

Lisset Duany Pulido

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SANTANA DOS  
MONTES: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Juiz de Fora

2015

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	3
<b>1.1 História do Município</b> .....	4
<b>1.2 Dados Geográficos e Populacionais</b> .....	5
<b>1.3 Sistema de Saúde local</b> .....	6
<b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....	8
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	9
<b>3.1 Objetivo Geral</b> .....	9
<b>3.2 Objetivos específicos</b> .....	9
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	10
<b>5. ANÁLISE SITUACIONAL</b> .....	11
<b>5.1 Referencial teórico e importância da Educação em saúde para a promoção da saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos</b> .....	15
<b>5.2 Elaboração da lista de problemas</b> .....	155
<b>5.3 Escolha do problema</b> .....	177
<b>5.4 Descrição do problema</b> .....	177
<b>5.4.1 Explicação do problema</b> .....	188
<b>5.5 Seleção dos nós críticos</b> .....	188
<b>5.5.1 Desenho das Operações</b> .....	199
<b>5.6 Recursos críticos</b> .....	218
<b>5.7 Plano operativo</b> .....	22
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	24
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	24

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi desenvolvido no município de Santana dos Montes, localizado na porção centro - sul de Estado de Minas Gerais há cerca de 140 km da Capital Belo Horizonte.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como principal objetivo a reorganização da atenção básica no País. É baseada nos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e é vista como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho e por melhorar a situação de saúde das pessoas e coletividades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A atenção primária à Saúde é um conjunto de ações que visam promoção e proteção da saúde, bem como prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Além dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a mesma orienta-se pelos princípios de acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, responsabilização, humanização, participação social e coordenação do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A prevenção e controle de doenças crônicas como hipertensão e diabetes tem o intuito de promover aos portadores dessas afecções informações essenciais que visam à promoção da saúde e melhor qualidade de vida. A lei 8080 (1990) expõe que a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas são objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA, 2005).

Na atuação em grupos terapêuticos, deve-se levar em conta a individualidade e, ao mesmo tempo, atentar para a reação do grupo aos conteúdos. A experiência oriunda da prática representa uma vantagem do profissional de saúde que utiliza a educação em saúde como ferramenta de prevenção, promoção e reabilitação. O educador em saúde deve visar à qualidade da informação, sua recepção, forma e o quanto é compreendida pelos pacientes. A conscientização é o primeiro passo para o autocuidado (SILVA, 2005).

O médico deve possuir uma visão globalizante e crítica sobre as necessidades de saúde dos pacientes e, sobretudo, estar envolvido com o sujeito, grupos e comunidade. Como os profissionais de saúde trabalham em equipe, ressalta-se a interdisciplinaridade, ao lidar com fatores ligados aos pacientes que determinam seu estado de saúde: ambiente, biologia humana, estilo de vida e a própria organização dos serviços de saúde (SILVA, 2005).

### **1.1 História do Município**

Foi por volta de 1720 que as primeiras fazendas foram implantadas em Santana dos Montes através das sesmarias doadas pela coroa portuguesa. Recentemente descoberto, um mapa traça o trajeto entre o Morro da Paciência e a localidade de Buarque de Macedo. A mina de ouro, que se encontra abandonada no Morro da Paciência é a única indicação de exploração do ouro nas terras do Morro do Chapéu, sendo que as fazendas se dedicaram à produção de alimentos para suprir as necessidades dos garimpos vizinhos de Itaverava, Catas Altas da Noruega, Piranga e Mariana (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

Em 1729, Manuel André e Antônio Duarte Correia, os pioneiros, fizeram petição ao bispo Dom Guadalupe, no Rio de Janeiro, para que este permitisse a construção de uma capela em homenagem à Santa Ana, a ser erigida em suas propriedades, uma vez que os ofícios religiosos eram feitos na igreja de N.S. da Conceição do Campo Alegre dos Carijós, atual Conselheiro Lafaiete. O motivo alegado era que as estradas em épocas de chuva se tornavam impraticáveis até mesmo para os cavalos. O núcleo de povoamento que se deu nesta época levou o nome de Morro do Chapéu. O arraial ainda teve os nomes de Santana do Catuá, Santana do Morro do Chapéu e em 1948, como distrito de Conselheiro Lafaiete, teve o nome mudado para Santana dos Montes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

Através da Lei Estadual 2764 de 30 de dezembro de 1962, Santana dos Montes tornou-se município independente e o distrito de Joselândia, que também fazia parte

do município de Conselheiro Lafaiete, passou a integrar o município recém-criado de Santana. Fato histórico, os joselandenses nunca concordaram com essa condição de distrito, porque reivindicavam a condição de cidade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

### 1.2 Dados Geográficos e Populacionais:

O município apresenta uma área total de 196.595 km<sup>2</sup>. A concentração habitacional divide-se em área urbana com 2.292 habitantes e área rural com 1.530 habitantes, sendo a taxa de urbanização de 94,72%. O quadro 01 representa o perfil da população por idade (IBGE, 2010).

**QUADRO 01: PERFIL DA POPULAÇÃO DE SANTANA DOS MONTES POR FAIXA ETÁRIA**

IDADE HABITANTES		FAIXA ETÁRIA EM ANOS									
		<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-25	25-39	40-59	60 e +	Total
Número absoluto de habitantes	Área Urbana	15	67	174	207	216	274	314	632	393	2.292
	Área Rural	09	48	79	152	138	219	298	329	258	1.530
	Total	24	115	253	566	920	493	612	961	651	3.822

Segundo o censo realizado pelo IBGE em 2010, Santana dos Montes enquadra-se na categoria de baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), com o valor de 0,647. A média da renda familiar urbana mensal é de R\$ 366,67 e rural de R\$ 262,50.

Toda a população de Santana dos Montes possui acesso à luz elétrica. Apenas 52,92% da população tem acesso ao abastecimento de água tratada e 54,41% é contemplada pelo recolhimento de esgoto por rede pública. Todo esgoto do centro é

recolhido através de rede canalizada. Na área rural, há variação na forma de eliminação dos dejetos, sendo que a maioria da população realiza o despejo dos dejetos em águas correntes ou usam fossa seca (IBGE, 2010).

A cidade possui 06 escolas municipais, sendo que apenas uma oferece Ensino Médio. A prefeitura fornece transporte a todos os alunos, garantindo assiduidade principalmente daqueles pertencentes às áreas rurais.

Em relação à religião, a população é maioria Católica, mas há um número crescente de outras religiões, predominando a Evangélica. A Igreja Católica tem grande influência na cidade, sendo a programação religiosa da festa de Santana dos Montes que ocorre no mês de Julho o evento mais esperado do ano.

### **1.3 Sistema de Saúde local**

Há uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em Santana dos Montes e outra no distrito de Joselândia, que possuem condições de atender a população que busca o serviço diariamente.

A UBS de Santana dos Montes conta com uma recepção ampla, 07 consultórios adequadamente equipados para consultas de Clínica Geral, Pediatria, Ginecologia, Psicologia, Fisioterapia, Odontologia, Terapia Ocupacional, Nutricionista e Fonoaudiologia. Além disso, possui uma sala de enfermagem para medicação, uma sala de observação com duas macas, sala de sutura, copa e sala de depósitos. Na Unidade também funcionam outros serviços como setor administrativo, Secretaria de Saúde e farmácia.

Há também o serviço de telemedicina com disponibilidade de eletrocardiograma e recebimento do laudo em tempo real. O horário de funcionamento é das 7:00 horas às 17:00 horas, de segunda à sexta-feira.

O Município conta com 01 equipe de Programa de Saúde da Família (PSF). O PSF onde o presente trabalho está sendo desenvolvido atende 1.081 famílias, totalizando 3.822 pessoas.

O Fluxo de pacientes na rede de Média e Alta complexidade não conta com uma estrutura bem organizada. Os pacientes são encaminhados às diferentes especialidades médicas de acordo com a disponibilidade desses profissionais nas cidades vizinhas. As principais cidades que oferecem esses serviços são Lafaiete, Barbacena e Belo Horizonte.

O município possui um conselho municipal de Saúde que conta com a participação de diversos setores da sociedade. O Conselho se reúne mensalmente, sendo fundamental para o cumprimento do Controle Social preconizado pelo SUS.

## 2. JUSTIFICATIVA

Dentre as ações preconizadas pela Estratégia de Saúde da Família, a Educação em Saúde se mostra imprescindível. Educação em Saúde integra o rol de promoção e prevenção. É uma prática atribuída a todos os profissionais da Atenção Primária. Segundo Alves, espera-se que a equipe seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias, identificando situações de risco à saúde na comunidade, enfrentando em parceria com esta os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos. Desenvolvem-se, assim, laços de compromissos e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (TORRES, 2006 p. 403).

O presente trabalho se justifica devido à importância das estratégias de educação em Saúde, em especial dos grupos Operativos na Atenção Primária. “A dinâmica de Grupo é o espaço apropriado para o ensino-aprendizagem de estratégias de enfrentamento” (TRENTINI, 1996 p. 21). É importante investigar a educação em saúde por ser essa uma importante ferramenta para mudança da qualidade de vida das pessoas, da construção da autonomia dos sujeitos, por ser a hipertensão arterial e o diabetes mellitus um problema de saúde que causa risco e danos biológicos, emocionais e sociais à saúde das pessoas, além do aumento gradativo dos custos com o tratamento.

Vários estudos comprovam a importância da abordagem de agravos crônicos à Saúde através da realização da dinâmica de Grupo. Segundo Trentini, 2006, “a educação em Saúde vivenciada por um grupo de pessoas com hipertensão arterial contribui para promoção de sua saúde”. No município de Santana dos Montes há pouca participação da população nos grupos educativos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, muitas vezes devido a falta de divulgação e pela pouca interação entre os membros do PSF.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Propor a implementação de grupos educativos para Hipertensos e Diabéticos no Município de Santana dos Montes.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Conscientizar a equipe de Estratégia de Saúde da Família quanto à importância da existência de um grupo de Hipertensos.
- Estimular a participação dos membros da equipe na criação e manutenção de um grupo de hipertensos e diabéticos
- Melhorar o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos do Município
- Reduzir a demanda por consulta devido a Hipertensão e Diabetes descompensados
- Por fim, espera-se que a implementação de grupos educativos direcionado aos pacientes Hipertensos e Diabéticos deste município estimule outras ações de Educação em Saúde destinadas ao Município.

#### **4. METODOLOGIA**

Inicialmente será realizada a revisão de literatura a respeito do tema proposto em bases de dados online. Os seguintes descritores serão utilizados: Educação em Saúde, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Atenção Primária à Saúde. A partir dos dados coletados, todo o material passará pela análise do autor.

Após a revisão de literatura, será iniciado o trabalho com a equipe de Saúde com a finalidade de implementar grupos para os Hipertensos e Diabéticos do Município. Essa etapa será desenvolvida através de encontros com a equipe de Saúde Local. Estes encontros serão guiados por um roteiro pré-estruturado a partir do conhecimento dos seguintes tópicos: situação atual do município em relação à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, perfil dos Hipertensos e Diabéticos, experiência da equipe com grupos e estratégias para implantação e manutenção de atividades de Educação em Saúde. A partir do primeiro encontro com a Equipe de Saúde, serão traçadas metas com divisão de funções a cada responsável e elaboração de um cronograma para as atividades.

No segundo encontro serão planejadas as reuniões dos grupos de pacientes Hipertensos e Diabéticos. Nesta ocasião, serão discutidas as estratégias de divulgação das reuniões, atividades e dinâmicas a serem desenvolvidas nas mesmas, bem como estratégias para manutenção do grupo.

## **5. ANÁLISE SITUACIONAL**

### **5.1 Referencial teórico e importância da Educação em saúde para a promoção da saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos**

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido objeto crescente de interesse e prioridade das políticas públicas nas últimas décadas no Brasil e no mundo. A APS tem um papel crucial de porta de entrada e ordenadora de todo o sistema, correspondendo a um nível de atenção que está mais próximo das pessoas, famílias e comunidades, sendo capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde presentes em determinadas população e coordenar o conjunto de ações e serviços dos demais níveis do sistema de saúde (AQUINO *et al*).

A APS fornece atenção sobre a pessoa e não apenas para a enfermidade em si. Ela oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas. São atributos da APS:

- **Acessibilidade:** proximidade de localização do serviço da população, horários de funcionamento, grau de tolerância para aceitação de consultas sem agendamento prévio e até que ponto esses aspectos são percebidos como convenientes pela população;
- **Primeiro Contato:** acessibilidade e uso dos serviços a cada novo episódio de um problema que leva o indivíduo a buscar o cuidado de saúde;
- **Responsabilidade:** o serviço deve ser capaz de identificar a população pela qual assume responsabilidade e até que ponto esses indivíduos reconhecem que são parte da população beneficiária;
- **Continuidade:** o cuidado deve ser ofertado como uma sucessão de eventos sem interrupção. Reflete o cuidado ao paciente;
- **Coordenação (integração):** organização da entrada e da circulação no sistema de saúde. Deve haver relações estreitas entre a equipe da APS e as outras instituições e serviços. A coordenação exige continuidade e reconhecimento do problema pelo profissional;

- Integralidade: o paciente deve receber todos tipos de cuidados necessários, não apenas nos níveis secundário e terciário, mas no cuidado domiciliar e outros tipos de serviços comunitário.

O Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser entendido como uma Política de Estado construída pelas forças sociais que lutaram pela democracia e se organizaram no movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. As propostas dessa reforma fundamentaram-se em uma concepção ampliada de saúde, entendida não apenas como “ausência de doença”, senão como “bem estar físico, mental e social”, decorrente de condições de vida saudáveis com acesso adequado a alimentação, habitação, educação, transporte, lazer, segurança, emprego e serviços de saúde (AQUINO *et al*).

O princípio fundamental que articula o conjunto de leis e normas que constituem a base jurídica do processo de construção do SUS no Brasil está explicitado no artigo 196 da Constituição Federal (Brasil, 1988), que afirma: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (AQUINO *et al*).

Os princípios finalísticos do SUS são:

- Universalidade: ampliação da cobertura de ações e serviços, de modo a torná-los acessíveis a toda a população. Devem-se eliminar as barreiras econômicas e socioculturais que se interpõem entre a população e os serviços.
- Igualdade: alcançar igualdade de oportunidades de sobrevivência e desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade.
- Integralidade: diz respeito ao leque de ações possíveis voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos e a assistência aos doentes.

Nos anos de 1990, com o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), foi formulada uma política de

abrangência nacional que atribuiu à APS um papel central na organização no sistema de saúde. Atualmente essa política é apresentada pelos governos nacional, estaduais e municipais como prioritária para a organização da APS. Após quase duas décadas do início da ESF no Brasil, ela encontra-se implantada na maioria dos municípios brasileiros, cobrindo mais da metade da população (TEIXEIRA *et al*).

A ESF surge como uma forma de reorientação do modelo assistencial de saúde no Brasil, superando a atenção centrada no curativo em detrimento do cuidado preventivo. Este trabalho se dá através de uma equipe que atua em um território delimitado com população adstrita e se responsabiliza pela saúde dessa comunidade, tendo como alvo os pacientes hipertensos e diabéticos. Nesta perspectiva, a Educação em Saúde deveria potencializar as ações de prevenção e promoção à saúde, estando fundamentada em práticas reflexivas, possibilitando ao usuário ser sujeito histórico, social e político articulado ao seu contexto de vida, sob a visão de uma clínica ampliada por parte dos profissionais de saúde (TEIXEIRA *et al*).

A Educação em Saúde consiste em um dos principais elementos da promoção da saúde e, portanto, para melhores condições de vida. Embora a ESF, como uma política prioritária da atenção básica, tenha em seu processo de trabalho condições para a abordagem integral à saúde às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em especial a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM), na prática, observa-se a persistência de hábitos inadequados de alimentação e atividade física, além do tabagismo na população alvo, bem como o predomínio do cuidado centrado na medicalização.

A HAS é uma doença de alta prevalência nacional e mundial. Sua evolução clínica é lenta, possui uma multiplicidade de fatores e, quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, temporárias ou permanentes. Representa elevado custo financeiro à sociedade, principalmente por sua ocorrência associada a agravos como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônicas, doença vascular de extremidades. Sua característica crônica e

silenciosa dificulta a percepção dos sujeitos portadores do problema (Ministério da Saúde, BR).

O DM também constitui um importante problema de saúde pública, sendo considerado como epidemia global pela Organização Mundial de Saúde. É uma doença crônica de elevada taxa de morbimortalidade, pois a maioria de suas complicações torna o indivíduo incapaz de realizar atividades cotidianas, o que contribui para uma diminuição de sua autoestima, afetando sua qualidade de vida. Trata-se de um estado hiperglicêmico crônico acompanhado de complicações agudas e crônicas, que podem incluir dano, disfunção ou falência de órgãos, especialmente de rins, nervos, coração e vasos sanguíneos (COSTA *et al*, 2001).

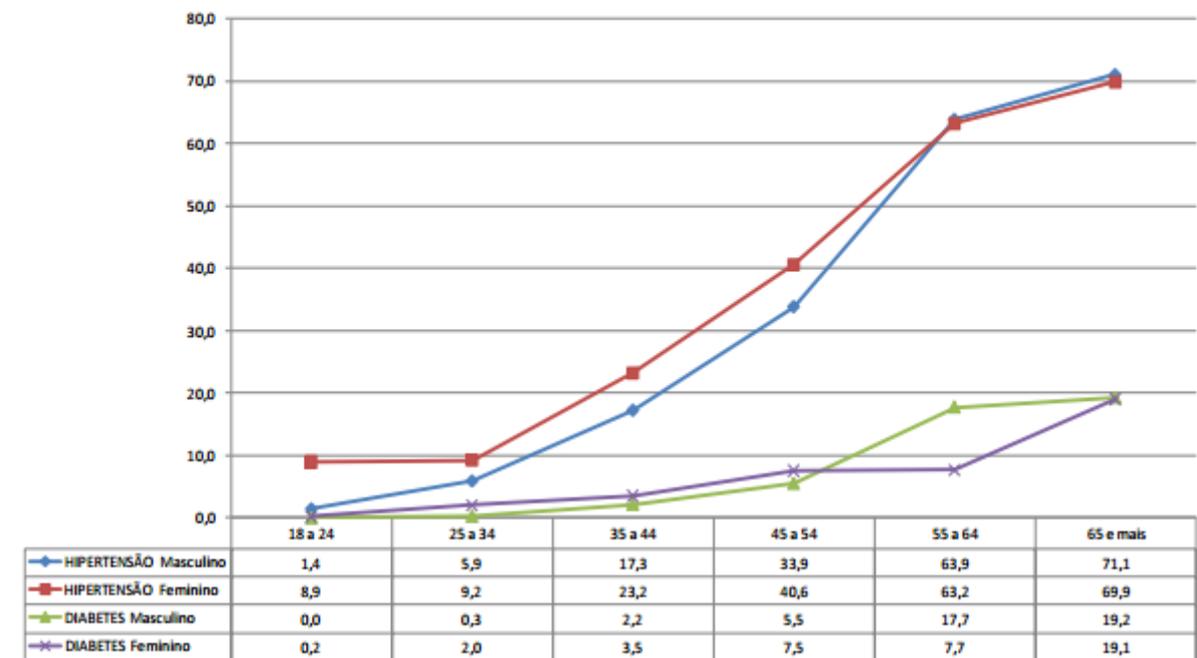
Embora estes dados sejam alarmantes, é preciso que se esclareça de que tais patologias podem ser controladas e suas complicações podem ser preveníveis desde que os pacientes envolvam-se em ações tais como uso das medicações de forma regular, controle do peso, ingestão de dieta adequada, com baixo teor de gordura saturada e colesterol e realização de atividade física.

A importância de se investir no controle e prevenção das complicações, bem como nas limitações impostas pelas doenças, emerge da necessidade de fomentar as práticas de educação em saúde. As ações educativas em saúde são processo, que objetivam capacitar indivíduos e ou grupos, de modo que, possam assumir ou ajudar na melhoria das condições de saúde da população. Devendo, portanto, oferecer condições para que as pessoas desenvolvam o senso de responsabilidade, tanto por sua própria saúde, como pela saúde da comunidade (LEVY, 2000).

Um processo educativo deve estimular o desenvolvimento de habilidades intelectuais, compartilhando responsabilidades e possibilitando ao paciente ser sujeito de seu tratamento. Nesse sentido, a educação permeia a sociedade, constituindo um elemento propulsor de acesso ao conhecimento e capacidade para tomada de decisões fundamentadas no princípio da liberdade e autonomia.

A Secretaria de Vigilância do Ministério da Saúde desde 2006 vem desenvolvendo o VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico com o objetivo de fazer o monitoramento contínuo da frequência e distribuição de fatores de risco e proteção para doenças crônicas em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. A figura abaixo representa o percentual de indivíduos que referem diagnóstico médico de HAS e DM no estado de Minas Gerais:

**Percentual de indivíduos que referem diagnóstico médico de Hipertensão Arterial e de Diabetes Mellitus, por sexo e faixa etária. VIGITEL, 2009. MINAS GERAIS**



## 5.2 Elaboração da lista de problemas

O presente trabalho foi elaborado a partir da observação ativa da realidade da Unidade de Saúde da Família do Município de Santana dos Montes pela autora em sua prática como médica da Estratégia de Saúde da Família, por meio da discussão com gestores locais, profissionais da unidade de Saúde e usuários.

O desenvolvimento da lista de problemas foi feita a partir dessa observação, podendo ser registrados os seguintes problemas:

- Baixo orçamento para financiamento das ações em Saúde.
- Poucas ações de promoção de Saúde em andamento no município.
- Rede intermunicipal de Serviços de Saúde fragmentada.
- Disponibilidade insuficiente exames e procedimentos como cirurgias a consultas com especialistas.
- Grande demanda por consultas médicas.
- Alta rotatividade de profissionais médicos no município.
- Alto índice de desemprego.
- Alto índice de analfabetismo no município, principalmente entre os idosos.
- Saneamento básico insuficiente, principalmente na zona rural.
- Consumo de drogas, associada à violência crescente no município.
- Pacientes com alta demanda por consultas, sendo que alguns são identificados como frequentadores assíduos da Unidade.
- Pouca aceitação da população nas ações desenvolvidas pelo PSF.
- Falta de serviços complementares no município, como atendimento psicológico e nutricional.
- Dificuldade de acesso da população rural à Unidade de Saúde.
- Oferta insuficiente de medicações na Farmácia Básica da Unidade.
- Alta demanda por consultas no período da manhã.
- Demora para atendimento.
- Dificuldade de comunicação com os médicos estrangeiros.

- Dificuldade no armazenamento de dados dos pacientes.
- Pouca interação entre membros da equipe do PSF.
- Agentes de Saúde pouco atuantes.

### 5.3 Escolha do problema

Nessa etapa, participaram da discussão a enfermeira da Estratégia de Saúde da Família e a Secretaria de Saúde do Município. Após a análise criteriosa da lista de problemas identificados e listados acima, procedeu-se a escolha do problema a ser trabalhado.

O método de eleição do problema envolveu os seguintes aspectos:

**“Urgência”**: Os profissionais opinaram sobre qual dos problemas deveria ser resolvido em um período menor de tempo

**“Motivação”**: Dentre os problemas listados, os profissionais deveriam escolher um problema que tivessem a vontade de resolver.

**“Resolutividade”**: Nesse caso, a modificação da situação problematizada deveria impactar nas condições de saúde da população.

Dessa forma, a prioridade foi dada para o problema identificado como: **“Poucas ações de promoção de Saúde em andamento no município”**. Segundo identificado nas discussões, percebeu-se que as ações de Saúde do município são de caráter principalmente curativo, com ênfase nas consultas médicas, procedimentos de baixa complexidade e distribuição de medicação. Não há no município, ações de promoção em Saúde, sendo a educação em saúde, ainda um desafio a ser enfrentado.

### 5.4 Descrição do problema

A “descrição do problema” consiste em expressar seus “sintomas” através de descritores objetivos e mensuráveis que permitam medir o resultado alcançado após as ações de enfrentamento. (TANCRETI, 1998, p. 41)

Foram identificados os seguintes descritores do problema:

- Falta de armazenamento dos dados dos pacientes para garantir a atenção integral dos pacientes.
- Grande número de atendimentos devido a Hipertensão e Diabetes descompensados, bem como devido a suas complicações.
- Pacientes Hipertensos, Diabéticos e Idosos com alta demanda de consultas, tornando-se frequentadores assíduos da Unidade e provocando descontentamento dos profissionais.

#### **5.4.1 Explicação do problema**

Nessa etapa, construiu-se a árvore explicativa dos problemas. Segundo Tancredi (1998), a “árvore explicativa” é construída a partir das causas dos problemas, ou melhor, das condições que geram seus descritores, e das inter-relações estabelecidas por elas.

#### **5.5 Seleção dos nós críticos**

Para a “seleção dos nós críticos”, identificam-se na árvore dos problemas as causas que, se modificadas, alteram positivamente outras causas (Tancredi, 1998, p. 43). Após análise criteriosa das causas do problema, explícita na árvore explicativa, foi possível diagnosticar três nós críticos:

- “Baixa disponibilidade de informações a respeito às condições de Saúde dos pacientes”
- “Pouco conhecimento dos pacientes de suas doenças”

- “Pouca planificação do atendimento como as consultas e visitas pela ESF”

Essas causas ou nós críticos serão os pontos de enfrentamento do problema e sobre elas serão elaboradas as propostas de ação.

### 5.5.1 Desenho das Operações

<b>Nó Crítico</b>	<b>Operação/Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos necessários</b>
Pouca planificação do atendimento como consultas e visitas pela ESF	Realização de reuniões com a equipe de Saúde para discutir estratégias de Atenção em Saúde	Motivação dos profissionais para implementação e manutenção de estratégias de Atenção em Saúde; Organização do trabalho da ESF; Diminuir a demanda das consultas dos pacientes.	Grupo educativo para Hipertensos;  Grupo educativo para Diabéticos;	Sala de reuniões;  Presença da equipe de Saúde.

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

<b>Nó Crítico</b>	<b>Operação/Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos necessários</b>
Pouco conhecimento dos pacientes de suas doenças	Realização de reuniões com a equipe de Saúde para discutir estratégias de Educação em Saúde;  Divulgação ampla das reuniões dos grupos; Medida de Glicemia e Pressão Arterial nos grupos de hipertensos e diabéticos.	Melhorar a participação da população nos grupos; Prover os participantes de conhecimentos importantes para suas condições; Melhor controle das doenças crônicas; Responsabilizar paciente pelo seu tratamento.	Grupo educativos de Hipertensos e Diabéticos.	Profissionais da equipe de Saúde; Panfletos e cartazes; Aluguel de carro de som; Equipamentos médicos para medição de glicemia capilar e pressão arterial; Espaço físico para realização de reuniões.

<b>Nó Crítico</b>	<b>Operação/Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos necessários</b>
Baixa disponibilidade de informações a respeito das condições de Saúde dos pacientes.	Criar e preencher um modelo com os principais dados da história médica dos pacientes.	Organizar o trabalho da ESF; Melhor conhecimento das condições.	Prontuários médicos com mais qualidade.	Equipe de Saúde;  Prontuários médicos.

## 5.6 Recursos Críticos

Operação/projeto	
Realizar reuniões com a equipe de Saúde para discutir estratégias de Atenção e Educação em Saúde.	Político – Sensibilizar gestores da importância das ações de Educação e Atenção em Saúde. Organizacional – Encontrar espaço na agenda dos profissionais da equipe para participarem das reuniões.
Divulgação ampla das reuniões dos grupos	Financeiro – Recursos para divulgação das reuniões dos grupos operativos através de folhetos, cartazes, anúncio na rádio local. Organizacional – Escolha de horário e local adequado para as reuniões dos grupos educacionais.
Medida de Glicemia e Pressão Arterial nos grupos de hipertensos e diabéticos	Financeiro – Aquisição de equipamentos médicos necessários. Organizacional – Profissionais responsáveis pelos exames.
Criação de grupos educativos destinados a pacientes de risco	Financeiro – Recursos para divulgação das reuniões dos grupos operativos através de folhetos, cartazes, anúncio na rádio local. Organizacional – Escolha de horário e local adequado para as reuniões dos grupos educacionais.

### 5.7 Plano Operativo

<b>Nó Crítico</b>	<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
Pouca planificação do atendimento como consultas e visitas pela ESF	Realização de reuniões com a equipe de Saúde para discutir estratégias de Educação em Saúde	Motivação dos profissionais para implementação e manutenção de estratégias de Educação em Saúde	Grupo educativo para Hipertensos; Grupo educativo para Diabéticos;	Médico; Enfermeiro	Início: 15 dias. Duração: Idefinida
Pouco conhecimento dos pacientes de suas doenças	Divulgação ampla das reuniões dos grupos; Medida de Glicemia e Pressão Arterial nos grupos de hipertensos e diabéticos	Melhorar a participação da população nos grupos; Prover os participantes de conhecimentos importantes para suas condições; Melhor controle das doenças crônicas; Responsabilizar o paciente pelo seu tratamento	Grupo educativo para hipertensos; Grupo educativo para Diabéticos; Grupo Educativo para gestantes	Médico; Enfermeiro Secretária de Saúde; Agentes de Saúde; Técnicos de Enfermagem; Próprios usuários	Início: 15 dias. Duração: Idefinida
Baixa disponibilidade de informações a respeito das condições de Saúde dos pacientes	Criar e preencher um modelo com os principais dados da história médica dos pacientes	Organizar o trabalho da ESF; Melhor conhecimento das condições	Prontuários médicos com mais qualidade	Médico; Enfermeiro; Secretária de Saúde; Agentes de Saúde Técnicos de Enfermagem; Próprios usuários	Início: 15 dias. Duração: Idefinida

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O sucesso da promoção à saúde está relacionado a determinantes políticos, econômicos, sociais e culturais nos processos de saúde. Esta pluralidade de formas de abordar a saúde permite a descoberta de caminhos possíveis para a construção de intervenções éticas e efetivas na atenção primária.

O resultado final desse trabalho surge como um modelo de integração e harmonia, no qual diversas nuances do PSF são articuladas entre si. Desta forma, busca-se concretizar a ambição de empreender uma abordagem preventiva da saúde. Espera-se que as atividades de promoção em Saúde sejam efetivamente implementadas no município de Santana dos Montes, sendo os resultados monitorados ao longo da sua execução.

## 7. 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. **Interface- Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev.2005.
2. AQUINO R, MDINA MG, NUNES CA, SOUSA MF. Estratégia Saúde da Família e Reordenamento do Sistema de Serviços de Saúde. p353-471.
3. BRASIL. Lei n. 8.080, 19 de setembro de 1990. Presidência da República. Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1990.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 84 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Portaria nº 648, de 28/03/2006 – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006a, v. 4).
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. 2011. Disponível em : <http://arquivos.sbn.org.br/pdf/vigitel.pdf>. Acesso em Dez/2015.
7. COSTA JA, BALGA RSM, ALFENAS RCG, COTTA RMM. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (3): 2001-2009, 2011.
8. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades@**, São Pedro do Suaçuí, disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=316410&search=minas-gerais%7Csaopedrodo-suacui%7Cinfogr%E1ficos:-dados-gerais-do-munic%EDpio&lang=> Acesso em 26 de Maio de 2014
9. LEVY, S. Programa educação em saúde. Disponível em: [www.saude.gov.br/programas/pes/pes/index.htm](http://www.saude.gov.br/programas/pes/pes/index.htm). Acesso em Novembro de 2015.
10. INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA LEGISLAÇÃO E DOCUMENTOS. <http://portal.inep.gov.br/web/portal-ideb/portal-ideb> Acesso em 26 de Maio de 2014.
11. Ministério da Saúde (BR). As cartas da promoção da saúde. Brasília. (DF) MS; 2001 [acesso em 2005 Set 15]. Disponível em: [http://www.saude.gov.br/bvs/conf\\_tratados.html](http://www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html)
12. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Nota Técnica, Disponível em: <http://dab2.saude.gov.br/dab/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php> Acesso em 25 de Maio de 2014

13. SILVA, J.L.L. Educação em saúde e promoção da saúde: A caminhada dupla para a qualidade de vida do cliente, Informe-se em promoção da saúde, n.1.p.03. jul-dez. 2005. Disponível em: < <http://www.uff.br/promocaodasaude/educacao.pdf>> Acessado em outubro de 2015
14. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSMG.def> Acesso em 26 de Maio de 2014
15. TANCREDI et al. Planejamento em Saúde, volume 2. São Paulo: **Faculdade de Saúde Pública da. Universidade de São Paulo**, 1998.
16. TEIXEIRA CF, SOUZA LEPF, PAIM JS. Sistema Único de Saúde (SUS): a Difícil Construção de um Sistema Universal na Sociedade Brasileira. p121-137.
17. TORRES HC, MONTEIRO MRP. Educação em saúde sobre doenças crônicas não-transmissíveis no Programa Saúde da Família em Belo Horizonte/MG. **REME Rev. Min Enferm.** 2006;10(4):402-6.
18. TRENTINI M, TOMASI N, POLAK Y. Prática educativa na promoção da saúde com um grupo de pessoas hipertensas. **CogitareEnferm** 1996;1(2):19-24.