

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

NAYARA SILVEIRA MAIA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM INSTRUMENTO EMANCIPADOR PARA
A POPULAÇÃO ADSCRITA NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
CONFISCO II NO MUNICÍPIO DE CONTAGEM EM MINAS GERAIS**

PÓLO BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2017

NAYARA SILVEIRA MAIA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM INSTRUMENTO EMANCIPADOR PARA
A POPULAÇÃO ADSCRITA NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
CONFISCO II NO MUNICÍPIO DE CONTAGEM EM MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof^a Dr^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

PÓLO BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2017

NAYARA SILVEIRA MAIA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM INSTRUMENTO EMANCIPADOR PARA
A POPULAÇÃO ADSCRITA NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
CONFISCO II NO MUNICÍPIO DE CONTAGEM EM MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Professor(a). Prof^a Dr^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh -
Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

Examinador 2 – Professor(a). Ma. Aline Cristina Souza da Silva- Universidade
Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2017.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus familiares pelo apoio e aos professores que tanto se empenharam para o sucesso conjunto desse projeto.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus colegas pelo auxílio, à equipe de saúde da família Confisco II por se empenhar na construção desse projeto e aos professores, pelo empenho constante em me auxiliar nas dificuldades obtidas.

RESUMO

O paradigma da atenção à saúde voltada para a doença determina a forma como os usuários, os profissionais de saúde e os governantes tratam a saúde e as políticas públicas que influenciam o modelo assistencial e os hábitos e estilos de vida da população. A forma como os serviços de saúde trabalham habitualmente induz a população a procurar atendimento quando já existe alguma desordem ao invés de buscar a prevenção e a promoção de saúde. A consulta individual é supervalorizada em detrimento das ações com a comunidade tanto pelos profissionais de saúde quanto pela população. Desta forma, a equipe de saúde Confisco II, situada na cidade de Contagem encontra-se desmotivada devido à difícil aceitação da comunidade local desse tipo de atenção à saúde. Além disso, o modelo assistencial interfere na estrutura dos serviços de saúde e no processo de trabalho. Desta forma, a agenda da equipe é fundamentalmente preenchida por demanda espontânea com uma pequena participação da demanda programada para alguns grupos de risco como: – gestantes, crianças, hipertensos e diabético- na qual se desenvolve atividades de prevenção e promoção em saúde. O objetivo deste estudo é propor um projeto de intervenção para realização da educação em saúde visando a capacitação da comunidade com embasamento teórico para promover escolhas mais saudáveis e, assim, melhorar a assistência global desses indivíduos. Com mais acesso a informação, será mais fácil prevenir doenças transmissíveis e melhorar o autocuidado com doenças crônicas, melhorando também a saúde integral.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Educação em saúde.

ABSTRACT

The health care paradigm focused on the disease determines how users, health professionals and government officials treat health and public policies that influence the care model and the habits and lifestyles of the population. The way in which health services work routinely induces people to seek care when there is already a disorder rather than seeking prevention and health promotion. Individual consultation is overvalued at the expense of community actions by both health professionals and the population. Thus, the health team Confisco II located in the city of Contagem, is unmotivated due to the difficult acceptance of the local community of this type of health care. In addition, the care model interferes in the structure of health services and in the work process. In this way, the team's agenda is fundamentally fulfilled by spontaneous demand with a small participation of the programmed demand for some risk groups - pregnant women, children, hypertensive and diabetic - in which activities of prevention and health promotion are developed. The purpose of this intervention project is health education, which will promote a theoretical basis for the community in order to promote healthier choices and thus improve global assistance. With more access to information, it will be easier to prevent communicable diseases and improve self-care with chronic diseases, while also improving the overall health of the community.

Key words: Family health strategy. Primary health care. Health education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente comunitário de saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEASA	Centro de Abastecimento de Minas Gerais de Produtos de Agropecuária
DM	Diabetes melito
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SIOPS	Sistema de Orçamento Público em Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde Confisco II, Unidade Básica de Saúde 31, município de Contagem, estado de Minas Gerais	18
Tabela 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “hábitos e estilos de vida pouco saudáveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Confisco II, do município Contagem, estado de Minas Gerais	30
	31
Tabela 3 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “hábitos e estilos de vida pouco saudáveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Confisco II, do município Contagem, estado de Minas Gerais	
Tabela 4 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “hábitos e estilos de vida pouco saudáveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Confisco II, do município Contagem, estado de Minas Gerais	32
Tabela 5 - Definição de educação em saúde na concepção da equipe Confisco II	24
Tabela 6 - Fatores facilitadores do processo de educação para saúde, segundo a visão da equipe Confisco II.	24
Tabela 7 - Fatores dificultadores do processo de educação para saúde, segundo a visão dos enfermeiros da amostra.	24
Tabela 8 - Percepção da equipe quanto à educação em saúde dentro da Estratégia Saúde da Família	25

Tabela 9 - Resultados que a prática educativa é capaz de proporcionar, na 25
visão da equipe Confisco II

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Breves informações sobre o município Contagem	10
1.2 O sistema municipal de saúde	11
1.3 A Equipe de Saúde da Família Confisco II, seu território e sua população	12
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	14
1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)	16
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	18
4 METODOLOGIA	19
5 REFERENCIAL TEÓRICO	20
5.1 Estratégia de Saúde da Família	20
5.2 Educação em saúde	21
5.3 Educação em saúde na Estratégia de Saúde da Família	22
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	24
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	24

6.2 Explicação do problema (quarto passo)	27
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	28
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município

Localizada na região metropolitana de Belo Horizonte Contagem é o município com a terceira maior população do estado de Minas Gerais com 1802014 habitantes no Censo de 2010 e população estimada de 653.880 habitantes para 2016, de acordo com estimativa do IBGE (BRASIL 2016a).

Os limites geográficos do município perderam-se devido a seu crescimento em direção da capital mineira. Seu sistema viário foi planejado para comportar fluxo intenso de veículos de carga, e é feito através das principais rodovias do país, a BR-381 (Fernão Dias - acesso a São Paulo), BR-262 (acesso a Vitória e Triângulo Mineiro) e a BR-040 (acesso a Brasília e Rio de Janeiro) (MOREIRA, sd).

Apresenta grande parque industrial e sua economia é baseada principalmente no comércio e na indústria. O centro de abastecimento de Minas Gerais de produtos de agropecuária (CEASA) fica localizado em Contagem e emprega muitos habitantes dessa cidade, apresentando muitos problemas trabalhistas devido à alta carga de peso que os trabalhadores carregam diariamente. Além de três grandes shoppings centers, a cidade conta com intensa atividade comercial com grande variedade de segmentos comerciais com destaque para os eletrodomésticos, calçados, vestuário e alimentação (MOREIRA, sd).

A taxa de mortalidade infantil média no município é de 10.01 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.2 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 443 de 853 e 566 de 853, respectivamente. Quando comparado a municípios do Brasil todo, essas posições são de 3233 de 5570 e 4284 de 5570, respectivamente (BRASIL, 2016a).

Contagem conta com 109 unidades básicas de saúde distribuídas entre sete distritos sanitários, um hospital e maternidade municipal, três centros de especialidades, oito equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 17 farmácias distritais os quais atendem a toda população de Contagem. A cidade conta ainda com acordos de troca de serviços de saúde com Belo Horizonte e Betim. Existe um problema comum com várias cidades brasileiras que é a rotatividade de profissionais médicos não concursados devido à ligação desses profissionais com

políticos em mandato. A cidade conta com dezenas de médicos do programa MAIS MÉDICOS e Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB).

1.2 O sistema municipal de saúde

O financiamento da saúde ocorreu da seguinte forma de acordo com Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) de 2015:

- Transferências: 145.993.463,72
- Recursos próprios: 258.654.790,92
- Gasto per capita/ano: 623,72

A rede de serviço no município de Contagem conta com a seguinte estrutura:

- ATENÇÃO PRIMÁRIA: 109 Unidades Básicas de Saúde (UBS)
- ATENÇÃO ESPECIALIZADA: três centros de especialidades
- ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: cinco Unidades de Pronto Atendimento (UPAS)
- ATENÇÃO HOSPITALAR: um hospital municipal
- APOIO DIAGNÓSTICO: Laboratórios terceirizados com 11 postos de coleta
- ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: 17 farmácias distritais
- VIGILÂNCIA DA SAÚDE: um Centro de controle de zoonoses, dois Centros de testagem e aconselhamento Infecção Sexualmente Transmissível/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (IST/SIDA), um Centro de referência em saúde do trabalhador, um Centro de Imunizações.
- RELAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO: Fragmentado, sem comunicação entre um ponto e outro.
- RELACAO COM OUTROS MUNICIPIOS: Betim e Belo Horizonte
- CONSÓRCIO DE SAÚDE: Betim e Belo Horizonte
- MODELO DE ATENÇÃO: Dois modelos assistenciais: Unidade básica de saúde e Unidade de saúde da família. Modelo centrado na pessoa.

1.3 A Equipe de Saúde da Família Confisco II, seu território e sua população

O bairro Laguna é o território no qual a equipe está inserida e é uma comunidade de cerca de 11000 habitantes, localizada no distrito sanitário Ressaca da Cidade de Contagem. Hoje, grande parte da população empregada trabalha no Centro de Abastecimento de Agropecuária CEASA, com venda e compra de produtos do agronegócio e com carregamento de caixas desses produtos, o que leva a um grande número de atendimentos devido a doenças osteomusculares geradas pelo excesso de carregamento de peso. Outros trabalham com comércios em geral: supermercados e lojas. O número de desempregados não é grande. A estrutura de saneamento básico é boa, tem cobertura total de rede de esgoto e coleta de lixo. As moradias são muito variadas, tendo no mesmo bairro casas grandes com boa estrutura e algumas moradias precárias com poucos cômodos. O analfabetismo também não é elevado, mas é maior entre os maiores de 40 anos. A associação comunitária era muito ativa há cinco anos, porém vem perdendo a atividade progressivamente. Nesse bairro, existem duas Equipes de Saúde da Família (ESF), porém sem contato algum entre essas equipes que funcionam completamente individualmente.

A Unidade de Saúde da Equipe Confisco II foi inaugurada há cerca de 17 anos e está situada na rua Pequi, rua sem estabelecimentos comerciais, apenas com moradias. É uma casa alugada, adaptada para ser uma Unidade de Saúde. A casa é antiga, porém bem conservada, mas sem estrutura para o bom funcionamento de uma unidade de saúde. Sua área pode ser considerada inadequada considerando a demanda e a população atendida (cerca de 7000 pessoas). A área destinada à recepção é pequena, funciona na garagem da casa, onde foram colocados bancos para os usuários, porém os bancos são insuficientes para a demanda e muitos pacientes ficam aguardando atendimento sentados na calçada da rua. Não existe sala de reuniões, razão pela qual a equipe utiliza uma área externa da casa, onde funcionava a lavanderia, com poucas cadeiras disponíveis e uma mesa antiga. Havia uma televisão para uso em atividades educacionais, porém recentemente houve um roubo à unidade e desde então não tem mais a televisão além de outros equipamentos roubados.

Não existem reuniões com a comunidade e a associação de moradores não é ativa há muitos anos. A população sempre reclama muito da troca de profissionais médicos da unidade e da falta de estrutura da mesma. A Unidade, atualmente, está

mal equipada, não conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, não tem pias nos consultórios, não tem nebulizador, por exemplo, não tem instrumentos para pequenas cirurgias, tampouco existem anestésicos locais para tal. Não existe sala de vacina na unidade e nem sala de observação. Os pacientes se mostram insatisfeitos, porém acomodados, pois a unidade está assim há mais de oito anos.

A Equipe 31 é formada pelos profissionais apresentados a seguir:

Agente Comunitário de Saúde (ACS)1- 34 anos, casada, tem uma filha, agente comunitária de saúde da micro área um a 10 anos, tem 180 famílias cadastradas. Essa fez curso técnico em enfermagem e já trabalhou em hospitais dando plantão como técnica de enfermagem;

ACS2, 42 anos, casada, tem um casal de filhos, agente comunitário de saúde da micro área dois a 16 anos, tem 180 famílias cadastradas. Ela complementa o salário fazendo serviços de limpeza nos horários vagos;

ACS3, 46 anos, viúva, dois filhos, agente comunitária de saúde da micro área três a oito anos, tem 170 famílias cadastradas. Além de trabalhar como ACS vende produtos com revistas de mostruários;

ACS4, 54 anos, desquitada, um casal de filhos, agente comunitária de saúde da micro área quatro a 14 anos, tem 150 famílias cadastradas. Já é avó e também trabalha como cuidadora de idosos nos horários vagos;

Auxiliar administrativo, 49 anos, desquitada, também com um casal de filhos, auxiliar administrativo, é responsável pela organização de documentos e marcação de consultas especializadas;

Auxiliar de enfermagem, 33 anos, solteira, um casal de filhos. Trabalhou 10 anos em hospital e há 10 anos foi aprovada na seleção e iniciou suas atividades na (Estratégia de Saúde da Família (ESF), mas está nessa equipe há dois anos. Não trabalha em outros locais como auxiliar de enfermagem, mas exerce atividades comerciais nas horas vagas;

Médica, 28 anos, solteira. Formada há um ano, trabalhou por nove meses como clínica em UBS de Belo Horizonte e foi selecionada para trabalhar em Contagem através do PROVAB, porém deseja se especializar em dermatologia. Participa da atual equipe a cinco meses, substituindo o médico anterior, que era médico estrangeiro cubano, que saiu por conflitos internos na equipe e excesso de carga de trabalho nessa equipe;

Enfermeiro, 46 anos, casado, uma filha. Trabalha em Saúde da Família há dez anos, sendo oito anos nessa unidade. Já passou por quatro distritos em Contagem e atualmente vem se sentindo desmotivado com saúde da família e comunidade;

Na unidade não tem dentista nem auxiliar de higiene dental. Existe duas micro áreas sem cobertura de agente de saúde.

O problema da unidade é o grande número de usuários e sendo assim, pela manhã existe uma grande demanda espontânea com mais de 30 pacientes todos os dias para uma equipe pequena e isso gera desmotivação dos profissionais que não conseguem resolver os problemas dos usuários e nem exercer outras atividades próprias de uma equipe de saúde da família pela grande demanda espontânea.

Além disso, existe um grande número de gestantes, o que compromete a agenda de pré-natal e de diabéticos, hipertensos e pacientes da saúde mental, gerando um problema na organização de renovação de receitas de uso crônico. Já foram feitas várias reuniões, porém ainda não se chegou a uma solução.

Existem ainda duas equipes sem agente comunitário e isso acaba sobrecarregando as outras agentes. A equipe já tentou desenvolver outras ações de saúde, como por exemplo: grupos de hipertensos e diabéticos, que não contou com o apoio dos usuários, os quais não entendem a importância dessa atividade, por supervalorizarem consultas médicas individuais.

A ausência de um projeto e de avaliação do trabalho tem sido motivo de alguns conflitos entre os membros da equipe. Uma queixa geral é a falta de tempo, devido à demanda de atendimento. Com o passar dos anos essa situação e a falta de perspectivas de mudanças têm provocado um desgaste grande na equipe além de troca de médicos devido a esse fator. A equipe já tem um plano de ser dividida, porém sem perspectiva real de data.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade -

De acordo com a estimativa rápida obtida após conversa com toda a equipe e com alguns pacientes, foi possível observar a necessidade de melhorar a aceitabilidade da população adstrita e dos integrantes da equipe de saúde quanto a atividades de educação em saúde, pois a partir desse fator, acredito que será

possível a melhoria de outros problemas identificados, como a alta incidência de sífilis adquirida, em gestante e congênita na região.

A população local tem uma idéia negativa de grupos e atividades de educação em saúde, pois supervalorizam as consultas médicas individuais. De acordo com a equipe de saúde, cuja maioria dos integrantes trabalha há mais de oito anos, as pessoas não vão a atividades previamente marcadas, mesmo com as agentes de saúde ressaltando a importância desse tipo de atenção a saúde. Isso gerou desmotivação na equipe de saúde, o que acaba dificultando ainda mais a integração das atividades educacionais.

Além disso, outro problema agravante é a falta de conselho de saúde local, o qual está desativado há mais de quatro anos segundo informações das agentes de saúde. O conselho era atuante e tinha boa participação da comunidade local, porém a participação popular foi diminuindo gradativamente até chegar a cessar as reuniões por falta de público.

Outro problema identificado na área de abrangência é a quantidade de pacientes que apresentam problemas osteomusculares devido à sobrecarga de trabalhos que utilizam a força física no CEASA, o qual fica localizado próximo a região da equipe de saúde. Vários profissionais desse centro de distribuição consultam diariamente com queixas refratárias ao tratamento clínico, pois não há alteração da forma de trabalho. A empresa já foi contatada diversas vezes em outras ocasiões, porém não existe mudança na linha de trabalho ou no tratamento dos trabalhadores.

Outro agravante a ser citado é o fato de que a população adstrita ser muito maior do que o ideal para a ESF, pois abrange cerca de sete mil usuários de acordo com dados das agentes de saúde. Essa unidade já tem um projeto de divisão, porém sem data para concretização. Além da população estar acima do esperado, ainda existem duas áreas que não têm cobertura de ACS e, por conseguinte, ficam com a atenção deficiente em alguns aspectos. Os dois ACS que estavam responsáveis por essas áreas saíram do cargo e não foram contratados substitutos. Isso prejudica a adequada atenção à saúde dos usuários e inclusive, causa grande demanda por consultas individuais em detrimento de atividades coletivas, pois são muitos pacientes para serem acompanhados, além dessa população não ter boa aceitação a esse tipo de atividade.

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

De acordo com os problemas levantados no diagnóstico da comunidade da equipe de saúde Confisco II, foi possível priorizá-los conforme a necessidade e urgência, como pode ser conferido na Tabela 1 abaixo.

Tabela 1 - Classificação das prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade da equipe de saúde Confisco II, 2016:

Equipe Confisco II Priorização dos Problemas				
Principais Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção****
Hábitos e estilos de vida pouco saudáveis	Alta	9	Parcial	1
Alta incidência de sífilis na região	Alta	7	Parcial	2
Problemas osteomusculares devido ao principal trabalho na região	Alta	6	Parcial	3
Número de pacientes adscritos muito além do ideal	Alta	4	Fora	4
Áreas descobertas de agentes de saúde	Alta	4	Fora	5

*Total de pontos distribuídos: 30

Fonte: Autoria própria, 2017

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

A educação em saúde é uma ferramenta essencial para promoção e prevenção da saúde e torna as pessoas capazes de melhorar o autocuidado com maior autonomia sobre a própria saúde (OLIVEIRA, 2011).

Assim, a educação deve ter atenção especial principalmente na estratégia de saúde da família, pois é capaz de auxiliar na prevenção de doenças transmissíveis, melhoria do tratamento de doenças crônicas e melhoria na qualidade de vida integral do indivíduo (OLIVEIRA, 2011).

Na equipe de saúde Confisco II essa prática está praticamente abandonada há anos. A equipe justifica o fato com argumentos sobre a sobrecarga profissional dos componentes da equipe e desmotivação sobre a real eficácia desse tipo de atividade. Além disso, a população adstrita não tem boa aderência a grupos e outras atividades que contenham educação em saúde por supervalorizarem a consulta individual em detrimento de atividades coletivas.

Assim, a proposta deste trabalho de retomar as atividades de educação em saúde nessa unidade se justifica, uma vez que esta irá promover o embasamento teórico para a população manter hábitos saudáveis de vida e, com isso, melhorar a saúde global.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção para equipe de saúde da família Confisco II, município de Contagem/MG, no intuito de fornecer embasamento teórico através de atividades de educação em saúde, as quais vão proporcionar escolhas de estilo de vida mais saudável e estimular o auto cuidado proporcionando melhora da qualidade de vida global da comunidade.

4 METODOLOGIA

Para realização do projeto de intervenção foram realizadas as seguintes etapas:

- Revisão bibliográfica para levantamento das evidências já existentes sobre objeto deste trabalho. A busca ocorreu nas revistas científicas de renome e destaque na área e manuais do Ministério da Saúde, utilizando-se os seguintes descritores (BRASIL, 2016b): Estratégia Saúde da Família; Educação em Saúde; Programa Saúde da Família.
- Diagnóstico situacional, incluindo reunião com a equipe do PSF e dados do Sistema Administrativo Pedagógico (SIAP) e Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP).
- Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Estratégia Saúde da Família

Na década de 90, houve a proposta de renovação do modelo de saúde assistencial pela lógica da atenção básica, com a criação do Programa de saúde da Família (PSF) em 1994 (FERNANDES, 2004).

Este Programa surgiu com uma demanda de um sistema de saúde que fosse contra o modelo assistencial vigente no Brasil o qual era centrado em atenção médico assistencial privatista. Esse modelo foi praticado até o ano de 1988 e era dicotomizado entre curativo e preventivo, individual e coletivo, além de ser focado em investimentos na saúde curativa por meio de hospitais voltados para os contribuintes previdenciários. Este entendia a saúde como a ausência de doença, sustentado pelo paradigma flexneriano, o qual tinha influências da Escola Norte – Americana (CZERESNIA, 2003).

Sua proposta era de focar em ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e reabilitação, devendo ser a porta de entrada do usuário e ter contato com as famílias, levando em consideração as demandas de saúde global do indivíduo, agindo por meio de prevenção e baseado nos principais problemas da comunidade local (FERNANDES, 2004).

Sendo assim, inova ao mudar a visão fragmentada do indivíduo e a saúde passa a ser vista integralmente, levando em consideração o indivíduo, sua família e a comunidade onde o mesmo está inserido (FERNANDES, 2004). Os princípios adotados são: adstrição de famílias as quais terão a atenção de uma equipe multiprofissional, incluído o agente comunitário de saúde, profissional essencial na continuidade do cuidado e na proximidade do usuário e do sistema de saúde em um território definido. As ações principais utilizadas são a de promoção em saúde, prevenção, diagnóstico precoce de doenças crônicas e agudas, tratamento eficaz e reabilitação. Os casos de maior complexidade são referenciados a outro nível de atenção a saúde, de acordo com o diagnóstico. O foco de desenvolvimento da atuação do PSF é a família, que ao ser estudada em suas necessidades e anseios, leva a ações que visam ao bem estar da comunidade na qual está inserida (BRASIL, 2004).

Atualmente, o PSF é definido como Estratégia ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização (PORTAL EDUCAÇÃO, 2008).

A equipe mínima da ESF é composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis ACS. Cada profissional, com exceção do médico, deve ser cadastrado a apenas uma equipe e deve dedicar 40 horas semanais, sendo 32 horas mínimas de assistência na equipe de saúde da família e 8 horas podem ser destinadas a prestação de serviço em urgência no mesmo município ou a atividades de especialização ou residência em saúde da família, de acordo com prévia autorização do gestor municipal.

Cada equipe de ESF deve ser responsável por no máximo 4 mil habitantes, com média de 3 mil ou menos, de acordo com a vulnerabilidade da área (BRASIL, 2011). Além disso, pode contar com equipe multiprofissional composta por dentista, pediatra, ginecologista, psiquiatra, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo, entre outros profissionais os quais podem compor o NASF. Porém, é importante lembrar que o NASF não é porta de entrada ao usuário, mas oferece grande apoio à assistência a saúde na ESF e também leva em consideração a territorialização, a participação social, as atividades de promoção em saúde, à educação permanente e a integralidade. Na ESF o trabalho em equipe se torna muito importante para a mudança do paradigma do modelo de saúde assistencialista. A cooperação entre os diversos profissionais atualizados em suas respectivas áreas de conhecimento é essencial para uma intervenção mais eficaz no cuidado com o usuário (FIGUEIREDO, sd).

5.2 Educação em saúde

A educação em saúde se relaciona a informações de referencial teórico e prático, os quais geram prevenção e promoção em saúde. É um recurso utilizado principalmente por profissionais de saúde para disseminar conhecimento cientificamente produzido de forma a melhorar a saúde e o cotidiano das pessoas, pois ao compreender o processo de saúde e doença, o indivíduo pode adotar novos hábitos e condutas com o objetivo de evitar agravos e melhorar sua qualidade de vida (COSTA e LÓPEZ, 1996).

Além disso, é importante valorizar também as trocas de informações entre os usuários e profissionais de saúde e suas iniciativas e, através do diálogo, buscar a explicitação e compreensão do saber popular para que as informações sejam bem conduzidas e compreendidas pela comunidade. Dessa forma, essa metodologia contrapõe-se à passividade comum das práticas educativas tradicionais. O usuário deve ser reconhecido como sujeito portador de um saber próprio sobre o processo saúde-doença-cuidado e, assim, ele deve ser capaz de estabelecer um vínculo com o serviço de saúde e desenvolver uma análise crítica sobre a sua realidade e evoluir na forma de enfrentamento dos problemas pessoais (ALVES, 2005).

Pela potencialidade desta metodologia, Vasconcelos (1999) observa as experiências de Educação Popular como forma de melhoria das diferenças do saber cultural entre os serviços de saúde e a população assistida. Nos estabelecimentos em que a experiência tem sido desenvolvida é possível observar a "*emergência de novos padrões de enfrentamento dos problemas de saúde marcados pela integração entre o saber técnico e o saber popular e pela mútua colaboração*" (VASCONCELOS, 1999, p.30). Devido a este resultado, o autor compreende a Educação Popular em Saúde não como uma atividade complementar a ser realizada, mas como uma estratégia que pode reorientar as práticas de saúde.

5.3 Educação em saúde na Estratégia de Saúde da Família

Vasconcelos (1997) cita que o espaço da atenção básica é privilegiado para a prática de educação em saúde, visto que nesse espaço existe um maior vínculo entre os profissionais e os usuários. Além disso, é um espaço com maior atenção às ações de prevenção e promoção em saúde.

Para Mendes (1996), a tecnologia de alta complexidade deve ser utilizada para a educação em saúde na ESF, envolvendo conhecimento científico, técnicas e habilidades. Sendo assim, o médico da atenção básica deve ter habilidade de comunicar e educar para promover atenção preventiva, curativa e reabilitadora.

As atividades necessárias para a promoção e prevenção da saúde devem estar centradas num trabalho coletivo e devem ser garantidas por meio de políticas sociais que possibilitem uma assistência humanizada e resolutiva para a comunidade. Sendo assim, essas atividades devem ser planejadas de forma que as famílias sejam o foco delas. Dessa forma, o objetivo das ações educativas é levar à

construção de conhecimento para que o indivíduo busque a saúde integral e ampla, de forma a incluir a luta pela desigualdade por meio da edificação da cidadania. Essas atividades estão incluídas na Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada pela portaria n.º 687, de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2006).

No contexto da ESF, a educação em saúde deveria ser uma atividade praticada por todos os profissionais que compõe a equipe, de forma que esses sejam capazes de oferecer assistência integral e contínua às famílias cadastradas. Além disso, os profissionais devem ser capazes de identificar situações de risco e agir de forma a prevenir agravos em conjunto com a comunidade, oferecendo informações necessárias a uma boa prática em saúde e promovendo o autocuidado. (BRASIL, 1997).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “hábitos e estilos de vida pouco saudáveis”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010). Na unidade de saúde Confisco II existe o paradigma da saúde centrada na doença na população adstrita, o que faz com que a comunidade procure atendimento apenas se houver alguma desordem a ser tratada, ou seja, existe uma supervalorização das consultas curativas em detrimento das ações de promoção e prevenção em saúde.

Dessa forma, foi observado que os hábitos de vida da comunidade são pouco saudáveis e pretende-se melhorar esse aspecto através de atividades de educação em saúde frequentes, de forma a apresentar embasamento teórico para a comunidade para que essa possa fazer escolhas mais saudáveis para um melhoramento da saúde global.

Porém, existem nós críticos que devem ser levados em conta para o planejamento dessa ação, como por exemplo, o paradigma da saúde centrada na doença fortemente incutido na comunidade e nos profissionais da equipe, o nível de informação das pessoas, a estruturação dos serviços de saúde, a qual conta com uma população muito maior que a preconizada para um bom funcionamento de uma ESF, além de ter um déficit na equipe por falta de funcionários. Isso leva ainda à desmotivação e sobrecarga desses profissionais.

6.1 Descrição do problema selecionado

Como a deficiência em ações de saúde é difícil de ser quantificada, foi realizado um estudo com a equipe de saúde sobre o que eles pensam e seus anseios sobre tais atividades, pois um grande dificultador de melhorar a assistência em educação em saúde é a própria equipe de saúde que se encontra desmotivada para tais atividades. A equipe de saúde é composta por oito profissionais, dentre os quais: um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, um médico, um auxiliar administrativo e quatro agentes de saúde. Eles foram questionados sobre o que pensam da definição de educação em saúde, fatores que interferem no processo, percepção da educação em saúde dentro da estratégia em saúde família e os

resultados que essas práticas podem proporcionar na visão dos profissionais. Esse questionário já foi validado segundo Oliveira e Santos (2011, p. 833-44). As respostas, acompanhadas pelos respectivos números de pessoas que as responderam são apresentadas nas Tabelas 2 a 6, a seguir:

Tabela 2 - Definição de educação em saúde na concepção da equipe Confisco II.

Conceito	Número de pessoas	Porcentagem
É um conjunto de práticas voltadas à promoção da saúde	1	12,5%
É uma forma de difusão do conhecimento científico	0	0
É uma importante vertente à prevenção, e se preocupa em melhorar as condições de vida e saúde da população	2	25%
É a articulação entre educação e saúde que envolve experiências e saberes, buscando estimular mudanças individuais e coletivas	5	62,5%

Fonte: Autoria própria, 2017.

Tabela 3 - Fatores facilitadores do processo de educação para saúde, segundo visão da equipe Confisco II.

Fatores	Número de pessoas	Porcentagem
Conhecer a realidade da população	8	100%
Nível de alfabetização da população	4	50%
Capacidade crítica da população	5	62,5%
Renda da população	0	0

Fonte: Autoria própria, 2017.

Tabela 4 - Fatores dificultadores do processo de educação para saúde, segundo a visão dos enfermeiros da amostra.

Fatores	Número de pessoas	Porcentagem
Condições demográficas da população	2	25%
Valores culturais da população	5	62,5%
Fatores político-administrativos	4	50%
Adesão da população	8	100%
Escolaridade da população	3	37,5%

Fonte: Autoria própria, 2017.

Tabela 5 - Percepção da equipe quanto à educação em saúde dentro da Estratégia Saúde da Família.

Opções	Número de pessoas	Porcentagem
É atribuição de todos os profissionais da equipe	6	75%
Engloba todas as ações de saúde	4	50%
Vem a ser facilitada, devido ao conhecimento e contato que o profissional possui de toda a população por ele assistida	6	75%
É fundamental à assistência integral e contínua às famílias	4	50%

Fonte: Autoria própria, 2017.

Tabela 6 - Resultados que a prática educativa é capaz de proporcionar, na visão da equipe Confisco II.

Opções	Número de pessoas	Porcentagem
Novos hábitos de condutas de saúde, incluindo melhorias no autocuidado	4	50%
Promover a participação popular nos serviços de saúde	3	37,5%
Aprofundar as intervenções na vida cotidiana das famílias e sociedades	4	50%
Formação crítica-cidadã, através de conhecimento emancipador	2	25%

Fonte: Autoria própria, 2017.

6.2 Explicação do problema selecionado

O paradigma da atenção à saúde voltada para a doença tão presente na sociedade determina a forma como os usuários e os governantes tratam a saúde e as políticas públicas, que influenciam o modelo assistencial e os hábitos e estilos de vida da população que acabam procurando os serviços de saúde quando já estão

com alguma desordem de saúde ao invés de buscar a prevenção e a promoção de saúde (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

A consulta individual é supervalorizada em detrimento das ações com a comunidade. A equipe ainda se encontra desmotivada por também não compreender a importância real das atividades educacionais e por relatarem sobrecarga com outras atividades, o que dificultaria a realização de grupos.

O modelo assistencial interfere então na estrutura dos serviços de saúde e no processo de trabalho que vai interferir na resposta do sistema de saúde e no uso de protocolos, apoio diagnóstico, assistência farmacêutica, referência e contra referência e capacitação do profissional, os quais podem desenvolver atividades com a comunidade com a finalidade de melhorar a autonomia do paciente em relação aos cuidados com a própria saúde. Com mais acesso a informação, será mais fácil prevenir doenças transmissíveis e melhorar auto cuidado com doenças crônicas, melhorando também a saúde integral da comunidade.

6.3 Seleção dos nós críticos

- Paradigma da saúde centrada na doença;
- Nível de informação;
- Estrutura dos serviços de saúde;
- Sobrecarga e desmotivação dos profissionais da equipe;
- Falta de acreditação na importância das atividades de educação em saúde tanto da comunidade quanto dos profissionais

6.4 Desenho das operações

Uma operação e um projeto foram sugeridos de acordo com cada nó crítico avaliado, dessa forma, as Tabelas abaixo vão representar os resultados e os produtos esperados com essas intervenções, bem como os recursos que serão necessários para concretizá-los. Além disso, foi colocado um prazo para esses resultados e os responsáveis pelo acompanhamento e monitoramento das operações:

Tabela 7– Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “hábitos e estilos de vida pouco saudáveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Confisco 2, do município Contagem, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Paradigma da saúde centrada na doença, nível de informação dos usuários.
Operação (operações)	Projeto “Sala de espera”.
Projeto	Projeto “Sala de espera”.
Resultados esperados	Mudança do paradigma, embasamento teórico para promover escolhas de hábitos de vida mais saudáveis. Melhoria no nível de informação dos usuários acerca de promoção e prevenção em saúde.
Produtos esperados	Projeto “Sala de espera” com atividades de educação enquanto os pacientes aguardam as consultas. Grupos de hipertensos e diabéticos.
Recursos necessários	Organizacional: melhorar a sala de espera, fazer uma escala dos profissionais que vão conduzir o projeto diário. Cognitivo: pesquisas e criação de palestras didáticas com muitas imagens. Financeiro: Televisão para colocar as palestras mais fáceis e didáticas e panfletos educativos.
Recursos críticos	Financeiro: Televisão para colocar as palestras mais fáceis e didáticas e panfletos educativos.
Controle dos recursos críticos	Secretaria de saúde.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto para a comunidade e governantes. Apoio da comunidade
Prazo	3 meses para início das atividades. Apresentar o projeto em 2 meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Toda a equipe de saúde em revezamento. Enfermeiro
Processo de monitoramento e avaliação das operações	As operações serão monitoradas e avaliadas continuamente a partir da percepção da mudança de comportamento contínua dos usuários.

Fonte: Autoria própria, 2017.

Tabela 8 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “hábitos e estilos de vida pouco saudáveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Confisco 2, do município Contagem, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Estruturação dos serviços de saúde.
Operação (operações)	Melhorar a estrutura do Cuidado continuado.
Projeto	Cuidado Continuado
Resultados esperados	Diminuir a demanda espontânea e melhorar a qualidade dos atendimentos de cuidado continuado.
Produtos esperados	Criar estratégias de grupo para revisão e solicitação de exames laboratoriais. Marcar menos consultas para melhoria do atendimento individual. Criar grupos para renovação de receitas
Recursos necessários	Organizacional: reunião de equipe semanal para melhorar a estrutura da agenda. Cognitivo: pesquisar maneiras de diminuir demanda espontânea. Político: aumentar recursos para estruturação dos serviços.
Recursos críticos	Político: aumentar recursos para estruturação dos serviços.
Controle dos recursos críticos	Secretaria de saúde
Ações estratégicas	Solicitar melhoria da qualidade do serviço aos governantes. Apresentar o projeto. Criar estratégias para atendimento da demanda programada como grupos operativos para renovação de receitas e solicitação de exames de rotina.
Prazo	Apresentar o projeto em 2 meses para iniciar o projeto em 3 meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médica
Processo de monitoramento e avaliação das operações	As operações serão monitoradas e avaliadas continuamente a partir de pesquisa com os próprios usuários.

Fonte: Autoria própria, 2017.

Tabela 9 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “hábitos e estilos de vida pouco saudáveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Confisco 2, do município Contagem, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Sobrecarga e desmotivação dos profissionais da equipe.
Operação (operações)	Treinamento e terapia em grupo dos profissionais da equipe.
Projeto	Treinamento da equipe
Resultados esperados	Melhorar a motivação dos funcionários.
Produtos esperados	Fazer grupos de apoio com os profissionais e treinamento da equipe. Definir melhor as funções de cada um para não sobrecarregar os outros.
Recursos necessários	Financeiro: solicitar psicólogo ou terapeuta de grupo para iniciar terapia de grupo. Político: solicitar contrato de profissionais para equipe mínima para o número de usuários. Cognitivo: melhorar relação interpessoal entre a equipe.
Recursos críticos	Financeiro: solicitar psicólogo ou terapeuta de grupo para iniciar terapia de grupo. Político: solicitar contrato de profissionais para equipe mínima para o número de usuários
Controle dos recursos críticos	Setor de comunicação social Secretaria de saúde
Ações estratégicas	Apresentar as dificuldades dos profissionais e a situação de trabalho deles. Reuniões de equipe semanais.
Prazo	Apresentar os anseios dos profissionais para a coordenação em um mês, para início de grupos de terapia em 4 meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Agente de saúde
Processo de monitoramento e avaliação das operações	As operações serão monitoradas e avaliadas continuamente a partir das reuniões de equipe.

Fonte: Autoria própria, 2017.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de vários problemas identificados no diagnóstico situacional foi possível priorizar a falta de interesse da população e da equipe da ESF em atividades de educação em saúde, pois a partir desse aspecto, será possível melhorar diversos outros grandes problemas identificados, como por exemplo, as orientações sobre como evitar doenças sexualmente transmissíveis ou a adesão a tratamentos medicamentosos e não medicamentosos de doenças crônicas prevalentes.

Dessa forma, a partir desse perfil de planejamento levantado pelos integrantes da equipe de saúde, planeja-se um plano de intervenção eficaz que envolva a equipe e os usuários no entendimento da importância dessas atividades e a partir daí, elaborar um cronograma com os assuntos mais importantes e urgentes a serem tratados nessas atividades de educação em saúde.

Conta-se também com o enfrentamento de problemas que podem surgir como a falta de recurso material para tais programas, a falta de acreditação nas atividades de educação em saúde e a desmotivação dos profissionais. Esses nós críticos serão enfrentados a partir da solicitação de auxílio financeiro público para melhoria da qualidade de trabalho dos profissionais e para divulgação de resultados obtidos com as atividades de educação em saúde. Dessa forma, espera-se melhorar o nível de informação da equipe da comunidade local, melhorando com isso, a saúde global dos usuários e dos funcionários da equipe.

REFERÊNCIAS

1. ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Rev. Interface- comunicação, saúde, educação. Salvador, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.
2. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília,[online], 2016a. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 15 nov. 2016.
3. BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciências da Saúde. Brasília, [online], 2016b. Disponível em: <<http://decs.bvs.br>>. Acesso em: 05 dez. 2016.
4. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Departamento de atenção básica. Documento final da comissão de avaliação da atenção básica. Produto do trabalho da comissão instituída pela portaria nº 676 gm/ms de 03 de junho de 2003. Diário Oficial da União 2003 jun 4.
5. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Informe da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2016.
8. BRASIL. Modelo assistencial. Brasília, DF, 1997 Portaria nº 2.488, 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, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1.
9. CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em 09 set. 2016.

10. COSTA, M.; LÓPEZ, E. Educación para la salud. Madrid: Pirámide, 1996. p.25-58.
11. CZERESNIA D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA D; FREITAS C. M, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 39-51, 2003.
12. FARIA H.P. et al. Processo de trabalho em saúde. Nescon/UFMG – 2 ed. Belo Horizonte, 2009. Disponível em:
https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Processo_de_trabalho_em_saude_2/3. Acesso em: 10 out. 2016
13. FERNANDES, A. S.; SECLÉN-PALACÍN J. Experiências e desafios da atenção básica e saúde da família: caso Brasil. Brasília: OPAS; 2004.
14. FIGUEIREDO, E. N. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. Unasus-unifesp. Disponível em:
https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf. Acesso em: 17 de junho 2017.
15. MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: MENDES, E. V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996. p.233-300.
16. MOREIRA, R.R. Contagem das abóboras conheça a história de sua cidade. Sem data. Disponível em: <http://www.diariodecontagem.com.br/Historia-de-Contagem>. Acesso em: 12 jun. 2017.
17. OLIVEIRA, R.L; SANTOS, M.H.A. Educação em saúde na estratégia de saúde da família: conhecimentos e práticas do enfermeiro. Rev Enfermagem Integrada. Ipatinga: Unileste-MG - V.4 - N.2 - Nov./Dez. 2011. p 833-44.
18. Portal Educação. Enfermagem e o PSF: Do PSF ao ESF. Disponível em:
<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/enfermagem-e-o-psf-do-psf-ao-esf/5290>. Acesso em 28/06/2017.
19. SIOP-Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento do Governo. Disponível em [//www1.siop.planejamento.gov.br/](http://www1.siop.planejamento.gov.br/). Acesso em: 10 de jun 2017.

20. VASCONCELOS, E. M. Educação popular nos serviços de saúde. 3ed São Paulo: HUCITEC, 1997.

21. VASCONCELOS, E. M. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: HUCITEC, 1999.