **Problema escolhido**

Realizar a caminhada orientada.

- **Descrição do problema selecionado**

Alguns moradores vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF) do bairro Alterosa reivindicaram o desejo em realizar a caminhada orientada sob a supervisão da equipe de Saúde da Família. Membros da equipe também manifestaram o interesse na atividade física, destacando os benefícios que o exercício pode promover à saúde. Além disso, a caminhada orientada pode ajudar a controlar os níveis pressóricos e glicêmicos de alguns pacientes.

- **Explicação do problema**

As pessoas que estão acostumadas com um tipo de vida sedentária relutam quando são orientadas a mudar seu modo de viver. Os motivos apresentados são os mais variados: não ter tempo, falta de companhia, dificuldades de locomoção.

O desenvolvimento de ações capazes de melhorar os hábitos e proporcionar qualidade de vida deve sempre ser incentivado pelas equipes de Saúde da Família. O incentivo à prática de atividade física previne o surgimento de agravos à saúde.

A caminhada orientada tem como objetivo proporcionar a prática de atividade física, reduzindo o sedentarismo e as doenças decorrentes da falta de exercícios. A caminhada traz diversos benefícios, dentre eles:

1. Emagrece. A caminhada aliada a uma boa alimentação pode ajudar a emagrecer, já que é um exercício aeróbio. Queima calorias e, conseqüentemente, ajuda no controle do peso (ELIAS *et al.*, 2011; DOS REIS FILHO *et al.*, 2012; FIGUEREDO; NAVARRO, 2012).
2. Auxilia no controle do colesterol e da Diabetes. A caminhada propicia um melhor condicionamento cardiovascular e pode ajudar a reduzir as taxas de colesterol. Além disso, pode reduzir os níveis de glicose e melhorar a ação da insulina no corpo (BERNARDINI; MANDA; BURINI, 2011; CARDOSO *et al.*, 2011; CANOVAS; GUEDES, 2012; MELLO *et al.*, 2012; CAMPOS *et al.*, 2013).
3. Melhora o humor. Deixa a pessoa mais vigorosa e ativa, pois garante a oxigenação do cérebro e, se feito com frequência, libera a endorfina, promovendo uma sensação de prazer, disposição e uma maior animação para a vida. Além disso, a caminhada permite a reflexão sobre projetos de vida (MIRANDA; DE MELLO; ANTUNES, 2011; SILVA; FERREIRA, 2011).
4. Fortalece os ossos dos membros inferiores (SANTOS; BORGES, 2010; SANTOS *et al.*, 2013).

5. Fortalece os músculos dos membros inferiores. Isso pode contribuir, inclusive, a ter uma postura melhor, corrigindo aqueles vícios de má postura e sendo vital para quem sente dores na coluna. Tonifica o corpo e aumenta a massa muscular (TORRES, 2013).
6. Melhora a função cardiovascular. Isso contribui para o controle da Hipertensão Arterial (ELIAS et al., 2011; MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2012).
7. Melhora a respiração. A caminhada contribui para estimular os pulmões e melhora o condicionamento físico (MELLO, 2012).
8. Melhora a imunidade do corpo. Exercícios feitos regularmente influenciam na imunidade do organismo (BRÜGGER, 2012).
9. Ajuda a dormir melhor. A caminhada, assim como a maioria das atividades físicas, pode contribuir para uma boa noite de sono, inclusive para aquelas pessoas que possuem problemas de insônia (STEFFENS *et al.*, 2011. TORRES et al., 2013).
10. Diverte; reduz o estresse, a tensão e a ansiedade; ajuda a melhorar a autoestima; reduz as chances de depressão. Além disso, proporciona a oportunidade de conhecer pessoas e criar vínculo social (PONTE, *et al.*, 2012;. RIBEIRO; SANTOS; RIBEIRO, 2013).

- **Seleção dos nós críticos**

Para elaboração do plano de ação, é necessário identificar primeiro os nós críticos. A seleção de nós críticos consiste em identificar entre as causas que explicam o problema, aquelas que, quando modificadas, por si só promovem a alteração de outra ou de uma série de causas. Os nós críticos identificados foram:

1. Falta de iniciativa da equipe de Saúde da Família e dos moradores;
2. Hábitos e estilo de vida dos moradores (sedentarismo);
3. Falta de profissional adequado para a orientação da atividade física.

- **Desenho das operações**

Desenho das operações para enfrentamento do problema escolhido: “Realizar a caminhada orientada” (Quadro 1).

QUADRO 1 – Desenho das operações para enfrentamento do problema escolhido. Montes Claros, Minas Gerais - 2014.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Falta de iniciativa da equipe da ESF e dos moradores.	“Motivação” Evidenciar os benefícios da caminhada orientada	Estimular tanto os membros da equipe da ESF Alterosa, quanto os moradores a realizarem a caminhada orientada.	Realização da caminhada orientada.	Recursos humanos: Equipe de saúde da ESF Alterosa. Recursos materiais: Folhas de papel, folders e cartazes referentes aos benefícios da caminhada orientada.
Hábitos e estilo de vida dos moradores (sedentarismo).	“Mudança” Mostrar a importância da mudança de hábitos e estilo de vida	Estimular a mudança de hábitos e estilo de vida.	Mudar hábitos e estilo de vida.	Recursos humanos: Equipe de saúde da ESF Alterosa. Recursos materiais: Folhas de papel, folders e cartazes referentes aos benefícios da mudança dos hábitos e estilo de vida.
Falta de profissional adequado para a orientação da atividade física.	“Capacitação” Capacitar os membros da equipe de ESF Alterosa para realizar a caminhada orientada.	Capacitar os membros da equipe de ESF Alterosa para realizar a caminhada orientada.	Tornar os membros da equipe de ESF Alterosa capazes para a orientação da caminhada orientada.	Recursos humanos: Equipe de saúde da ESF Alterosa e professor de educação física. Recursos materiais: Folhas de papel, folders e cartazes referentes à técnica adequada a ser praticada para realizar a caminhada orientada.

- **Identificação dos recursos críticos**

O Quadro 2 evidencia a identificação dos recursos críticos para o enfrentamento do problema selecionado.

QUADRO 2 – Identificação dos recursos críticos para o enfrentamento do problema selecionado. Montes Claros, Minas Gerais - 2014.

Operação/Projeto	Recursos necessários
“Motivação”	Recursos humanos: Equipe de saúde da ESF Alterosa. Recursos materiais: Folhas de papel, folders e cartazes referentes aos benefícios da caminhada orientada.
“Mudança”	Recursos humanos: Equipe de saúde da ESF Alterosa. Recursos materiais: Folhas de papel, folders e cartazes referentes aos benefícios da mudança dos hábitos e estilo de vida.
“Capacitação”	Recursos humanos: Equipe de saúde da ESF Alterosa e professor de educação física. Recursos materiais: Folhas de papel, folders e cartazes referentes à técnica adequada a ser praticada para realizar a caminhada orientada.

- **Análise da viabilidade do plano: atores e motivadores.**

O Quadro 3 evidencia análise da viabilidade do plano, com os atores e motivadores.

QUADRO 3 – Análise da viabilidade do plano, com os atores e motivadores.. Montes Claros, Minas Gerais - 2014.

Operação/ Projeto	Recursos necessários	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
“Motivação”	Recursos humanos: Equipe de saúde da ESF	Equipe de saúde da ESF	Favorável	Marcar uma reunião com os membros da equipe da ESF Alterosa e,

	<p>Alterosa.</p> <p>Recursos materiais: Folhas de papel, folders e cartazes referentes aos benefícios da caminhada orientada.</p>	Alterosa.		<p>posteriormente, com os moradores do bairro.</p> <p>Separar material informativo referente aos benefícios da caminhada.</p>
“Mudança”	<p>Recursos humanos: Equipe de saúde da ESF Alterosa.</p> <p>Recursos materiais: Folhas de papel, folders e cartazes referentes aos benefícios da mudança dos hábitos e estilo de vida.</p>	Equipe de saúde da ESF Alterosa.	Favorável	<p>Marcar uma reunião com os membros da equipe de ESF Alterosa e realizar a capacitação.</p> <p>Posteriormente, reunir com os moradores do bairro para transmitir a informação. Marcar a data de início da caminhada orientada.</p>
“Capacitação”	<p>Recursos humanos: Equipe de saúde da ESF Alterosa e professor de educação física.</p> <p>Recursos materiais: Folhas de papel, folders e cartazes referentes à técnica adequada a ser praticada para realizar a caminhada orientada.</p>	Equipe de saúde da ESF Alterosa.	Favorável	<p>Convidar um profissional de educação física para capacitar os membros da equipe de ESF Alterosa sobre a prática de alongamento, distância percorrida, respiração adequada e outros.</p>

- **Plano de ação**

Os planos de ação de cada nó crítico encontram-se nos quadros 4, 5 e 6.

QUADRO 4 – Primeiro nó crítico a ser trabalhado: Falta de iniciativa da equipe de Saúde da Família e dos moradores.

Solução	Realizar uma reunião com os membros da equipe de Saúde da Família Alterosa, destacando os benefícios da caminhada orientada e incentivando todos a repassarem a mensagem aos moradores do bairro. Em seguida, realizar uma reunião com os moradores do bairro e expor também a importância da prática de atividade física, bem como determinar os dias e horários da caminhada orientada. Além disso, expor no mural informativo assuntos referentes à caminhada orientada.
Resultado esperado	Estimular tanto os membros da equipe de Saúde da Família Alterosa, quanto os moradores a realizarem a caminhada orientada.
Atividades necessárias	Marcar uma reunião com os membros da equipe de Saúde da Família Alterosa e, posteriormente, com os moradores do bairro. Separar material informativo referente aos benefícios da caminhada.
Responsáveis	Equipe de saúde de Saúde da Família Alterosa.
Prazo	30 dias.
Recursos humanos	Equipe de saúde de Saúde da Família Alterosa.
Recursos materiais	Folhas de papel, folders e cartazes referentes aos benefícios da caminhada orientada.

QUADRO 5 – Segundo nó crítico a ser trabalhado: Hábitos e estilo de vida dos moradores (sedentarismo).

Solução	Realizar capacitação dos membros da equipe de Saúde da Família Alterosa, destacando a importância da mudança dos hábitos e estilo de vida. Incentivar todos a repassarem a mensagem aos moradores do bairro. Em seguida, realizar encontros com os moradores do bairro e expor as consequências do sedentarismo e a importância da mudança dos hábitos e estilo de vida.
Resultado esperado	Mudança dos hábitos e estilo de vida dos moradores.
Atividades	Marcar uma reunião com os membros da equipe de Saúde da Família

necessárias	Alterosa e realizar a capacitação. Posteriormente, reunir com os moradores do bairro para transmitir a informação.
Responsáveis	Equipe de saúde de Saúde da Família Alterosa.
Prazo	30 dias.
Recursos humanos	Equipe de saúde de Saúde da Família Alterosa.
Recursos materiais	Folhas de papel, folders e cartazes referentes aos benefícios da mudança dos hábitos e estilo de vida.

QUADRO 6 – Terceiro nó crítico a ser trabalhado: Falta de profissional adequado para a orientação da atividade física.

Solução	Promover a capacitação de todos os membros da equipe de ESF Alterosa para a realização da caminhada orientada.
Resultado esperado	Tornar os membros da equipe de ESF Alterosa capazes para a orientação da caminhada orientada.
Atividades necessárias	Convidar um profissional de educação física para capacitar os membros da equipe de ESF Alterosa sobre a prática de alongamento, distância percorrida, respiração adequada e outros.
Responsáveis	Equipe de saúde da ESF Alterosa.
Instituições participantes	ESF do bairro Alterosa e Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes.
Prazo	30 dias.
Recursos humanos	Equipe de saúde da ESF Alterosa e professor de educação física.
Recursos materiais	Folhas de papel, folders e cartazes referentes à técnica adequada a ser praticada para realizar a caminhada orientada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interação entre ensino-serviço-comunidade proporcionou à equipe de Saúde da família Alterosa vivenciar as necessidades da comunidade na qual está inserida, desenvolvendo atividades no âmbito coletivo e individual, abrangendo ações de promoção e prevenção da saúde.

A caminhada orientada iniciou no mês de abril de 2013. Com o auxílio de um profissional de Educação Física, convidado junto à Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), juntamente com membros da equipe de ESF Alterosa, realizou-se aferição de pressão arterial dos participantes da caminhada, bem como alongamento antes e após a realização da atividade.

Atualmente, a caminhada acontece 2^a, 4^a e 6^a feira. Todos os participantes vão à unidade de ESF Alterosa às 7 horas e 30 minutos, onde acontece a aferição de pressão arterial e alongamento, antes do início da caminhada. A caminhada tem duração aproximada de uma hora. Quando retornam à unidade de ESF, realizam o alongamento após o fim da atividade (Apêndice 1).

O grupo de caminhada foi uniformizado. Isso permitiu a criação da identidade do grupo. Além disso, alguns membros da caminhada solicitaram uma noite dançante, que aconteceu em dois momentos.

A priorização da ação, realizada a partir do Planejamento Participativo permitiu a mobilização dos moradores inseridos na área de abrangência da ESF Alterosa, envolvidos na resolução de problemas capazes de interferir diretamente nos determinantes do processo saúde-doença. Trata-se de um processo em curso, cujos resultados ainda poderão ser avaliados posteriormente.

A equipe de ESF Alterosa atuou como facilitadora do processo de Planejamento Participativo, auxiliando a comunidade a enfrentar um dos problemas vivenciados. O Planejamento Participativo introduziu o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle desse processo, bem como a interação entre ensino-serviço-comunidade.

Vale ressaltar que os demais problemas identificados pela comunidade durante a realização do diagnóstico local estão sendo enfrentados, sobretudo, o segundo problema priorizado: pacientes com níveis pressóricos e glicêmicos descontrolados, visto que é um grupo tradicionalmente acompanhado pela equipe de Saúde da Família e que requer intervenções. A unidade de saúde da família resolveu funcionar no período noturno, um dia por semana, para melhorar o acesso daqueles pacientes que apresentam dificuldades, principalmente, em virtude de trabalharem durante o período de funcionamento da unidade de saúde da família.

Os demais problemas identificados, apesar da pouca governabilidade da equipe em enfrentá-los, eles foram parcialmente sanados pela secretaria municipal de saúde do município. Ocorreu a separação das equipes de saúde da família. Atualmente, cada uma possui espaço físico próprio. Além disso, houve contratação de médico para a outra equipe e de agentes comunitários. Assim, as tarefas exigidas pela recepção foram resolvidas com a contratação dos novos agentes comunitários, já que com o rodízio entre eles, não compromete as demais atividades exigidas para o cargo. Todavia, a falta de materiais ainda continua sendo um problema, apesar da frequência de sua falta ter sido reduzida.

6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede Unida, 2003.

AGUIAR, G. N. et al. Planejamento Participativo realizado em área de abrangência do Programa Saúde da Família. **Revista APS**, v.9, n.1, p. 45-49, jan./jun. 2006.

AGUIAR, R. A. T. **A construção internacional do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. Dissertação de Mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2003. Disponível em: http://www.medicina.ufmg.br/saudepublica/dissert/raphael_aguiar03.pdf. Acesso em: 02 de junho de 2013.

ANTUNES, L. A. et al. Planejamento participativo: ferramenta de sucesso na parceria entre PSF, comunidade e prefeitura. **RUC - Revista Unimontes Científica**, v.9, n.1, p. 111-118. 2007.

ANTUNES, L. A. et al. Territorialização: Aproximando Comunidade e Profissionais da Saúde. In: 9º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, **2º Congresso Cearense de MFC**, 1º Simpósio Internacional de Ensino-Aprendizagem em MFC e APS, Fortaleza, 2008. Anais eletrônicos. Disponível em: <http://200.204.77.119/cdrom/2008/sbmfccd/resumos/R0356-1.html>. Acesso em: 02 de junho de 2013.

BERNARDINI, A. O.; MANDA, R. M.; BURINI, R. C. Características do protocolo de exercícios físicos para atenção primária ao diabetes tipo 2. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 18, n. 3, p. 99-107, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: a estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**. Brasília, DF. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 7-26.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/ GM, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a**

revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011b. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 29 março 2014.

BRÜGGER, N. A.J. Respostas imunes agudas ao exercício aeróbio contínuo e cíclico. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 3, n. 4, p. 49-65, 2012.

CAMPOS, A. L. P. et al. Effects of concurrent training on health aspects of elderly women. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 15, n. 4, p. 437-447, 2013.

CANOVAS, D. C.; GUEDES, D. P. Impacto de Diferentes Intensidades de Caminhada em Fatores de Risco Cardiovasculares em Mulheres Sedentárias. **Saúde e Pesquisa**, v. 5, n. 1, 2012.

CARDOSO, L. M. et al. Aspectos importantes na prescrição do exercício físico para o Diabetes Mellitus tipo 2. **RBPFE-Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v. 1, n. 6, 2011.

ELIAS, F. C. C. et al. Um programa de exercício de caminhada e musculação de baixa intensidade promoveu a redução do índice de massa corporal ea regulação da pressão arterial em mulheres que foram submetidas a gastroplastia. **RBPFE-Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v. 1, n. 4, 2011.

FIGUEREDO, M. R. C.; NAVARRO, A. C. Redução da porcentagem de gordura em mulheres praticantes de exercício aeróbio moderado com um aumento da ingestão de carboidrato na dieta. **RBNE-Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 5, n. 28, 2012.

DOS REIS FILHO, A. D. et al. Efeitos do treinamento em circuito ou caminhada após oito semanas de intervenção na composição corporal e aptidão física de mulheres obesas sedentárias. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 2, n. 11, 2012.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; BARROS NETO, T. L. Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 5, n. 2, p. 60-76, 2012.

MELLO, D. et al. Efeitos de um programa de caminhada sobre parâmetros biofísicos de mulheres com sobrepeso assistidas pelo Programa de Saúde da Família (PSF). **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 15, n. 4, p. 224-228, 2012.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MIRANDA, R. E. C.; DE MELLO, M. T.; ANTUNES, H. K. M. Exercício Físico, Humor e Bem-Estar: Considerações sobre a Prescrição da Alta Intensidade de Exercício. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 3, n. 2, 2011.

PONTE, K. M. C. et al. Grupo de Caminhada: uma ferramenta potencializadora para a promoção da saúde e qualidade de vida do idoso. **Revista CPAQV-Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v. 4, n. 2, 2012.

POSWAR, F. O. et al. Planejamento participativo e interação comunitária na Estratégia Saúde da Família. **EFDeportes.com. Revista Digital**. Buenos Aires, v. 18, n. 181. 2013. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>. Acesso em: 02 de julho de 2013.

RIBEIRO, M. C.; SANTOS, P. C. F.; RIBEIRO, M. V. A CAMINHADA E SEUS BENEFÍCIOS PARA A SAÚDE. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 2, n. 1, 2013.

SANTANA, L. M. Programa Saúde da Família no Brasil: Um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**; v.10, n.1, p.6-25. 2001.

SANTOS, J. L. F; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, v.13, n. 35. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v13n35/v13n35a07.pdf>. Acesso em: 02 de julho de 2013.

SANTOS, M. L.; BORGES, G. F. Physical exercise in the treatment and prevention of elderly with osteoporosis: a systematic review. **Fisioterapia em Movimento**, v. 23, n. 2, p. 289-299, 2010.

SANTOS, V. R. dos et al. Associação entre massa óssea e capacidade funcional de idosos com 80 anos ou mais. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 48, n. 6, p. 512-518, 2013.

SILVA, P. S. B.; FERREIRA, C. E. S. Exercício físico e humor: uma revisão acerca do tema. **Educação Física em Revista**, v. 5, n. 3, 2011.

SILVEIRA, C.H. **Notas sobre a Metodologia da Estimativa Rápida**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1998.

SPERANDIO, A. M. G .et al. Ensino e práticas de promoção da saúde durante o primeiro ano de medicina – UNICAMP. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.14, n.4. 2009.

STEFFENS, R. A. K. et al. Praticar caminhada melhora a qualidade do sono e os estados de humor em mulheres com síndrome da fibromialgia. **Rev Dor**, v. 12, n. 4, p. 327-31, 2011.

TANCREDI, F.B; BARRIOS, S.R.L; FERREIRA, J.H.G. Saúde e Cidadania: Para gestores municipais de serviço de saúde – **Planejamento em Saúde**. São Paulo, Fundação Peirópolis, p. 38-49,1998.

TANCREDI, I. F.B; BARRIOS, R.L.; FERREIRA, J.H.G. **Planejamento em Saúde**. v.2. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania). Disponível em http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_02/index.html. Acesso em: 01 de julho de 2013.

TORRES, A. G. et al. Efeitos da prática da caminhada de idosos em grupo: um olhar do protagonista. **JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care**, v. 4, n. 1, p. 19-26, 2013.

VIANA, A. L. D'Á; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 15, (Suplemento), p. 225-264. 2005. <http://www.scielo.br/pdf/%0D/physis/v15s0/v15s0a11.pdf>. Acesso em: 30 de junho de 2013.

APÊNDICE 1

Fotografias das atividades desenvolvidas pela equipe de Saúde da Família Alterosa, Montes Claros, Minas Gerais.





