

DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES EDUCATIVAS E RETORNO DOS GRUPOS EM SAÚDE NA UNIDADE BÁSICA BONFIM EM SÃO JOÃO DEL REI-MG

Data de aceite: 02/05/2024

Cynthia Mairink Félix da Silveira

Universidade de Brasília – UnB
São João del Rei -MG
<http://lattes.cnpq.br/2226859314839901>

André Ribeiro da Silva

Universidade de Brasília – UnB
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/5028921287123224>

RESUMO: Introdução: A baixa adesão da população às ações educativas e a falta da realização dos grupos em saúde no período pós pandemia do Coronavírus se tornaram um fator agravante para prevenção, promoção e manutenção da saúde. **Objetivo:** Desenvolvimento dos grupos de saúde, com retorno das ações educativas na Unidade Básica de Saúde Bonfim, localizada em São João Del Rei. **Metodologia:** Realizada em etapas com seleção dos agravos em saúde, utilização da Matriz Transcendência- Urgência-Capacidade (TUC) para priorização e determinação do problema-foco e definição da estrutura dos grupos de saúde. **Resultados Esperados:** Foi estabelecido o Plano de Intervenção do presente estudo para facilitar o processo de organização da

equipe e o planejamento de ações concretas.

Conclusões: Apesar das dificuldades enfrentadas pela excessiva demanda e pela necessidade da desconstrução tradicional da medicina assistencialista, as ações de promoção e o retorno dos grupos em saúde necessitam ser ampliados para servirem como ferramenta à construção de práticas de saúde efetivas.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde, Participação da Comunidade, Grupos de Saúde, Promoção da Saúde

DEVELOPMENT OF EDUCATIONAL ACTIONS AND RETURN OF HEALTH GROUPS AT THE BONFIM BASIC UNIT IN SÃO JOÃO DEL REI-MG

ABSTRACT: Introduction: The low adherence of the population to educational actions and the lack of holding health groups in the post-Coronavirus pandemic period have become an aggravating factor for prevention, promotion and maintenance of population health. **Objective:** Development of health groups, with a return to educational activities at the ESF Bonfin in São João Del Rei. **Methodology:** Performed in stages with selection of health problems, using the Transcendence-Urgency-Capacity Matrix

(TUC) for prioritization and determination of the focus problem and definition of the structure of the health groups. **Expected Results:** The Intervention Plan for this study was established to facilitate the process of organizing the team and planning concrete actions. **Conclusion:** Despite the difficulties faced by excessive demand and the need for the traditional deconstruction of welfare medicine, promotion actions and the return of health groups need to be expanded to serve as a tool for building effective health practices.

KEYWORDS: Health Education, Community Participation, Health groups and Health's Promotion

INTRODUÇÃO

O município de São João Del Rei é uma cidade histórica pertencente ao estado de Minas Gerais, na região do “*campos das vertentes*”, onde está localizada a Unidade Básica de Saúde Bonfim, cujas ações em saúde são objeto de estudo deste trabalho. Segundo censo do IBGE (2010) a população estimada em 2021 é de 90.897 habitantes comparado ao último censo de 2010 cuja população era de 84.469. A área da unidade territorial é de 1.452,002 km² e a densidade demográfica de 57,68 (hab/km²) (IBGE, 2022).

O município faz parte da Macro Região de Barbacena, possui 18 Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) cobrindo 70% da população (BRASIL, 2023a). Bonfim é um bairro com duas equipes de Estratégia de Saúde da Família: 702 e 703, atualmente a equipe da qual a autora faz parte é denominada 703. A área de abrangência da equipe 703 é dividida em seis microáreas (14/15/16/17/18/19). A unidade dispõe de consultório individual para o médico, consultório para enfermeira, sala de vacinas, sala de curativos, sala de recepção, refeitório para funcionários e consultório odontológico.

Está inserida na UBS duas Equipes de Saúde da Família (ESF), cada uma delas composta por um médico, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS), além de serviço de saúde bucal com dentista e uma auxiliar, além de psicólogo. A unidade conta, ainda, com serviço de limpeza que é realizado por funcionária específica contratada pela prefeitura e o serviço administrativo é feito pela Enfermeira Coordenadora da Equipe. Segundo dados e-SUS abril 2023 a área de atuação da ESF Bonfim 703 apresenta no total 1419 famílias adstritas perfazendo uma população de 4139 habitantes residentes no território da unidade. Dos quais, 2082 são do sexo masculino e 2057 do sexo feminino (BRASIL, 2023b).

A população apresenta diferentes agravos em saúde e ao procurar pelo serviço de atenção primária busca não só acessibilidade como também resolutividade. As principais queixas segundo dados do E-SUS da ESF Bonfim são: Exame médico Geral, Emissão de Prescrição de Repetição, Gripe, Hipertensão, Diabetes e Ansiedade Generalizada. Após reflexão da equipe de ESF sobre as principais queixas levantadas, possíveis falhas de preenchimento dos indicadores e a demanda conhecida, outros agravos em saúde foram selecionados e analisados segundo a Matriz TUC que serão demonstrados na metodologia do presente estudo.

A baixa adesão da população às ações educativas, como palestras e reuniões e a suspensão dos grupos como Hiperdia, Tabagismo, Saúde da Mulher e do Idoso, por exemplo, condição esta que foi definida no período da pandemia do Coronavírus e que persiste no cotidiano da UBS, tem se tornado um fator agravante das ações voltadas para prevenção, promoção e manutenção da saúde vistos no cotidiano.

Este problema prioritário segundo avaliação da Matriz TUC e escolhido como tema do presente estudo foi coletado por meio do diagnóstico de percepção pessoal e da equipe de saúde da UBS e é um problema atual que abrange os profissionais de saúde e a comunidade. Sem um plano de estratégia para atingir a população e aumentar sua participação quanto aos projetos educacionais voltados à prevenção e promoção de saúde, menores os resultados do cuidado longitudinal e integralizado, além da maior dificuldade de acesso à população quanto ao autocuidado.

O agravo em saúde como mencionado foi observado após promovermos uma palestra sobre Hipertensão e Diabetes dentro da UBS e ter uma pequena participação, quase nula. Diante desse momento conversamos a respeito da baixa adesão da população sobre as atividades educativas que são realizadas e refletimos sobre o motivo pelo qual a população não vem aderindo. Notamos que devido ao alto fluxo de demanda e aos poucos momentos de realização de eventos de saúde educativa, a população acaba não firmando uma relação próxima com os profissionais de saúde e esse baixo vínculo afasta os cidadãos.

OBJETIVOS

Propõe-se o desenvolvimento dos grupos de saúde, com retorno das ações educativas na Unidade Básica de Saúde Bonfim, localizada em São João Del Rei.

Objetivos Específicos

1. Organizar e implementar ações educativas regularmente na UBS;
2. Retornar os grupos de saúde como Hiperdia/ Saúde da Mulher/ Saúde do Idoso entre outros;
3. Promover encontros com a equipe multidisciplinar, a fim de elaborar conteúdos abordando diversos temas relacionados às atividades educativas e apresentá-los em diferentes locais de fácil acesso como, escolas, igrejas, Unidades Básicas de Saúde, grupos de educação física, entre outros.
4. Conscientizar a população acerca da relevância da participação nas atividades de educação em saúde e nos grupos de saúde, além de realizar a divulgação dos eventos educativos pelos canais de comunicação locais.

Justificativa

Por essa razão, justifico a seleção do problema de pesquisa com base na minha experiência profissional e no dia a dia da UBS/ESF, com foco e ênfase em ações educativas e desenvolvimento de grupos em ação e saúde. Ao longo desse percurso, pude observar que a falta de grupos de saúde, a redução das atividades educativas e a diminuição da participação da comunidade tiveram um impacto negativo na saúde da população em análise por meio dos indicadores do Previne Brasil, por exemplo.

Compreendo que é de suma importância implementar um processo de educação contínua que estimule o desenvolvimento de estratégias e atividades educativas, como reintroduzir os grupos de saúde, para garantir um atendimento contínuo e integral, bem como prevenir complicações relacionadas às suas condições, levando em consideração as necessidades específicas identificadas em cada contexto e situação.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, definiu a saúde como um “estado completo de bem-estar físico, mental e social”. Essa definição, amplamente difundida no campo da saúde, foi um marco nas discussões sobre promoção da saúde. No entanto, apesar de abranger diferentes aspectos da saúde e representar um avanço na sua definição, essa concepção também recebeu críticas de profissionais de saúde e pesquisadores, considerando sua inviabilidade devido à busca utópica por um “bem-estar completo” para cada indivíduo. Essa perspectiva também levanta questionamentos sobre como determinar e alcançar esse estado ideal de saúde, além de gerar uma maior dependência dos sistemas de saúde (Segre; Ferraz, 1997).

Nessa perspectiva, a discussão sobre promoção da saúde abarca o reconhecimento de que a saúde é um processo em constante construção. Para sustentá-la, é essencial adotar um conceito abrangente de saúde, que vá além da mera ausência de doença ou do paradigma tradicional da medicina assistencialista. Trata-se de uma reinterpretação do que é fundamental para garantir uma vida plena, levando em consideração as fragilidades e potencialidades tanto do indivíduo quanto de suas coletividades (SANTOS; ROS, 2016).

A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) define os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) como um conjunto de fatores socioeconômicos, étnico-culturais, psicológicos e comportamentais que influenciam os riscos à saúde da população. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2011, conceitua de forma mais direta esses determinantes como as condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. Esses determinantes são o foco das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos pelos sistemas de saúde, uma vez que estão intimamente ligados às situações de vulnerabilidade. O objetivo é reduzir as desigualdades e iniquidades em saúde (Segre; Ferraz, 1997).

No Brasil, a desigualdade social e econômica continua sendo um problema significativo e predominante. No entanto, a promoção da saúde ainda recebe pouca atenção em estudos científicos e é pouco aplicada nos centros de saúde. Isso ocorre devido ao enfrentamento do modelo tradicional da medicina, que se concentra na doença e adota uma abordagem assistencialista, além de uma educação em saúde que, geralmente, é conduzida de forma hierárquica, não priorizando o desenvolvimento da autonomia dos indivíduos. Essa realidade reflete em uma baixa participação nas estratégias de saúde, resultando em um impacto limitado no desenvolvimento social do país (CARNEIRO et al., 2012).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), estabelecida em 2006 pela Portaria MS/GM nº 687, tem passado por redefinições desde então, reafirmando o compromisso do Estado Brasileiro em ampliar e qualificar as ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), reestruturando o desenvolvimento dessas ações na Atenção Primária à Saúde e na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Os valores e princípios instituídos pela PNPS desempenham um papel essencial em suas ações de promoção da saúde (BRASIL, 2018), que incluem: “a) reconhecer a subjetividade das pessoas e dos coletivos no processo de atenção e cuidado em defesa da saúde e da vida; b) considerar a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça e a inclusão social como valores fundamentais para sua concretização; c) adotar como princípios a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrasetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade”.

Nesse contexto, a educação em saúde desempenha um papel fundamental no processo de promoção da saúde e prevenção de doenças e seus agravos. É essencial que essa educação adote metodologias ativas, as quais capacitam as pessoas a se tornarem mais autônomas, o que é indispensável para promover efetivamente a saúde. Dessa forma, elas poderão promover mudanças necessárias em seus próprios hábitos de vida e buscar uma melhor qualidade de vida dentro dos determinantes sociais de saúde (BUSS, 2000). Afinal, a educação em saúde é um dos principais recursos para viabilizar a promoção da saúde na atenção primária à saúde no Brasil.

A equipe de profissionais de saúde desempenha um papel fundamental na prestação de serviços de saúde de qualidade, para isso, é primordial que sejam capacitados e atualizados. Além disso, a colaboração e o trabalho em equipe são instrumentos fundamentais, como destacado por Alves, Boehs e Heidemann (2012). Através de uma comunicação efetiva e uma escuta ativa, a equipe deve ser capaz de identificar os problemas enfrentados pela população, levando em consideração a natureza multifatorial do processo de saúde-doença, bem como os fatores epidemiológicos.

Para alcançar os objetivos da educação em saúde, é crucial compreender a diferença entre promoção e prevenção em saúde, que muitas vezes são confundidas e tratadas como sinônimos. No caso da prevenção em saúde, trata-se de um conjunto de recursos com o objetivo de controlar as doenças e seus agravos para alcançar a saúde, baseando-se na compreensão da relação saúde-doença. De acordo com o estudo de Dias, Silveira e Witt (2009), exemplos de prevenção em saúde incluem o controle alimentar dos hipertensos e diabéticos, prática de atividades físicas, a vacinação, a prevenção de quedas em idosos, exames pré-natais e preventivos, entre outros temas relacionados a doenças. Essas atividades são fundamentais para a manutenção da saúde e a informação é um requisito prévio para a promoção de mudanças.

A promoção da saúde tem sido objeto de diferentes interpretações e conceitos ao longo do tempo, tanto no Brasil quanto no mundo, como destacado por Brasil (2021). Atualmente, o conceito de promoção da saúde está consolidado por meio da política de promoção de saúde. O Ministério da Saúde (MS) define a promoção da saúde como “uma estratégia do setor de saúde para melhorar a qualidade de vida da população” (BRASIL, 2021). Isso implica em um conjunto de ações em que os determinantes sociais da saúde desempenham um papel fundamental no impacto sobre a qualidade de vida das pessoas. Portanto, é fundamental reconhecer os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e implementar estratégias que atuem nesses aspectos individuais e coletivos (BRASIL, 2021).

Entretanto, é importante compreender a evolução das bases conceituais e políticas da promoção da saúde. De acordo com um breve contexto histórico construído por HEIDMANN et al. (2006), a Carta de Ottawa, resultante da 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada no Canadá em 1986, introduziu uma nova perspectiva sobre a promoção da saúde. Essa perspectiva é caracterizada como um “processo de capacitação da comunidade para melhorar sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo”.

Esse documento se tornou uma referência para as subseqüentes Conferências Internacionais de Promoção da Saúde organizadas pela OMS (Adelaide, 1988; Sundswall, 1991; Bogotá, 1992; Jacarta, 1997; México, 2000, Bangkok, 2005). É importante destacar que esse conceito foi elaborado como resposta às desigualdades socioeconômicas globais e ganhou maior força nos últimos vinte anos.

Nesse contexto, a Carta de Ottawa representou um marco na promoção da saúde e na sua implementação no campo da saúde. Sua definição abrange diversas áreas de atuação, como políticas públicas saudáveis, criação de ambientes propícios à saúde, reorientação dos serviços de saúde, capacitação comunitária e fortalecimento da participação popular. O objetivo é desenvolver habilidades individuais e coletivas para aumentar a autonomia da sociedade e alcançar a saúde de seus membros (HEIDMANN et al., 2006).

Remetendo ao contexto nacional, a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 estabeleceu a saúde como um direito social irrevogável, como os demais direitos humanos e de cidadania. Em 1988, a Constituição Federal instituiu o SUS, assegurando a universalidade do sistema de saúde e a implantação de políticas públicas em defesa da vida (DIAS et al., 2018). Os princípios norteadores do SUS de acesso universal, integralidade da assistência, equidade, igualdade e ampla participação social, foram fundamentais para o desenvolvimento da promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde.

O conceito ampliado de saúde foi incorporado à Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, 1990) do SUS, buscando superar a concepção de saúde como mera ausência de doença, centrada apenas em aspectos biológicos. Dessa forma, a promoção da saúde também é influenciada por um contexto histórico e político de luta no país, e tem sido uma prioridade desde o processo de redemocratização do Brasil.

A Política Nacional de Promoção da Saúde do SUS veio consolidar práticas voltadas para o trabalho multidisciplinar e intersetorial, considerando a autonomia e a singularidade dos indivíduos, seus territórios e contextos nos quais estão inseridos. Os objetivos fundamentais da PNPS são ações articuladas para promover mudanças nos processos de planejamento, execução e análise do trabalho em saúde, ampliando o potencial de saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2018).

Fundamentado no amplo conceito de saúde e no contexto da atenção básica no Brasil, (SANTOS et al., 2006) destaca que o trabalho com grupos de saúde é uma atribuição da equipe na Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo organizado por meio dos representantes e responsáveis pelas equipes, com recursos materiais, profissionais e sociais e sob a influência dos determinantes de saúde de uma população levando em consideração todas as particularidades multidimensionais da saúde lembradas acima.

Os grupos em saúde têm como objetivo criar um modelo de intervenção coletiva e multidisciplinar para auxiliar na promoção em saúde e um espaço de participação cooperativa de seus membros e desenvolvimento da autonomia, processo este em que seus sujeitos ampliam suas capacidades de fazer escolhas de forma livre e esclarecida (SANTOS et al., 2006).

Assim, esse espaço proporciona oportunidades de interação social baseadas no diálogo e no respeito às diferenças, permitindo a troca de experiências e a disseminação de conhecimento entre usuários e profissionais de saúde. Essas interações visam promover mudanças de comportamento, responsabilização, cidadania e consciência do direito à vida em condições dignas. Além disso, esses grupos representam uma construção social e política, valorizando os diversos saberes e oferecendo a possibilidade de intervenção crítica no processo de saúde-doença de cada pessoa, beneficiando tanto os usuários como os profissionais de saúde (SOUZA et al., 2005).

O trabalho em saúde realizado pelos grupos na Atenção Básica reflete a diversidade de práticas desenvolvidas pelos programas implantados de acordo com as diretrizes nacionais, abrangendo crianças, gestantes, portadores de doenças crônicas degenerativas, puericultura, pré-natal e planejamento familiar. Além disso, são realizadas atividades em sala de espera, oficinas terapêuticas e em grupos específicos de saúde sanitária e epidemiológica. Essas abordagens adequadas permitem compreender as situações enfrentadas pelos indivíduos e pela coletividade, apresentando maior eficácia no enfrentamento dos determinantes de saúde (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Diante da análise da revisão de literatura a respeito do tema selecionado e mediante sua relevância faz-se necessário o retomo dos grupos de educação em saúde na UBS Bonfim- SJDR, os quais foram suspensos devido à pandemia do Coronavírus. O objetivo dessa reorganização é promover a efetividade desses grupos na prevenção de doenças e promoção da saúde da população atendida.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo vem sendo desenvolvido na UBS Bonfim em São João Del Rei-Minas Gerais, com profissionais de saúde que compõem a equipe Estratégia de Saúde da Família (ESF) dessa UBS como médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários, seus usuários cadastrados e com o apoio da equipe multiprofissional como psicólogo e nutricionista.

Para atingir o objetivo principal tal estudo foi realizado em etapas sendo a primeira delas a seleção e análise de 10 agravos em saúde enfrentados pela equipe com a utilização de dados epidemiológicos da plataforma E-SUS e discussão sobre os mesmos pelos profissionais envolvidos na ESF Bonfim, demonstrados no Quadro 1.

AGRAVOS	
1	Baixa adesão da população às ações educativas
2	Baixo controle dos Hipertensos e Diabéticos devido ao não retorno dos grupos pós Pandemia
3	Menor número de Agentes Comunitários de Saúde na Equipe de Saúde
4	Equipe pouco capacitada em relação ao registro correto dos indicadores Previne Brasil
5	Renovação de receitas sem a presença do paciente
6	Falta de cobertura pela ESF para todo o Município
7	Baixa adesão a atendimentos em Saúde Bucal
8	Elevado número de consultas de demanda espontâneas
9	Uso exacerbado de medicação controlada e aumento de transtornos pós pandemia
10	Crescimento dos bairros e microáreas com aumento da demanda assistencial

QUADRO 1- Os 10 principais problemas enfrentados na UBS-Bonfim:

Fonte: Autoria própria, 2023.

Em seguida, foram estabelecidos os descritores de cada problema para o aprofundamento da análise de cada agravo em saúde segundo o Quadro 2 abaixo.

PROBLEMAS	DESCRITORES
Baixa adesão da população às ações educativas	Dado coletado pela percepção da equipe, no qual nota-se pouca realização de ações educativas e baixa promoção do autocuidado e participação popular
Baixo controle dos Hipertensos e Diabéticos devido ao não retorno dos grupos pós Pandemia	Sem plano de retorno para os Grupos em Saúde como Hiperdia pela UBS, dados epidemiológicos demonstram baixo controle das Doenças Crônicas
Menor número de Agentes Comunitários de Saúde na Equipe de Saúde	Equipe com desfalque de ACS e relato de baixo incentivo a ocupação do cargo com permanência de áreas da ESF descobertas de profissionais e deficiência na assistência à população
Equipe pouco capacitada em relação ao registro correto dos indicadores Previne Brasil	São necessários cursos constantes de atualização e capacitação da equipe para o preenchimento correto dos Indicadores do Previne Brasil pela plataforma E-SUS
Renovação de receitas sem a presença do paciente	Detectado por percepção da Equipe, no qual observa-se a necessidade de realizar grupos de receita no qual o paciente seja avaliado a cada 6 meses.
Falta de cobertura pela ESF para todo o Município	Congestão da estrutura da ESF com desassistência da população, dificuldade de formação de vínculo e baixa promoção de saúde e prevenção de doenças.
Baixa adesão a atendimentos em Saúde Bucal	Baixos encaminhamentos para atendimento da saúde bucal e pouca orientação a respeito da mesma
Elevado número de consultas de demanda espontâneas	Crescimento do atendimento descontinuado e focado na prática assistencialista.
Uso exacerbado de medicação controlada e aumento de transtornos pós pandemia	Agravado pelo isolamento social do período de pandemia nota-se o aumento do uso de medicação controlada, bem como dificuldade do desmame.
Crescimento dos bairros e microáreas com aumento da demanda assistencial	Aumento da procura pelos serviços de saúde que não estão previstos pela equipe de ESF, contribuindo para sobrecarga, desorganização e exoneração do sistema.

QUADRO 2- Problemas e seus descritores segundo análise da ESF da UBS-Bonfim:

Fonte: Autoria própria, 2023.

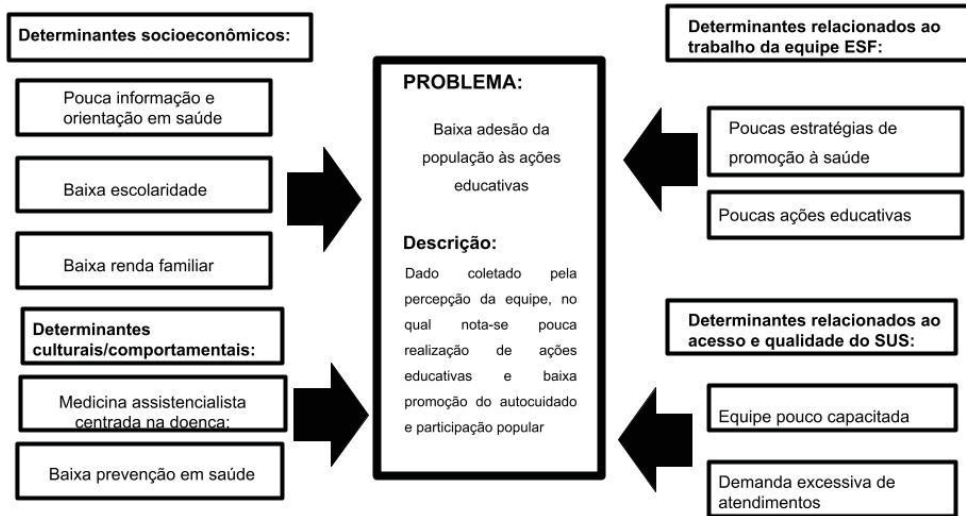
Por fim, por meio da utilização da Matriz Transcendência- Urgência- Capacidade (TUC), foi possível priorizar tais condições levando à definição do projeto de intervenção do trabalho aqui demonstrado, evidenciado no Quadro3.

Problema	Transcendência (T)	Urgência (U)	Capacidade (C)	Total (TXUC)
1-Baixa adesão da população às ações educativas	10	10	10	30
2-Baixo controle dos HAS/ DM devido ao não retorno dos grupos pós Pandemia	10	10	9	29
3-Menor número de Agentes Comunitários de Saúde na Equipe de Saúde	10	10	8	28
4-Equipe pouco capacitada em relação ao registro correto dos indicadores Previne Brasil	10	10	7	27
5-Renovação de receitas sem a presença do paciente	9	7	9	25
6-Falta de cobertura pela ESF para todo o Município	9	8	8	25
7-Baixa adesão a atendimentos em Saúde Bucal	8	8	8	24
8-Elevado número de consultas de demanda espontâneas	8	8	8	24
9-Uso exacerbado de medicação controlada e aumento de transtornos pós pandemia	8	8	8	24
10-Crescimento dos bairros e microáreas com aumento da demanda assistencial	8	7	6	21

QUADRO 3- Escore dos agravos em ordem decrescente segundo Matriz TUC:

Fonte: Aatoria própria, 2023.

Nota-se após avaliação da matriz TUC que os 3 principais problemas em saúde são agravos que se complementam e suas causas e consequências estão alinhadas, exigindo um trabalho conjunto e consequente melhoria de ambos. Assim, foi realizado a determinação causal do problema prioritário selecionado “baixa adesão da população às ações educativas”, diagnóstico que surgiu da percepção pessoal e da equipe de saúde da UBS Bonfim no período pós pandemia observado no Fluxograma do Quadro 3 a seguir.



QUADRO 3: FLUXOGRAMA DE DETERMINAÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO

Fonte: Autoria própria, 2023.

Dessa forma, vem sendo realizado reuniões quinzenais com toda a equipe com enfoque na estruturação dos temas das ações educativas, da divisão de responsabilidades da equipe e na organização dos grupos, na definição do local de reunião de cada um deles e também no feedback, reflexão e reestruturação após final de cada ação para eventuais melhorias no processo.

As ações realizadas neste estudo visam o retorno dos grupos em saúde com o foco em educação, promoção em saúde, prevenção de doenças e participação popular que estavam suspensas devido ao período da pandemia do Coronavírus. Dessa forma, após diálogo com a equipe, a segunda etapa de planejamento das ações visa o retorno de 3 grupos iniciais: Gestantes e Puérperas; Hipertensos e Diabéticos e Tabagismo com reuniões mensais em cada grupo.

Os grupos acontecerão de forma mensal conforme planejamento, com duração por volta de 60-120 minutos, onde um profissional da saúde (médico, nutricionista, psicólogo, educador físico) aborda um tema escolhido e abre para debate e participação do grupo. Como acordado com a equipe as reuniões serão organizadas em formas de roda para aproximação e igualdade dos membros, permitindo um momento de troca de experiências e o desenvolvimento de autonomia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante as reuniões com a equipe de saúde, foi possível constatar que o entendimento do grupo sobre promoção da saúde está alinhado com o referencial teórico apresentado neste trabalho. Ficou claro que a promoção da saúde não se resume ao tratamento de doenças e a distinção entre prevenção e sua abordagem biológica e promoção e sua abordagem social e psicológica foi evidenciada. Os aspectos relacionados à promoção, que foram discutidos, envolvem amplos fatores biopsicossociais como condições de vida e de cidadania, a valorização do diálogo, o fortalecimento da autonomia e a conscientização do cidadão, entre outros (Segre; Ferraz, 1997).

Diante da relevância do tema abordado no presente estudo e do agravo selecionado, entendemos que a Unidade Básica de Saúde exerce papel fundamental na promoção de saúde e não se pode negligenciar tais ações. Dessa forma foi criado o Plano de Intervenção demonstrado no Quadro 4 abaixo.

Problema: Baixa adesão da população às ações educativas				
Objetivo: Aumentar o número de ações educativas, promover conscientização da população sobre sua participação e retornar com os grupos de saúde como Hiperdia.				
Meta de Resultado: Realizar ações quinzenais e nos meses de referência (exemplo: Outubro Rosa e Novembro Azul) e realizar reuniões mensais com os grupos de saúde.				
Ações do tipo Beta	Meta de Produto	Responsável	Prazo	Início e Fim
Reuniões com a equipe	Inicialmente realizar reuniões quinzenais para definir o plano de intervenção. Em seguida, discutir estratégias de ação, melhorias e dificuldades.	Médica, Enfermagem, Técnicos de Enfermagem, ACS, equipe multiprofissional como psicólogo e nutricionista.	1 ano	01/08/2023-01/08/2024
Fazer uma busca ativa dos pacientes HAS/DM	Atualizar os cadastros da população HAS/DM para retornar os grupos Hiperdia e um melhor acompanhamento	ACS	2 meses	01/08/2023-01/10/2023
Reuniões dos Grupos de Saúde	Retorno inicial dos Grupos do Hiperdia, Tabagista e Gestantes/Puérperas com reuniões mensais	Médica, Enfermagem e equipe multiprofissional como psicólogo e nutricionista.	1 ano	01/08/2023-01/08/2024
Divulgação das atividades e aumento da participação popular	Busca ativa, divulgação de panfletos na UBS e nas visitas domiciliares, divulgar nas redes sociais da prefeitura e secretaria de saúde	ACS, Médica, Enfermagem, Técnicos de Enfermagem.	1 ano	01/08/2023-01/08/2024

QUADRO 4- Plano de Intervenção:

Fonte: Autoria própria, 2023.

Os resultados alcançados até o presente momento do projeto de intervenção vem sendo restringidos devido a certas dificuldades enfrentadas no processo de intervenção que compõem os outros agravos de saúde levantados inicialmente nesta pesquisa. Entre eles estão a demanda excessiva de atendimentos, agravado pela falta de cobertura pela ESF no município e o crescimento dos bairros e microáreas com aumento da demanda assistencial; o desfalque de ACS nas áreas de abrangência que dificultam a divulgação das ações e geram um menor vínculo com a população, por exemplo.

Dessa forma, com o Plano de Intervenção estabelecido, facilita o processo de organização da equipe e o planejamento de ações concretas para, assim, desenvolver a autonomia dos grupos e indivíduos, ouvir atentamente a comunidade para compreender suas necessidades, resgatar e aprender com o conhecimento que a população possui e enxergar a saúde como um todo, de modo que esses conhecimentos possam se disseminar. Sabemos que temos muitos desafios e estamos realizando esforços diários para conseguir realizar de fato essas ações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que o retorno das reuniões da equipe da ESF, das ações educativas e dos grupos de saúde, bem como a participação e autonomia popular é essencial para a real promoção em saúde que é peça fundamental da composição da Política Nacional de Saúde do Brasil e função básica da ESF como mencionado na fundamentação teórica.

Para isso, a equipe de saúde deve ser engajada e com a união dos esforços alcançar o propósito do presente projeto. Como citado: “O trabalho em equipe não é idealizado como uma simples superposição de profissionais em um mesmo espaço ou serviço de saúde. Longe disso, ele se caracteriza, teoricamente, pela relação interativa entre os trabalhadores, que trocam conhecimentos e se articulam para a produção de saúde da comunidade, relacionando e interagindo dimensões complementares de trabalho. Dessa perspectiva, há a primazia pela interdisciplinaridade e pela construção de projetos coletivos” (VIEIRA; CORDEIRO, 2005).

Nosso objetivo para 2023-2024 é que os grupos de saúde retornem e se efetivem, criando uma conscientização na população sobre a importância da promoção da saúde, da participação em ações educativas e do resgate do senso de coletividade na sociedade em que vivemos.

REFERÊNCIAS

ALVES, L.H.S.; BOEHS, A.E.; HEIDEMANN, I.T.S.B. A percepção dos profissionais e usuários da Estratégia de Saúde da Família sobre os grupos de promoção da saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis; v. 21, n. 2, p. 401-8, 2012.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. 2023a. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/> Acesso em JUL 2023.

BRASIL. Estratégia E-SUS Atenção Primária. 2023b. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anexo I da Portaria nº 2, de 28 de setembro de 2017. Política Nacional de Promoção da Saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2018.

BRASIL. CARNEIRO, A.C.L.L.; DE SOUZA, V.; GODINHO, L.K.; DE FARIA, I.C.M.; SILVA, K.L.; GAZZINELLE, M.F. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 2, p. 115-20, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Promoção da Saúde. Aproximações ao Tema. **Ministério da Saúde**, Brasília-DF, Caderno 1, 2021.

DIAS, M.S.A.; DE OLIVEIRA, I.P.; DA SILVA, L.M.S.; VASCONCELOS, M.I.O.; MACHADO, M.F.A.S.; FORTE, F.D.S.; DA SILVA, L.C.C. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 103-114, 2018.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 5, n. 1, P.163-177, 2000

HEIDEMANN, I.T.S.B.; DE ALMEIDA, M.C.P.; BOEHS, A.E.; WOSNY, A.M.; MONTICELLI, M. Promoção em saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis; v. 15, n. 2, p.352-8,2006.

DOS SANTOS, S.K.Z.; DA ROS, M.A. Ressignificando Promoção de Saúde em Grupos para Profissionais da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 2, p.189 – 196, 2016.

DOS SANTOS, L.M.; DA ROS, M.A.; CREPALDI, M.A.; RAMOS, L.R. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p.346-52, 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. 221-27,2009.

DE SOUZA, A.C.; COLOMÉ, I.C.S.; COSTA, L.E.D.; DE OLIVEIRA, D.L.L.C. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 26, n.2, p. 147-53, 2005.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/sao-joao-del-rei.html>. Acesso em Jul 2023.

SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 538-42, 1997.