

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

JAIME XAVIER DE OLIVEIRA NETO

**PROPOSTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE ISIDORO CÂNDIDO FERREIRA (SANTA VITÓRIA/MG)**

UBERABA- MINAS GERAIS

2017

JAIME XAVIER DE OLIVEIRA NETO

**PROPOSTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE ISIDORO CÂNDIDO FERREIRA (SANTA VITÓRIA/MG)**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Estratégia de Saúde da Família,
Universidade Federal de Alfenas, para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Cristina Garcia Lopes Alves

UBERABA - MINAS GERAIS

2017

JAIME XAVIER DE OLIVEIRA NETO

**PROPOSTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE ISIDORO CÂNDIDO FERREIRA (SANTA VITÓRIA/MG)**

BANCA EXAMINADORA:

EXAMINADOR 1: Cristina Garcia Lopes Alves

EXAMINADOR 2: Isabel Aparecida Porcatti de Walsh – Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

APROVADO EM UBERABA: ___/___/___

UBERABA - MINAS GERAIS

2017

AGRADECIMENTO

A Deus, pela força, sustento e sabedoria;

Aos meus familiares pelo apoio;

À ESF da UBS Isidoro Cândido Ferreira, parceira neste trabalho;

À professora Cristina, pela dedicação e orientação;

Aos mestres e colegas de profissão pela troca de saberes.

RESUMO

Educação em saúde se refere às atividades voltadas para a intervenção no processo saúde-doença através do aprendizado e ensino, partindo-se da concepção de que o indivíduo, sua história e cenário social em que vive são fundamentais. O desenvolvimento do presente trabalho se passa no município de Santa Vitória, estado de Minas Gerais, e visa caracterizar o projeto de intervenção baseado na importância da estruturação e adaptação de práticas de educação em saúde na área de abrangência da UBS Isidoro Cândido Ferreira, partindo-se do diagnóstico situacional em saúde. Trata-se de metodologia baseada no Planejamento Estratégico Situacional em Saúde. Tem por objetivos realizar um projeto de intervenção relativo à importância da estruturação de grupos operativos a partir de práticas de educação em saúde trabalhadas na área de abrangência desta UBS. Além disso, propõe-se desenvolver atividades de educação em saúde, por meio de grupos operativos voltados para pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Asma, patologias passíveis de prevenção e desenvolver práticas de educação em saúde, com participação multiprofissional. Ao final do projeto percebeu-se redução nos encaminhamentos ao serviço de urgência por motivo relacionado aos temas abordados nos grupos, um fortalecimento do cuidado, usuários mais participativos nos grupos e adeptos de hábitos de vida saudáveis.

Palavras-Chaves: Educação em saúde, Autocuidado e Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Health education refers to activities aimed at intervention in the health-disease process through learning and teaching, starting from the conception that the individual, his / her history and social scene in which he lives are fundamental. The present work is carried out in the municipality of Santa Vitória, state of Minas Gerais, and aims to characterize the intervention project based on the importance of structuring and adapting health education practices in the scope of the UBS Isidoro Cândido Ferreira, The situational diagnosis in health. This is a methodology based on Strategic Situational Health Planning. Its objectives are to carry out an intervention project related to the importance of structuring operating groups based on health education practices worked in the area covered by this UBS. In addition, it is proposed to develop health education activities, through operating groups aimed at patients with Systemic Arterial Hypertension, Diabetes Mellitus and Asthma, preventable pathologies and develop health education practices, with multiprofessional participation. At the end of the project, there was a reduction in referrals to the emergency service due to reasons related to the topics addressed in the groups, a strengthening of care, more participatory users in groups and adherents of healthy living habits.

KEYWORDS: Health education, Self-care and Health Promotion

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1– Faixa Etária da População de Santa Vitória – MG, 2016.	09
Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde Isidoro Cândido Ferreira, município de Santa Vitória, estado de Minas Gerais.	10
Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico “Falta de Instrução dos Pacientes”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Isidoro Cândido Ferreira.	24
Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico “Baixa adesão ao Tratamento” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Isidoro Candido Ferreira.	25
Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico “Falta de acompanhamento regular pela equipe e reavaliação médica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Isidoro Candido Ferreira.	26

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. JUSTIFICATIVA	11
3. OBJETIVOS	12
4. METODOLOGIA	13
5. REFERENCIAL TEÓRICO	15
- <i>Diabetes Mellitus</i>	19
- <i>Hipertensão Arterial</i>	20
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	22
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
8. REFERÊNCIAS	310

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Básica de Saúde (ABS) se refere a uma atenção ambulatorial não especializada com atividades clínicas simples, pautada na universalidade e na centralidade do indivíduo, objetivando sempre a oferta de um atendimento amplo e integral por meio de um acolhimento adequado e da possibilidade de acesso aos serviços de saúde a todos os indivíduos. Sabe-se que tal serviço só é possível com a atuação de uma equipe capacitada e humana, que esteja disposta a promover a saúde entre os indivíduos, que é um direito de todos (LAVRAS, 2011).

Nesse contexto, a educação em saúde se refere às atividades voltadas para a intervenção no processo saúde-doença através do aprendizado e ensino, partindo-se da concepção de que o indivíduo, sua história e cenário social em que vive são fundamentais (MIRANDA et al., 2008).

De forma geral, busca-se difundir informações relevantes sobre saúde, estimular discussões com membros da comunidade para que, como produto final, sejam gerados conhecimentos capazes de modificar hábitos e comportamentos (BRASIL, 2010).

Desta forma, o que se procura é identificar possíveis problemas ou situações que levem a doenças no seu contexto de origem, além de possibilitar intervenções precoces. Vê-se nesse ponto, que o trabalho de educação em saúde a ser desenvolvido depende também das características da população em questão (CARNEIRO, 2012).

Diante disso, o desenvolvimento do presente trabalho se passa no município de Santa Vitória, estado de Minas Gerais, localizado na região do Triângulo Mineiro, sudoeste do estado. Trata-se de um município que além da sede, possui dois distritos: Chaveslândia e Perdilandia. Suas principais atividades econômicas são pecuária, agricultura de soja e a indústria sucroalcooleira. Com uma população estimada em 19.520 habitantes (IBGE, 2010), predominantemente jovens e adultos, de acordo o censo de 2010, apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Faixa Etária da População de Santa Vitória – MG, 2016.

TOTAL	Feminino	Masculino	Faixa Etária
5184	2502	2682	0-19 Anos
5866	2787	3079	20-39 Anos
4555	2268	2287	40-59 Anos
2198	1019	1179	60-79 Anos
335	154	181	80 Anos e Mais
18138	8730	9408	Total

Fonte: Elaborada pelo autor de acordo com dados do IBGE – Censo 2010.

Seis equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) atendem a população, sendo cada equipe alocada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Especificamente sobre o cenário do trabalho, a UBS Isidoro Cândido Ferreira localiza-se no Bairro Centro e possui uma área de abrangência composta pelos demais bairros: Amoreiras, Jardim Planalto, Novo Horizonte, Alvorada, Morumbi, Veneza e Morada Nova. A população adscrita é de 3.759 usuários.

A ESF Isidoro Cândido Ferreira conta com oito agentes comunitários de saúde, uma enfermeira, um médico, uma assistente social, um dentista, uma técnica de enfermagem e conta também com a equipe do NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família (composta por uma nutricionista, um psicólogo e um educador físico). Assim, essa rede de saúde cobre 90% da população local.

De maneira geral, a área adscrita possui saneamento básico, ruas asfaltadas e iluminadas, além da coleta regular de lixo. Ressalta-se que nesta área estão localizadas igrejas católicas e evangélicas, praças, academia da cidade, pronto socorro municipal, secretaria de saúde, escolas (ensinos fundamental, infantil e médio) e considerável quantidade de pontos comerciais da cidade.

De posse desses dados, durante reuniões periódicas do serviço foram identificadas pela equipe da ESF Isidoro Cândido Ferreira, situações cotidianas que foram caracterizadas como problemas através da aplicação do método do Planejamento Estratégico Situacional em Saúde (CAMPOS; FARIA, 2010). Destas

situações foram selecionados os seguintes problemas prioritários a serem trabalhados:

1. Pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) descompensados clinicamente apesar do uso frequente dos serviços na UBS;
2. Baixa adesão a medidas não farmacológicas no tratamento de doenças crônicas, como HAS, DM e Asma.

Priorização dos problemas

Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde Isidoro Cândido Ferreira, município de Santa Vitória, estado de Minas Gerais.				
Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Pacientes Portadoras de HAS e DM descompensados clinicamente	Alta	30	Total	Total
Baixa adesão a medidas não farmacológicas no tratamento de doenças crônicas	Alta	30	Parcial	Total

Fonte: Elaborada pelo autor

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

2 JUSTIFICATIVA

A educação em saúde é um trabalho coletivo pautado no diálogo e na interação com os participantes, sendo uma atividade de mão dupla em que aquele que ensina também aprende, pois há trocas de saberes (CARNEIRO et al., 2012).

O trabalho em grupo é importante, pois otimiza o tempo e diminui as consultas individuais de forma que promove uma participação ativa dos usuário do serviço em saúde e maior interação da equipe de profissionais. São inúmeras as vantagens de atuar com grupos, como a facilidade de construir um conhecimento coletivo, ampliar o ensino em saúde, levar a reflexão sobre a realidade dos usuários e ainda possibilitar que cada um expresse suas necessidades e expectativas (MIRANDA et al., 2012).

Contudo, esse trabalho só é possível com a atuação de toda equipe, o envolvimento de cada profissional no ampliar dos conhecimentos e oferta do melhor cuidado ao paciente/usuário.

Desta forma, através de discussões com a equipe da ESF, concluiu-se que um dos principais fatores que levam os usuários portadores de HAS e DM ao descontrole clínico frequente, que eleva a procura da UBS nos atendimentos passíveis de prevenção devido à influência de fatores sazonais e baixa adesão a medidas não-farmacológicas no tratamento de doenças crônicas, são a falta de informação e o pouco entendimento do paciente sobre sua condição de saúde.

Diante disso, propõem-se uma intervenção baseada no desenvolvimento de atividades educativas em grupos, esperando-se assim reduzir a frequência de casos dos problemas elencados.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Realizar uma proposta para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde, por meio de grupos operativos, com usuários portadores de condições sensíveis a fatores sazonais e à baixa adesão a medidas não farmacológicas, especialmente HAS, DM e Asma, na área de abrangência da UBS Isidoro Cândido Ferreira visando à redução da frequência de casos de descontrole clínico entre esses usuários.

3.2 Objetivos específicos

Estruturação de grupos operativos de educação em saúde voltados para pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Asma, patologias passíveis de prevenção.

Desenvolver práticas de educação em saúde, com participação multiprofissional, para serem conduzidas por meio dos grupos operativos, com apoio dos Agentes Comunitários de Saúde e equipe do NASF.

4 METODOLOGIA

Para desenvolvimento deste trabalho foi realizada uma revisão bibliográfica a fim de obter maior embasamento científico sobre o assunto. A pesquisa foi feita com busca em artigos indexados nas bases de dados SCIELO (Scientific Electronic Library On-Line), LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), e MEDLINE por meio dos seguintes descritores; *Educação em saúde, Autocuidado e Promoção da Saúde*. Foram considerados artigos dos últimos 10 anos. Após o levantamento dos artigos foi realizada uma leitura inicial dos resumos para seleção de informações pertinentes onde foram incluídos os estudos em português, disponíveis na íntegra e que estivessem relacionados ao tema.

Outros dados foram obtidos do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), via secretaria municipal e da Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – NESCON. Também foram interpretadas as diretrizes ministeriais da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, que orientam a construção de uma prática inovadora para efetivação do SUS, além de livros e informes técnicos de acervo particular abordando o tema.

Além da pesquisa bibliográfica, desenvolveu-se um plano de intervenção baseado no método de pesquisa Planejamento Estratégico Situacional de Saúde (PES), como proposto por Campos et al. (2010), que se trata de um planejamento de ações a fim de atuar sobre problemas que possuem uma solução normativa.

A busca bibliográfica ocorreu de julho a agosto de 2016, e nesse mesmo período foram realizadas reuniões com a equipe para que pudesse ser proposto um plano de intervenção. A primeira reunião com a equipe da UBS foi feita em Maio de 2016, para levantamento dos principais problemas e dos nós críticos a serem enfrentados.

Com relação ao projeto desenvolvido com a equipe, a proposta de duração dos grupos foi de 1 hora a 1h e 30 minutos, sendo divididos em dois momentos: o primeiro momento destinado a assuntos referentes a cada grupo (Hiperdia, gestante ou puericultura) e um outro momento (duração menor) destinado a assuntos que, de

maneira geral, extrapolassem o foco do grupo.

Dessa maneira, no primeiro momento, o facilitador sugeria um tema para discussão tendo, geralmente, preparado material de apoio, podendo o grupo aderir ou não (em caso de não adesão, o grupo podia propor outra discussão). O segundo momento era reservado para assuntos obtidos como proposta nas reuniões de equipe, como: cuidados gerais no período de baixa umidade, dicas sobre controle ambiental na prevenção de crises de asma, como se preparar para a consulta médica, quando fazer exames (*check-up*), etc.

Foram realizados 03 grupos operativos de cada temática com essa metodologia (hiperdia, gestante e puericultura), mensalmente, de julho a outubro de 2016. A média de participantes por grupo foi de 12 pessoas, maioria mulheres, com faixa etária de 16-30 anos no grupo de gestante e puericultura, e na faixa etária de 45-70 anos no grupo de Hiperdia. A avaliação se deu de maneira qualitativa, ao final de cada atividade, cabendo aos usuários participantes responder questões básicas sobre o assunto previamente elaboradas pelos facilitadores, cabendo ainda uma síntese construída pelos participantes do que foi aprendido e como poderia ser aplicado; no encontro subsequente, ficando reservado um momento inicial para exposição de experiências a partir da reunião anterior.

Os usuários avaliaram de maneira positiva esta nova metodologia, que lhes permitiu participar ativamente das atividades, se sentindo protagonistas do seu cuidado; relataram ainda que, ao retornarem para o grupo seguinte, traziam dúvidas para serem compartilhadas no grupo.

Esse projeto foi iniciado com proposta de continuidade, mesmo que por outros profissionais responsáveis, para que os resultados sejam duradouros e eficazes.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Educação em Saúde e Autocuidado

Compreender que uma atenção à saúde de boa qualidade está fundamentada no entendimento da pessoa, da comunidade e do processo saúde-doença é esforço inicial para propor melhorias nesse aspecto, considerando ainda a concepção do paciente como protagonista de sua boa saúde ou adoecimento. De maneira geral, lidamos em nosso país com mazelas e condições econômicas discrepantes entre as classes sociais; em vista disso, a elaboração e execução de estratégias capazes de impactar positivamente e de maneira efetiva na sua comunidade constituem desafios para a Estratégia Saúde da Família (CARNEIRO et al., 2012).

Para tanto, o trabalho de educação em saúde assume a importante função de aliar o aprimoramento contínuo ao processo de trabalho, instrumentalizando o conhecimento e possibilitando o fomento de novos olhares sobre a práxis como substrato para produção de mais saberes. Isso se dá através de ações que contemplem a formação permanente dos profissionais, conforme diretrizes para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, por meio da portaria GM/MS nº 1.996 (BRASIL, 2010).

Desta forma, a aplicação de práticas educativas na comunidade pode ser caracterizada como tarefas complexas, pois:

“nestas atividades ditas educativas, como palestras e aulas, sejam em grupos ou em consultas individuais, passa-se a ideia de que a doença se deve, principalmente à falta de cuidado da população com a sua saúde. Porém, o trabalho educativo não deve se limitar a iniciativas que visem informar a população sobre um ou outro problema, deve sim, extrapolar o campo da informação, integrar a considerações de valores, costumes, de modelos e de símbolos sociais, que levam a formas específicas de condutas e práticas” (MIRANDA; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2008, p. 16).

É importante entender que a educação em saúde consiste em um campo mais amplo da promoção à saúde, que envolve não apenas a pessoas com risco de adoecer, mas também toda a população. É uma dinâmica que envolve fatores mentais, sociais, ambientais, emocionais e inclui políticas públicas pautadas na orientação de ações de promoção da saúde e qualidade de vida (MIRANDA et al., 2008).

Já o autocuidado, de acordo com Bub et al. (2006) “é a realização de ações dirigidas a si mesmo ou ao ambiente a fim de regular o próprio funcionamento de acordo com seus interesses na vida, funcionamento integrado e bem-estar”, sendo este o resultado de uma melhor percepção de si mesmo, que por sua vez, pode ser trabalhado obtendo conhecimento sobre sua saúde.

Dessa maneira, educação em saúde e autocuidado estão interligadas. Saber manejar instrumentos que possibilitem esse enfoque propicia o fortalecimento do protagonismo da pessoa, participação da família e comunidade quanto a seu estado de saúde e sua experiência de adoecimento, pois até mesmo recomendações internacionais podem eventualmente ter pouco aplicabilidade diante da realidade social e do momento histórico de determinado grupo (RODRIGUES; SANTOS, 2010).

5.2 Importância dos Grupos Operativos

Na realização de grupos operativos, procura-se alcançar uma aprendizagem significativa capaz de influenciar em melhorias nos hábitos de vida das pessoas por meio de discussão democrática e compartilhamento de saberes, sendo fundamental que a ESF compreenda seus conceitos e finalidades para que esta prática possa ser incorporada ao processo de trabalho (LAVRAS, 2011).

Segundo Pichon-Rivière (2005 *apud* MENEZES; AVELINO, 2016), criador da teoria de grupos operativos na década de 1940, um grupo é “conjunto restrito de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propõem, de forma explícita ou implícita, a uma tarefa que constitui a sua finalidade”.

Dessa maneira, o grupo se torna um catalisador de concepções, vivências e relações sociais em discussões orientadas para um determinado resultado, sendo um instrumento valioso para a equipe de saúde, capaz de produzir conhecimento aplicável ao cotidiano associado à conscientização de seu uso. Relevante também é a possibilidade de que sejam evidenciadas, nesses encontros, necessidades individuais e coletivas, possíveis pontos de partida para outras discussões e atividades (MENEZES; AVELINO, 2016).

Diante do que foi apresentado, o planejamento e execução do grupo operativo se coloca como atividades complexas, sendo necessário ater-se a aspectos fundamentais do método, como descritos abaixo:

“a técnica do grupo operativo pressupõe a tarefa explícita (aprendizagem, diagnóstico ou tratamento), a tarefa implícita (o modo como cada integrante vivencia o grupo) e o enquadre que são os elementos fixos (o tempo, a duração, a frequência, a função do coordenador e do observador)” (BASTOS, 2010, p. 165).

Desta forma, vários recursos podem ser usados, associados ou não, tais como: roda de conversas, dramatizações, dinâmicas, recorte e montagem. No entanto, para que haja adesão satisfatória da população, é necessário que se conheça hábitos do público alvo, podendo ser associados outros serviços oferecidos na UBS juntamente com o grupo. Logo, é fundamental que a ESF se reúna e discuta sobre estratégias criativas e sobre a logística, além de organizar a periodicidade das atividades e dos recursos empregados.

A atenção primária tem papel importante no cuidado de pacientes portadores de DM, HAS e Asma, pois através dela é possível oferecer aos mesmos uma assistência ampla, integral e humana que envolve a prevenção, proteção e promoção da saúde, em especial para evitar complicações advindas dessas patologias (LAVRAS, 2011).

Nesse contexto, a educação em saúde permite que o profissional ensine ao paciente e também aprenda com ele, pois não é um ensino vertical, mas sim uma via de mão dupla onde ocorrem trocas de saberes e vivências. Nesse ambiente de

atenção básica é possível atuar sobre muitos pacientes ao mesmo tempo, para ensiná-los e estimulá-los ao cuidado (TEIXEIRA; EIRA, 2011).

Assim, a ESF tem um papel importante na abordagem do paciente, na construção de um vínculo de confiança a fim de que haja condição de estimular cada um deles a aderir ao tratamento proposto e, principalmente, a seguirem o autocuidado (LAVRAS, 2011).

A importância do autocuidado não é apenas para evitar complicações do quadro do paciente, mas também é uma forma de reduzir os custos do serviço, dos gastos com exames, por exemplo, pois quando o paciente se preocupa com sua saúde e exerce o autocuidado ele pode prevenir muitas complicações e outras patologias, pois há de se envolver em hábitos de vida saudáveis e evitar excessos prejudiciais à saúde (TEIXEIRA; EIRA, 2011).

As práticas educativas são importantes ações de integração do paciente com o serviço de saúde e também de instrução de muitas pessoas juntas, o que poupa tempo e facilita o trabalho. Além disso, é possível também incluir os familiares, responsáveis e a população em geral para que haja maior conscientização sobre essas patologias e busca pelo autocuidado (LAVRAS, 2011).

De forma geral, a preocupação da equipe de saúde é de sempre oferecer aos pacientes um atendimento amplo, integral e fazer com que venham a manter sua saúde e qualidade de vida. Por isso todos os profissionais devem estar envolvidos no estímulo ao autocuidado e na atuação em práticas educativas (BRASIL, 2011).

5.3 Principais problemas de saúde levantados pela ESF

Através das reuniões com a equipe foi estabelecido que os principais problemas de saúde dos usuários, que são passíveis de descontrole clínico e, portanto, necessitados de maior atenção e cuidado, são: Hipertensão Arterial, Diabetes e Asma. Abaixo são descritas algumas conceituações e caracterizações sobre cada uma dessas complicações.

- Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus (DM) é uma complicação metabólica advinda de um defeito na secreção ou na ação da insulina que envolve a destruição de células beta do pâncreas, responsáveis por produzirem insulina. Assim, o organismo é levado a construir uma resistência à insulina com persistente falha na secreção da mesma. Tal doença é caracterizada por altas taxas de açúcar no sangue e está ligada a muitas complicações em outras partes do corpo, como nos olhos, rins, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2006).

Algumas das complicações são principalmente; doenças renais, doenças coronarianas, amputações (membros inferiores) e cegueiras. Quando não há um controle clínico da doença por meio de um tratamento adequado, controle glicêmico e adoção de hábitos saudáveis, o indivíduo portador fica exposto ao desenvolvimento de doenças crônicas, tem sua qualidade de vida reduzida, ocorrendo também incapacidade laborativa e até mesmo possível morte precoce (FARIA, 2008).

Existem quatro diferentes classificações para essa doença; DM tipo 1, DM tipo 2, DM gestacional e a Diabetes decorrente de defeitos genéticos. O tipo 1 é mais prevalente entre indivíduos com idade até 14 anos e é caracterizada por deficiência absoluta da insulina, devido a destruição completa das células beta do pâncreas. Nesses indivíduos deve ser administrada a insulina a fim de prevenir cetoacidose, coma e morte. O tipo 2 é mais prevalente em indivíduos com idade superior a 40 anos e é caracterizada por uma deficiência e resistência a insulina, estando também ligada à quadros como obesidade, dislipidemia e hipertensão (ADA, 2013).

Frente a essa situação, é necessário que a equipe multiprofissional trabalhe no sentido de desenvolver ações estratégicas para que os portadores da patologia sigam corretamente toda a terapêutica proposta. É importante também que haja o estabelecimento de uma boa relação entre profissional da saúde e paciente a fim de que haja construção de vínculo com confiança, para que os pacientes possam ser atendidos de forma ampla, com troca de informações e experiências. É necessário

que haja conscientização da população, estímulo a hábitos saudáveis e prevenção dessa patologia por meio das práticas educativas (RODRIGUES et al., 2005).

- Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial (HA) é caracterizada pela elevada pressão arterial sanguínea. Por definição a HA é constituída quando a pressão do sangue nas paredes arteriais na fase de contração cardíaca (sistólica) é igual ou maior que 140 mmHg e na fase de relaxamento (diastólica) é igual ou superior a 90 mmHg (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2010).

Sabe-se que a HAS é uma das doenças mais prevalente no mundo hoje e é também a principal causa de morte por acidente vascular cerebral. Além disso, é fator de risco para algumas doenças, como renais e cardiovasculares. Como é uma doença silenciosa, o diagnóstico muitas vezes é tardio, o que possibilita inúmeras complicações, como lesões em órgãos como rins, retina, cérebro e coração, e assim, provoca queda da qualidade de vida por geralmente causar dependência física dos indivíduos (BRASIL, 2011).

Os fatores de risco para a hipertensão são principalmente tabagismo, DM, obesidade, hipercolesterolemia, alcoolismo, e lesão em órgão alvo. Sabe-se que indivíduos de etnia negra e do sexo masculino são os mais atingidos (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2010).

Outros fatores de risco importantes de se considerar são; ingestão excessiva de sódio, predisposição genética, principalmente quando se tem parentes de primeiro grau portadores de doenças cardiovasculares (DCV), e sedentarismo. Esses fatores indicam maior possibilidade de desenvolver DCV e de maior mortalidade por essas doenças (SBC, 2010).

Basicamente, é necessário que o diagnóstico seja precoce para que tantas complicações da HAS sejam prevenidas primariamente. Assim, o cuidado deve ser estimulado como prioridade entre os profissionais da saúde, e o autocuidado na população, em geral (SBC, 2010).

Sobretudo, o objetivo principal do tratamento da HAS é manter a pressão arterial (PA) dentro dos níveis de normalidade para se evitar complicações e mortalidade por doenças associadas. É de suma importância que o paciente adote um estilo de vida saudável, com prática frequente de atividades físicas e ingestão de uma dieta balanceada. Além dos hábitos saudáveis, é possível que seja necessária associação de terapia medicamentosa em muitos casos. Assim, os pacientes devem ser estimulados a seguirem corretamente tal terapia, mesmo após controle da PA, a fim de que o tratamento seja eficaz (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2010).

Diante disso, o Caderno de Atenção Básica a Saúde (BRASIL, 2006) propõe que na atenção básica o profissional de saúde deve atuar num cuidado amplo e integral de forma a estabelecer estratégias importantes contra a HAS por meio de ações educativas e do estímulo ao autocuidado e à adesão ao tratamento.

O acompanhamento dos pacientes usuários do serviço básico deve ser amplo e integral, envolvido tanto por consultas quanto por visitas domiciliares. O tratamento proposto deve então ser capaz de proteger a saúde de usuário e prevenir o de complicações, promovendo sempre qualidade de vida e bem estar (OLIVEIRA et al., 2013).

- Asma

A asma é uma doença crônica inflamatória das vias aéreas que é caracterizada pela obstrução brônquica generalizada, variável, que pode ser parcialmente reversível de forma espontânea ou por intervenção de fármacos. A gravidade do quadro se dá pelo grau de inflamação e de broncoespasmos, e patologicamente, a asma está associada a mecanismos moleculares e celulares da inflamação das vias aéreas, medidas por reações de antígeno-anticorpo.

Os quadros mais graves da doença estão associados a diferentes estímulos que incluem exposição a alérgenos, infecções e poluentes. O grau de exposição a poluentes, a exposição à temperaturas extremas, o estresse físico e psíquico, a idade e a existência de comorbidades são fatores importantes no prognóstico da doença (TODO-BOM; PINTO, 2006).

Essa patologia exige um tratamento prolongado e controlado, assim, a adesão ao tratamento é fundamental para que o paciente tenha melhor qualidade de

vida (CHATKIN et al., 2006).

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Tão importante quanto qual conhecimento será trabalhado, também é a maneira como o será feito e aqueles que estão envolvidos. Embasando-se nesses aspectos, procurou-se estruturar os grupos operativos que regularmente eram realizados na unidade de saúde, que consistia na transmissão de informações sob forma de palestra pelo médico ou enfermeiro. Considerando que o propósito em questão é a instrução do usuário capaz de produzir mudanças benéficas no comportamento e na sua percepção de saúde e doença, trabalha-se também o “cuidado de si mesmo ou autocuidado”.

Com base em observações da rotina de serviço na unidade, questões foram levantadas e discutidas em reuniões com a equipe, valorizando o conhecimento de cada membro. Estas foram problematizadas, e por fim obteve-se uma análise situacional da comunidade.

A partir do PES, a equipe identificou e priorizou dois problemas, sendo eles:

- 1- Pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) descompensados clinicamente apesar do uso frequente dos serviços na UBS;
- 2- Baixa adesão a medidas não farmacológicas no tratamento de doenças crônicas, como HAS, DM e Asma.

Após discussão com a equipe de saúde, chegou-se à conclusão de que o denominador comum desses problemas estava relacionado à informação, especificamente à maneira como a informação era trabalhada na unidade com os usuários. Além disso, percebeu-se a baixa adesão ao tratamento proposto, tanto por pacientes com HAS, quanto com DM e Asma.

Outro ponto importante foi que parcela significativa desses pacientes não faziam reavaliações médicas periódicas ou mantinham um acompanhamento regular pela ESF, sendo frequente a procura pelo pronto socorro municipal em caso de atendimento médico.

Diante disso, foram propostos três nós críticos, passíveis de atuação, dentro

dos dois problemas pontuados pela equipe, supracitados.

São os nós críticos;

- Pacientes com pouca instrução;
- Baixa adesão ao tratamento;
- Falta de acompanhamento regular pela equipe e reavaliação médica.

Assim, acredita-se que ao atuar sobre esses nós críticos, os problemas que foram destacados pela equipe serão amenizados e até mesmo resolvidos, com o passar do tempo. Para isso, serão descritos nos quadros abaixo cada passo estratégico de atuação sobre cada nó crítico.

Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico “Falta de Instrução dos Pacientes”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Isidoro Cândido Ferreira.

Nó crítico 1	Falta de Instrução dos Pacientes
Operação	Práticas Educativas e Campanhas
Projeto	Realização de práticas de educação em saúde sobre doenças crônicas prevalentes
Resultados Esperados	Pacientes esclarecidos e conscientes dos fatores de risco e necessidade do cuidado
Produtos esperados	Maior número de usuários realizando o autocuidado.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico, ACS e Equipe de Enfermagem
Recursos necessários	Financeiro: Para produção de panfletos e cartazes informativos Estrutural: Local
Recursos críticos	Financeiro e Político
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Saúde, PSF, NASF. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Fazer dinâmicas educativas para envolver todos os pacientes, com familiares e população em geral, como forma de conscientização.
Responsáveis:	Enfermeira e médico da ESF
Cronograma / Prazo	Início: Imediato. Ocorrência: uma vez por mês.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Avaliação dos usuários sobre o que foi aprendido e sugestão de temas relevantes. Reunião da equipe após as práticas educativas para discussão de problemas relacionados e melhorias.

Fonte: Produzida pela autor (2016).

Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico “Baixa adesão ao Tratamento” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Isidoro Candido Ferreira.

Nó crítico 2	Baixa adesão ao Tratamento
Operação	Acompanhamento e Busca Ativa
Projeto	Estímulo à adesão ao tratamento por meio da busca ativa, do acompanhamento regular e multidisciplinar, para conscientização do paciente e da família.
Resultados Esperados	Melhor controle dos níveis pressóricos. Redução do peso e manutenção em faixa adequada. Redução das crises de asma, melhor controle ambiental. Pacientes mais dispostos e mais preocupados com a saúde.
Produtos esperados	Palestras, discussão em grupos, gincanas educativas, cartões informativos.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico, ACS, NASF e equipe de enfermagem
Recursos necessários	Financeiro: Materiais para impressos e confecção de cartazes; Humano: Profissionais da saúde (equipe multiprofissional)
Recursos críticos	Financeiro, Humano (outros profissionais da saúde)
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Saúde, PSF, NASF. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentação do Projeto e busca de parcerias.
Responsáveis:	Médico, ACS, NASF e equipe de enfermagem
Cronograma / Prazo	Início: Junho. Recorrência: Mensal.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Planilha para verificar a frequência dos usuários, aferição da pressão arterial, glicemia, peso e IMC. Consultas.

Fonte: Produzida pelo Autor (2016).

Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico “Falta de acompanhamento regular pela equipe e reavaliação médica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Isidoro Candido Ferreira.

Nó crítico 3	Falta de acompanhamento regular pela equipe e reavaliação médica
Operação	Planejamento e agendamento de consultas de enfermagem e do médico, busca ativa
Projeto	Frequente renovação das prescrições medicamentosas
Resultados Esperados	Maior controle das doses recomendadas e da terapia proposta.
Produtos esperados	Ficha do paciente atualizada e controle das prescrições.
Atores sociais/responsabilidades	Médico Jaime, Equipe de Enfermagem e ACS.
Recursos necessários	Humanos: equipe de saúde Organizacional: agenda disponível para maior frequência desses usuários ao serviço
Recursos críticos	Organizacional
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Saúde, PSF, NASF. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Dois dias da semana destinados para essas consultas. Ajuda dos ACS para preenchimento das fichas dos pacientes
Responsáveis:	Médico e enfermeira
Cronograma / Prazo	Atendimento: Duas a três vezes por semana.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Verificar as fichas dos pacientes e sua evolução. Identificar com os ACS os pacientes de risco e os com pouca frequência ao serviço.

Fonte: Produzida pelo Autor (2016).

É importante registrar que todas as ações serão desenvolvidas inicialmente por um prazo de três meses e, após esse prazo, serão construídas planilhas de controle para cada nó crítico a fim de que ao final de cada mês possa verificar os resultados e identificar erros possíveis e necessidades de melhorias.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se, que no cotidiano das equipes, a implantação de práticas de grupo tem ganhado espaço, já que a população e as equipes de saúde começam a reconhecer os prováveis ganhos desta prática. O trabalho preventivo, quando realizado de forma estruturada e sistemática, traz fortes tendências a substituir o trabalho puramente curativo.

Desta forma a educação em saúde visa a busca por melhores condições de vida e saúde da população, promovendo espaços de troca de informações, permitindo identificar as demandas e as escolhas mais adequadas para cada usuário, diminuindo assim a distância entre profissionais e usuários.

Espera-se que a implantação do projeto traga redução nos encaminhamentos ao serviço de urgência por descompensação de diabetes e hipertensão arterial, um fortalecimento do cuidado, usuários mais participativos nos grupos e adeptos de hábitos de vida saudáveis e ao tratamento proposto, de maneira que a identificação de usuários com mau controle nos grupos de doenças crônicas e investigação direcionada em consulta conseguinte possibilite melhor mobilização da equipe para envolver a família no tratamento, com anuência do paciente.

A obtenção de êxito do serviço de atenção básica à saúde como agente educador depende de uma equipe multiprofissional, com participação ativa de todos os membros da ESF, NASF e Saúde Bucal, com implantação de plano de cuidados compartilhados voltados para a integralidade do cuidado. Um dos principais desafios da nossa realidade é a adesão dos profissionais da unidade de saúde ativamente

durante todo processo; muitas vezes essa adesão não ocorre devido à própria rotina do serviço como: agendas cheias de atendimentos individuais ou por não terem tido formação que abordassem tais práticas.

De modo geral, este trabalho possibilitará maior atuação da equipe na educação em saúde e fazendo com que todos os profissionais entendam a importância dessas ações na saúde e qualidade de vida de cada paciente, bem como, a importância do estímulo ao autocuidado, que possibilita uma melhor qualidade de vida e saúde a eles.

8. REFERÊNCIAS

- ADA - AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes – 2013. **Diabetes Care**, Alexandria, v.36, Suppl. 1, jan, 2013.
- ALVES, V. S. Um Modelo de Educação em Saúde para o Programa Saúde da Família: pela Integralidade da Atenção e Reorientação do Modelo Assistencial. *Interface-Comunic. Saúde Educ.*,v.9, n.16, p.39-52, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n.16 - Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica; Série A. Normas e Manuais Técnicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de promoção à Saúde**. Série Pactos pela Saúde 2006, v.7, 2º ed. Brasília, 2010.52p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. **Secretaria de Vigilância e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, 66p.
- BUB, M. B. C. et al. A Noção de Cuidado de si Mesmo e o Conceito de Autocuidado na Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. v.15, n.21, p.152-157, 2006.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed., Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.
- CARNEIRO, A. C. L. L. et al. Educação para a Promoção da Saúde no Contexto da Atenção Primária. **Rev Panam Salud Pública**. v. 31, n.2, p. 115–20, 2012.
- CHATKIN, J. M. et al. Adesão ao tratamento de manutenção em asma. *J Bras Pneumol*. v.32, n.4, p. 277-283, 2006.
- DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em Saúde: O Trabalho de Grupos em Atenção Primária. **Rev. APS**, v.12, n.2, p.221-227, 2009.
- FARIA, H. T. G. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 46-51, 2008.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), **indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Brasília, DF, 2010.
- LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc*. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.
- MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. *Krause: Alimentos, nutrição e dietoterapia*. 12 ed. Rio de Janeiro:Elsevier, 2010. 1351 p.
- MENEZES, K. K. P. de; AVELINO, P. R.; Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde Como Prática de Discussão e Educação: Uma Revisão. **Cad. Saúde Colet.**, v.1, n.24, p.124-130.2016.

- MIRANDA, G. R.; OLIVEIRA, G. G.L.; GONÇALVES, M. C. **Educação Permanente em Saúde: Dispositivo para a Qualificação da Estratégia Saúde da Família.** Belém: UFPA, 2008.
- OLIVEIRA, T. L. et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 2, p 179-84; abril 2013.
- RODRIGUES, E. M.; SOARES, F.P.T.P.; BOOG, M. C. F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. **Rev. Nutrição**, v.18, n.1, p.1190-1198, 2005.
- RODRIGUES, D.; SANTOS, V. E.; A Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: Uma Revisão Bibliográfica das Publicações Científicas no Brasil. *J Health Sci Inst.*, v.4, n.28, p.321-324, 2010.
- SBD – SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus:** Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009.
- SBC – SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes de Hipertensão. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia. Rev. Bras. Hipertens.** São Paulo, v.17, n.1, 2010.
- SILVEIRA, L. M.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao Tratamento: Espaço de “Ensinar” para profissionais de saúde e Pacientes. *Interface-Comunc. Saúde Educ.* v.9, n.16, p.91-104, 2005.
- SOARES, S. M.; FERRAZ, A. F. Grupos Operativos de Aprendizagem nos Serviços de Saúde: Sistematização de Fundamentos e Metodologias. Escola Nery: **Revista Enfermagem** v.11, p.52-57, 2007.
- TUDO-BOM, A.; PINTO, A. M. Fisiopatologia da Asma Grave. **Rev. bras. alerg. imunopatol.** v.29, n.3, p.113-116, 2006.
- TEIXEIRA, J. B. P.; EIRAS, N. S. V. **A Hipertensão Arterial e sua abordagem pela Atenção Primária à Saúde e pelos Grupos de Extensão Universitária.** PROPLAMED, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2011.