

Cuidados com a Saúde Autosseleccionados pelos Usuários da Atenção Primária

Health Initiatives Self Selected by Users of Primary Healthcare

Christina Danielli Coelho de Morais Faria^{I,II}

Bárbara Paula de Barros Carvalho-Pinto^I

Caroline Teles de Andrades Pereira^{I,II}

Raíssa Soares Neves da Costa^{I,II}

Vinycios Sergio de Castro^{I,II}

Tânia Cinara Rodrigues Nunes^{I,II}

Daniela de Melo Alvim Machado^{I,II}

Iara Nascimento Sales^{I,II}

RESUMO

Este estudo descreve as mudanças em cuidados com a saúde que usuários da atenção primária escolheram adotar após participarem de uma ação de educação em saúde sobre cuidados com a saúde e determinar o grau de comprometimento desses usuários com essas mudanças autoestabelecidas. Foi desenvolvida uma ação de educação em saúde com usuários da atenção primária sobre cuidados com a saúde. Os indivíduos foram avaliados imediatamente após esta ação e dois a três meses depois, por meio de um questionário semiestruturado. Os relatos foram analisados pela análise de conteúdo. Entre os participantes, 31% tiveram como objetivo praticar atividade física, 28% melhorar a alimentação, 22,9% cuidar da saúde mental, 12,6% emagrecer, 10,3% cuidar da saúde em geral, 6,9% consumir menos álcool, 4,6% parar de fumar, e 1,15% cuidar do meio ambiente. Após dois a três meses, 8,62% não se lembraram e não cumpriram as metas autoestabelecidas, 22,41% as cumpriram totalmente, e 68,97%, apesar de se lembrarem, não as cumpriram. Desses, 77,5% apontaram como motivo para o não cumprimento a falta de disciplina, 17,5% a falta de tempo e 5% problemas de saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to describe changes in self-care to be adopted by users of primary healthcare services in Brazil upon participation in a health education initiative, and to determine their involvement with these changes. A health education initiative was therefore developed with users of primary healthcare services in Brazil, with subjects assessed immediately afterwards and then two to three months apart (by means of a semi-structured questionnaire). Analyzed according to content analysis, reports showed that 31% of participants selected physical activity as a means of improving their health, 28% selected improving food habits, 22.9% improving mental care, 12.6% losing weight, 10.3% healthcare in general, 6.9% drinking less alcohol, 4.6% quitting smoking and 1.15% caring for the environment. After two to three months, 8.62% did not remember which they had selected to improve their health while 22.41% performed the selected initiative and 68.97% remembered their selection without going on to take the actions. Among participants, 77.5% claimed not to have been committed to the actions selected, 17.5% reported not having time and 5% said they suffered from health problems.

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica;
- Saúde Pública;
- Autocuidado;
- Educação em Saúde;
- Atenção Primária à Saúde;
- Promoção da Saúde.

KEYWORDS

- Medical Education;
- Public Health;
- Self Care;
- Health Education;
- Primary Healthcare;
- Health Promotion.

Recebido em: 13/07/2015

Aprovado em: 13/01/2016

^I Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

^{II} Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil

INTRODUÇÃO

Um novo conceito relacionado à saúde vem sendo criado desde a década de 1940, quando se iniciou o uso do termo promoção da saúde e começou a se considerar que a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura e formas de distração e descanso à população¹. Desde então, tal conceito vem se tornando mais amplo e inclusivo. A partir da década de 1970, a saúde foi definida como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções², substituindo a antiga visão biológica, curativa e reducionista. Assim, a concepção de saúde evoluiu gradativamente, tornando-se mais holística, igualitária e universal³.

A promoção da saúde é a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida. Ao se promover a saúde, proporcionam-se aos indivíduos os meios necessários para melhorar e exercer o autocuidado. Um dos princípios da promoção da saúde é o empoderamento, definido como o processo educativo destinado a ajudar o indivíduo a desenvolver conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento necessários para assumir efetivamente a responsabilidade pelas decisões acerca de sua saúde⁴.

Com o empoderamento, é possível que os indivíduos sejam capazes de viver a vida em seus distintos âmbitos e de lidar com limitações impostas por eventuais enfermidades, o que sugere que estas ações devem ser realizadas em diversos lugares, entre os quais a escola, o domicílio, o trabalho e os coletivos comunitários⁵. Indivíduos mais interessados, autônomos, envolvidos e empoderados interagem de forma mais eficaz com os profissionais de saúde, praticando ações que produzem resultados positivos para o cuidado à saúde e para a qualidade de vida⁶. A promoção da saúde deve, portanto, fortalecer a participação social, buscando a equidade e o empoderamento individual e comunitário⁷.

Segundo Cerqueira⁸, a promoção da saúde abrange a dimensão conceitual, que se refere a princípios, premissas e conceitos que sustentam a política, e à dimensão metodológica, que abrange práticas, planos de ação e medidas de intervenção. Os princípios são muito bem delimitados, o que, no entanto, nem sempre é válido para a prática. Os planos de ação dificilmente traduzem os princípios de forma coerente e eficaz.

A Educação Popular em Saúde é um dos instrumentos que reorienta práticas de promoção à saúde e tem buscado romper com a tradição autoritária e normalizadora da relação entre os serviços de saúde e a população⁹. Com a sua criação, verificou-se o surgimento de novas propostas para tratar os problemas

de saúde, marcadas pela integração entre os saberes técnico e popular e por mútua colaboração^{10,11}. Além disso, é necessário conhecer os indivíduos aos quais se destinam as ações de saúde e envolvê-los nessas ações, pois a educação deve reforçar a confiança do indivíduo nele mesmo e aumentar a responsabilidade individual e coletiva. Assim, é necessário ir além da reprodução do saber técnico e das práticas verticais que visam apenas transmitir conhecimentos prontos sobre saúde e qualidade de vida¹².

A fim de que os indivíduos assumam o controle sobre os fatores que afetam suas condições de vida, é necessário que eles conheçam e participem do que pode ser feito para promover a sua saúde geral, utilizando iniciativas simples e importantes, que podem ser realizadas no dia a dia. É preciso, também, romper com a visão de medicalização da saúde, que expressa o enfoque reducionista da abordagem à saúde¹³, e reconstruir de forma consciente um pensamento voltado para a prevenção de doenças e agravos e para a promoção da saúde, utilizando para isso métodos de educação em saúde que permitam tal modificação. Dessa forma, a abordagem educacional deve possibilitar uma aprendizagem transformadora, em que indivíduos e comunidade construam atitudes que favoreçam a saúde e sua promoção, em favor de suas vidas diárias e do seu desenvolvimento pessoal e coletivo¹².

Desde a década de 1970, vários projetos de intervenção populacional foram desenvolvidos com o objetivo de promover mudanças comportamentais que fossem capazes de melhorar o cuidado com a saúde¹⁴, criando relações de vínculo e responsabilização e, principalmente, a promoção da saúde⁶. Um dispositivo capaz de viabilizar a promoção da saúde é a educação em saúde, que permite que os indivíduos se envolvam no próprio cuidado, tornando-os corresponsáveis pela melhora da sua condição de vida e permitindo que eles tenham a autonomia e o empoderamento necessários para efetivar as ações de promoção da saúde¹⁵. Para que haja fortalecimento de tais ações e melhoria dos cuidados, é necessária uma articulação entre os indivíduos e os serviços de saúde, principalmente a atenção primária de saúde, que se apresenta como cenário favorável ao desenvolvimento de ações intersetoriais, de participação social e de empoderamento do indivíduo e do coletivo¹⁵⁻¹⁷.

Assim, com o objetivo de favorecer a promoção da saúde e o empoderamento, especificamente relacionado aos fatores pessoais, utilizando-se o modelo dialógico de educação popular em saúde¹⁵ e sob uma concepção integral de autocuidado, os objetivos deste estudo foram descrever as mudanças em cuidado com a saúde que usuários da atenção primária escolheram adotar após terem recebido informações gerais e

básicas sobre cuidados em saúde e determinar o grau de comprometimento desses usuários com essas mudanças autoestabelecidas.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo teve caráter transversal exploratório e foi realizado com uma amostra de conveniência de usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do distrito sanitário nordeste da cidade de Belo Horizonte/Brazil. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Este estudo faz parte de um projeto de pesquisa da linha temática de Promoção da Saúde, Prevenção de Agravos e Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) articulado ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) da UFMG, realizado em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O grupo tutorial em questão, composto por uma tutora, professora do Departamento de Fisioterapia da UFMG, por quatro preceptores (médicos e enfermeiros) da UBS e nove acadêmicos de cursos de graduação da área da saúde (Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia), planejou e desenvolveu o projeto “Circuito da Saúde”, voltado para a promoção da saúde dos usuários da UBS, que foi realizado em um espaço próximo à sala de espera da UBS. Abordado no espaço físico da UBS, o usuário que desejou participar voluntariamente foi acompanhado por um acadêmico do Pró-Saúde/PET-Saúde pelo “Circuito da Saúde”, onde discutiram e trocaram informações básicas, de forma verbal e ilustrada, relacionadas a diferentes cuidados com a saúde. Em seguida, os usuários foram orientados a selecionar um cuidado com a saúde a ser adotado e a estabelecer metas individuais relacionadas a este cuidado, baseando-se nas informações fornecidas.

Considerando a amplitude e complexidade de discussão do tema “saúde”, além do caráter multidisciplinar do grupo tutorial, determinou-se previamente que seriam abordados cinco temas, denominados “Estações da Saúde”: Alimentação, Atividade Física, Bem-Estar, Autocuidado e Meio Ambiente (Figura 1). Para maior uniformização do conteúdo discutido e para adequar as apresentações das estações a uma linguagem de fácil compreensão, os acadêmicos criaram um roteiro com as informações a serem discutidas com os participantes do circuito e ilustraram as diferentes “Estações da Saúde”.

Cada usuário da UBS que concordou em participar voluntariamente do “Circuito da Saúde” participou de cinco etapas: (1) uma entrevista, feita pelo acadêmico do Pró-Saúde/PET-

-Saúde, para a coleta de dados sociodemográficos e de auto-percepção de saúde, com base em um questionário semiestruturado (avaliação-1); (2) discussão entre acadêmico e usuário sobre o conceito de saúde; (3) passagem pelas cinco “Estações da Saúde”, com discussão e troca de informações básicas sobre cuidados com a saúde em cada uma delas; (4) segunda avaliação (avaliação-2), realizada logo após a passagem pelas “Estações da Saúde”, para a coleta de algumas informações, dentre elas a seleção de uma mudança que o indivíduo realizaria ao longo do ano no sentido de melhorar a sua saúde (autoestabelecimento da meta de melhora da saúde); (5) avaliação-3, dois a três meses após o dia em que ocorreram as quatro etapas anteriores. Nesta última avaliação, o indivíduo foi questionado se lembrava da mudança selecionada na avaliação-2, se conseguiu realizá-la parcial ou completamente, com justificativa. As cinco etapas do “Circuito da Saúde” foram realizadas pelo mesmo acadêmico e respectivo usuário que ele havia abordado inicialmente.



As respostas às perguntas mencionadas na avaliação-2 e avaliação-3 foram analisadas por metodologia qualitativa. O método utilizado foi o de análise de conteúdo, seguindo as etapas propostas por Bardin¹⁸: pré-análise, exploração do material, categorização, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Dessa forma, de início, os questionários foram exaustivamente estudados com o objetivo de se encontrarem recorrências nas respostas, as quais funcionaram como indicadores para agrupar as citações em categorias temáticas que emer-

giram com base nos conteúdos das respostas. Estas citações foram analisadas e agrupadas em categorias temáticas por meio das quais se classificou o material estudado¹⁸. Essas categorias permitiram melhor compreensão e organização das citações dos indivíduos em cada uma das perguntas, favorecendo as interpretações e análises finais^{18,19}. Finalizada a categorização e interpretação dos resultados, foi realizado um cálculo de frequência das categorias referente a cada uma das perguntas. Para as demais variáveis, foi realizada análise estatística descritiva, utilizando-se o pacote estatístico SPSS® para Windows (Versão 17.0, SPSS Inc., Chicago, Illinois, EUA).

RESULTADOS

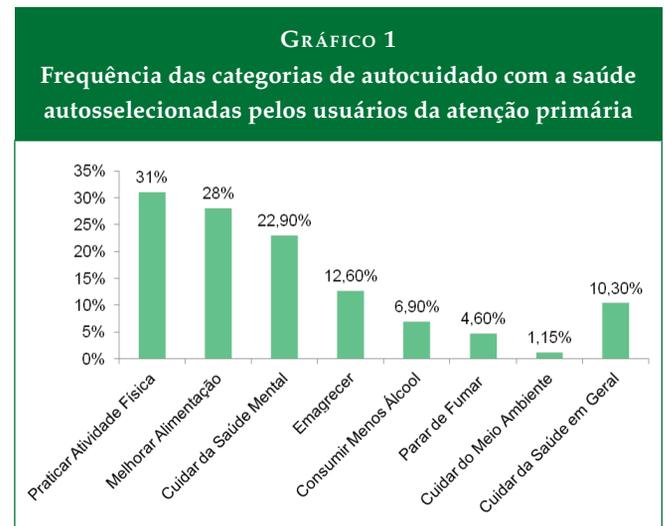
Cento e quatro usuários da UBS participaram do “Circuito da Saúde”. Destes, 10 (9%) participantes não puderam completar todo o circuito e, portanto, não responderam às perguntas de interesse deste estudo. Dos 94 participantes que completaram todo o circuito, 7 (7,7%) não quiseram apontar o cuidado com a saúde que desejariam modificar. As justificativas apresentadas foram a ausência de hábito para estabelecer metas, medo de se comprometer ou ausência de relação com as suas crenças.

Dessa forma, 87 participantes (43,57 ± 16,10 anos; 23% homens e 77% mulheres) completaram as cinco etapas e foram incluídos no presente estudo. Desses, 33,3% apresentavam diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e 8% de diabetes *mellitus* (DM). Os outros diagnósticos médicos apareceram em frequência menor que 5% e, portanto, não foram destacados. Com relação à autopercepção de saúde, a maioria dos indivíduos (55%) a classificou como “boa”, seguida de regular (24%), excelente (14%), ruim e péssima (3,5% cada).

Com base na análise de conteúdo das respostas de cada participante, emergiram oito categorias distintas de cuidados com a saúde a serem adotados: praticar atividade física; melhorar a alimentação; cuidar da mente; emagrecer; consumir menos álcool; parar de fumar; cuidar do ambiente; cuidar da saúde em geral. Embora o acadêmico solicitasse aos participantes que apontassem apenas um cuidado com a saúde, alguns apontaram mais de um. Vinte e sete (31%) participantes tiveram como objetivo praticar atividade física; 25 (28%) melhorar a alimentação; 20 (22,9%) cuidar da saúde mental; 11 (12,6%) emagrecer; 9 (10,3%) cuidar da saúde em geral; 6 (6,9%) consumir menos álcool; 4 (4,6%) parar de fumar; e 1 (1,15%), cuidar do meio ambiente (Gráfico 1).

Após busca ativa pelos acadêmicos do Pró-Saúde/PET-Saúde, dos 87 usuários que completaram a avaliação-2, apenas 58 participaram da avaliação-3 após um período de dois a três meses (44,95 ± 15,13 anos de idade; 20,7% homens e 79,3%

mulheres). Os motivos pelos quais 29 usuários (33,33%) não participaram desta etapa foram: ausência de respostas nas tentativas de contato realizadas, mudança de telefone, mudança de endereço ou não se disponibilizaram a participar voluntariamente da reavaliação. Dos 58 que participaram da avaliação-3, ao serem questionados se lembravam de quais foram os cuidados com a saúde autosseleccionados, 41 (70,7%) se lembraram imediatamente, 10 (17,24%) se lembraram com ajuda e 7 (12,06%) não se lembraram, mesmo com ajuda.



Na segunda pergunta da avaliação-3, o participante foi questionado sobre seu comprometimento com a meta autoestabelecida individualmente para melhorar a saúde. Dos 58 que participaram desta etapa, 5 (8,62%) não se lembraram e não cumpriram os cuidados com a saúde autosseleccionados, 13 (22,41%) cumpriram totalmente o objetivo estabelecido, e 40 (68,97%) não cumpriram totalmente. Desses 40 usuários que não cumpriram totalmente, 77,5% disseram que não tiveram disciplina, 17,5% não tiveram tempo e 5% tiveram problemas de saúde que os impediram de cumprir as metas previamente autoestabelecidas.

DISCUSSÃO

Os objetivos deste estudo foram descrever as mudanças em cuidado com a saúde que usuários da atenção primária escolheram adotar após terem recebido informações gerais e básicas sobre cuidados em saúde e determinar o grau de comprometimento desses usuários com essas mudanças autoestabelecidas. As mudanças em cuidado com a saúde que os usuários da atenção primária escolheram adotar foram classificadas em oito categorias, sendo as mais citadas (totalizando 92,2%): pra-

ticar atividade física, melhorar a alimentação, cuidados com a saúde mental e cuidados com a saúde em geral. O grau de comprometimento com a mudança autoestabelecida após dois a três meses da ação de educação em saúde ocorreu em aproximadamente um terço dos indivíduos.

Considerando os dados sociodemográficos e de autopercepção de saúde coletados na avaliação-1, os participantes, em sua maioria, eram mulheres, adultas, sem doenças associadas e com “boa” autopercepção da saúde. A doença mais comumente relatada foi a HAS (33,3%), seguida da DM (8%). Essas características se assemelham àquelas observadas em outros estudos realizados com usuários do SUS no Brasil^{20,21}. Já foi demonstrado que as mulheres buscam com maior frequência os serviços de saúde, principalmente na faixa entre 20 e 59 anos e na atenção básica. As justificativas para isso estão relacionadas a barreiras socioculturais (homem visto como um ser forte, viril e, portanto, sem vulnerabilidade aos problemas de saúde) e institucionais (por exemplo, o horário de funcionamento das unidades coincide com o horário das jornadas de trabalho)²². Com relação à autopercepção de saúde, indivíduos com características semelhantes às da maioria dos indivíduos que participaram deste estudo (mulheres, adultas e sem doenças associadas) comumente a classificam como “boa”^{20,23}. Na presença de alguma doença associada, as mais comumente relatadas são HAS e DM^{24,25,26}, como observado no presente estudo.

Houve maior preocupação dos usuários com a prática regular de exercícios físicos e também com a melhoria dos hábitos alimentares, mesmo após terem recebido orientações sobre outros tipos de cuidado com a saúde. Isto pode estar relacionado ao grande número de participantes com HAS e DM, doenças que apresentam como importantes fatores de risco o sedentarismo e as questões metabólicas^{27,28}. Além disso, esses cuidados com a saúde são profunda e frequentemente explorados pelos meios de comunicação. Entretanto, o cuidado com a saúde não deve ser restrito apenas a alguns cuidados, nem deve focar apenas questões preventivas e de recuperação da saúde; ele deve ir além da intervenção de fatores de risco presentes no processo saúde-doença, envolvendo aspectos econômicos, sociais e ambientais²⁹.

Em relação ao comprometimento dos participantes, observou-se que, mesmo após terem recebido orientações simples sobre cuidados com a saúde, a maioria não assumiu de forma efetiva a execução dessas ações. Apenas 22% dos indivíduos disseram que se comprometeram efetivamente com as suas metas. Percebe-se, assim, que há dificuldades em tornar os indivíduos cogestores do próprio cuidado, principalmente quando este se relaciona à promoção da saúde. Porém, o pro-

fissional de saúde deve buscar educar o paciente de modo que este possa se capacitar para identificar suas próprias aspirações e satisfazer suas necessidades, tornando-se corresponsável por suas ações de saúde. Outra dificuldade encontrada foi relacionada ao comprometimento dos indivíduos com a ação realizada. Dos 87 usuários que completaram a avaliação-2, apenas 58 participaram da avaliação-3, que ocorreu com um intervalo de dois a três meses. Portanto, houve uma perda amostral de quase 35%. Este resultado sinaliza a necessidade de intensificar e realizar estas ações sistematicamente.

Por outro lado, é importante considerar que os 22% dos indivíduos que afirmaram ter se comprometido efetivamente com as suas metas representam cerca de um quinto dos participantes. Estes indivíduos, após participarem de uma proposta simples de educação em saúde, que praticamente não envolveu nenhum custo financeiro direto e foi feita em menos de 60 minutos, passaram a realizar efetivamente ações relacionadas ao cuidado com a saúde e escolhas saudáveis sobre suas vidas. Dessa forma, o “Circuito da Saúde”, como ação de educação em saúde, de fato marcado pela troca de saberes técnico e popular¹¹, possibilitou que os usuários falassem sobre suas concepções e processos de cuidado que vivenciaram ou vivenciam, permitindo uma reflexão por parte desses indivíduos e a definição de ações que desejavam realizar para a efetiva melhora do cuidado com a saúde. Assim, para alguns usuários, o “Circuito da Saúde” foi um instrumento capaz de reorientar as práticas de promoção de saúde¹⁰, promovendo a conscientização dos usuários que se comprometeram efetivamente com as suas metas, uma vez que os cuidados em saúde realizados não foram orientações dadas pelos profissionais, mas, sim, aspirações dos próprios usuários.

Deste modo, bons resultados no campo da educação em saúde podem contribuir para diminuir a procura dos usuários pela unidade de saúde, proporcionando-lhes maior satisfação com seu autocuidado³⁰. Destaca-se, então, a importância da educação em saúde como estratégia de promoção da saúde neste processo de conscientização individual e coletiva de responsabilidades e de direitos à saúde, estimulando ações que atendam aos princípios do SUS; e que as ações de educação em saúde sejam capazes de abranger a participação da população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer³¹.

O “Circuito da Saúde” foi uma iniciativa simples e de baixo custo financeiro, que teve como objetivo favorecer a promoção à saúde dos usuários da atenção primária, com uma proposta que foi realizada com as pessoas e os próprios recursos da UBS. Além disso, ele foi desenvolvido com base nos princípios que a Organização Mundial da Saúde (OMS) reco-

nhece como metodologias para promoção à saúde: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multiestratégicas e sustentabilidade³².

A concepção holística pressupõe que a promoção da saúde envolve a população como um todo no contexto do seu dia a dia, em vez de focar grupos de risco para doenças específicas³³, buscando entender a saúde como um processo que possui vários determinantes, como o biológico, o socioeconômico, o político, o ambiental e o psicológico, e não saúde somente como ausência de doença²⁰. O projeto “Circuito da Saúde” foi planejado sob esta concepção e primou por abranger os determinantes da saúde em temas amplos, como os temas definidos para as “Estações da Saúde”, bem como os mais diferentes perfis de usuários (diferentes idades, doenças existentes, profissões, nível educacional). Deste modo, o “Circuito da Saúde”, como ação de promoção da saúde, tentou enfatizar a concepção holística, cujo significado deve englobar a determinação social, econômica e ambiental mais do que puramente a visão biológica da saúde^{29,34-36}.

O “Circuito da Saúde” foi uma iniciativa de um grupo local, que poderia ter utilizado a integração com outros serviços de saúde para obter maior divulgação e abrangência do projeto. Uma vez que a intersetorialidade consiste na integração dos serviços de saúde e outros órgãos públicos com a finalidade de direcionar políticas e programas para promoção da saúde individual e coletiva³⁷, o “Circuito da Saúde” não alcançou tal princípio de forma efetiva. Ao refletir a possibilidade de manutenção do circuito e/ou criação de novas ações em educação em saúde, a intersetorialidade deve ser incorporada em tais ações, trazendo ganhos para a população, para a organização logística das ações definidas, bem como para a organização das políticas públicas centradas em determinados territórios, permitindo ampliar saberes e superar a fragmentação^{35,38}.

Tendo em vista que o projeto “Circuito da Saúde” oferecia informações básicas de saúde aos usuários de forma a permitir que eles remodelassem o conceito de saúde com base em suas próprias vivências, instigando-os a refletirem sobre a sua atual condição de saúde, pode-se dizer que o empoderamento foi o principal enfoque desse projeto. Possivelmente, o projeto permitiu o fortalecimento da autoestima e da capacidade de adaptação ao meio³⁹ ao incluir este indivíduo na discussão sobre conceitos básicos de saúde, bem como ao lhe dar a possibilidade de escolher uma ação que promoveria mudanças em sua própria saúde. Assim, ao delegar ao usuário a responsabilidade sobre si mesmo por meio do estabelecimento de suas metas e pelo estímulo ao comprometimento com tais metas, pode-se ter criado a ideia da existência efetiva de poder³⁹. Entretanto, medidas relacionadas à autoestima e de existência

efetiva de poder não foram mensuradas e, portanto, estas são apenas hipóteses levantadas que podem justificar os resultados obtidos.

A participação social é um dos princípios do SUS, cuja atenção primária à saúde tem um papel importante no seu incentivo por meio do estímulo à criação de espaços em que a população tenha poder na organização, gestão e controle de ações e serviços de saúde¹⁵. Nesse sentido, o “Circuito da Saúde” se estabeleceu em conformidade com a participação social ao criar na UBS um espaço que permitiu o diálogo e a participação ativa dos usuários durante a discussão sobre os conceitos de saúde e seus cuidados, tornando-os, também, responsáveis pela condução do circuito. A discussão de temas como os determinantes de saúde, a concepção e as necessidades de saúde⁴⁰, ao longo do circuito, possibilitou a integração e o compartilhamento dos conhecimentos de profissionais da saúde e usuários, estimulando e facilitando a participação social.

Alcançar a equidade em saúde é um dos objetivos da promoção da saúde, que consiste em reduzir diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos para que os indivíduos se tornem capacitados para cuidar da saúde⁴¹. Esse princípio não sugere que os indivíduos sejam tratados igualmente, mas, sim, o contrário: devem-se considerar todas as características individuais a fim de garantir que os indivíduos tenham acesso às oportunidades de promoção à saúde, independentemente de sua condição financeira, aspectos educacionais ou culturais⁴². Considerando tal princípio, a passagem pelo “Circuito da Saúde” foi individual e realizada apenas após uma discussão inicial com cada participante sobre o conceito de saúde. Com isso, o acadêmico teve a oportunidade de fazer uma abordagem com equidade, dando mais explicações a quem precisava de mais informações, da forma adequada às características de cada um.

O princípio das ações multiestratégicas pressupõe o envolvimento de diferentes disciplinas e diz respeito à combinação de métodos e abordagens variados, que incluem o desenvolvimento de políticas, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitário, questões legislativas, educacionais e do âmbito da comunicação³⁶. Assim, tendo em vista que o “Circuito da Saúde” foi realizado com participação multidisciplinar a fim de complementar e integrar os saberes e teve como proposta trabalhar com determinantes de saúde de ordem geral (alimentação, atividade física, bem-estar, autocuidado e meio ambiente), percebe-se que tal princípio foi contemplado adequadamente.

Finalmente, a sustentabilidade abrange a necessidade de promover o princípio do desenvolvimento sustentável e garantir um processo duradouro e forte⁴³. O “Circuito da Saúde”,

planejado e realizado por um grupo dentro da UBS, necessita do envolvimento de todos os demais profissionais do CS para que possa ter maior abrangência e ser ainda mais difundido e duradouro, podendo ainda ser aplicado a diferentes ambientes, como outros centros de saúde, centros de convivência ou escolas. Além disso, grupos operativos, como forma efetiva de implementar ações de promoção da saúde, podem ser criados para abordar os assuntos apresentados no circuito de forma mais aprofundada, dinâmica e contínua, possibilitando a educação e a promoção da saúde dos usuários da atenção primária. Já é conhecida a eficácia destes grupos operativos na melhora da saúde e da qualidade de vida dos usuários da atenção primária^{43,44}. Os resultados do presente estudo apontam a necessidade de desenvolver programas de educação em saúde direcionados à promoção da saúde de forma contínua e sistematizada na atenção primária e que tenham como foco o autocuidado em saúde, para que ações como as realizadas no presente estudo possam ocorrer ininterruptamente e envolver um número maior de usuários.

CONCLUSÃO

Por meio de uma ação simples de educação em saúde na atenção primária à saúde, como o “Circuito da Saúde”, foi possível viabilizar questões relacionadas à promoção de saúde e empoderamento. A troca de informações entre acadêmicos de cursos de graduação da área da saúde e usuários do SUS permitiu que estes desenvolvessem conhecimento necessário para identificar mudanças em cuidados com a saúde que desejassem adotar para melhorar suas condições de vida. Praticar atividade física e melhorar a alimentação foram os cuidados com a saúde que os indivíduos mais apontaram. O grau de comprometimento com a mudança autoestabelecida após dois a três meses da ação de educação em saúde ocorreu em aproximadamente um terço dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Seminário Nacional do Multiplica SUS. Brasília, nov. 2006. A saúde nos municípios antes da Reforma Sanitária e o impacto do SUS nos municípios. [Internet]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/O_SUS_nos_municipios.pdf>. Acesso em: 19 nov 2015.
2. World Health Organization. Constitution of The World Health Organization. [Internet]. Disponível em: <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>>. Acesso em: 22 set 2015
3. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1:018055.
4. Feste C, Anderson RM. Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Educ Couns* 1995;26(1-3):139-44.
5. World Health Organization. Health promotion. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986. [Internet]. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>. Acesso em: 15 set 2015.
6. Wagner EH. Chronic disease management: What will take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1998;1(1):2-4.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3ª ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília- DF, 2010.
8. Cerqueira MT. Promoción de la Salud y Educación para la Salud: retos y perspectivas. In: Arroyo HV, Cerqueira MT (edit.). *La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial*. Puerto Rico, OPS/UIPES, 1997:7-43.
9. Smeke ELM, Oliveira NLS. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: Vasconcelos, EM, organizador. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec; 2001.
10. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.
11. Câmara AMCS, Melo VLC, Gomes MGP, Pena BC, Silva AP, Oliveira KM, et al. Percepção do processo saúde-doença: Significados e valores da educação em saúde. *Rev Bras Educ Med* 2012;36(Supl.1):40-50.
12. Lopes R, Tocantins FR. Health Promotion and Critical Education. *Interface* 2012;16(40):235-46.
13. Barros JAC. Pensando o Processo saúde doença: A que responde o modelo biomédico? *Saúde Soc* 2002;11(1):67-84.
14. Silva LS, Cotta RMM, Rosa COB. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica* 2013;34(5):343-50.
15. Carneiro ACLL, Souza V, Godinho LK, Faria ICM, Silva KL, Gazzinelli MF. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. *Rev Panam Salud Publica* 2012;31(2):115-20.
16. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002;288(14):1775-9.

17. Souza MB, Rocha PM, Sá AB, Uchoa SAC. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. *Rev Panam Salud Publica* 2013;33(3):190-5.
18. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2004.
19. Abre NS, Baracho ES, Tirado MGA, Dias RC. Qualidade de vida na perspectiva de idosos com incontinência urinária. *Rev Bras Fisioter* 2007;6(11):429-436.
20. Azevedo GPGC, Friche AAL, Lemos SMA. Autopercepção de saúde e qualidade de vida de usuários de um Ambulatório de Fonoaudiologia. *Rev Soc Bras Fonoaudiol* 2012;17(2):119-27.
21. Novais M, Martins CB, Cechin J. Perfil dos beneficiários de planos e SUS e o acesso a serviços de saúde-PNAD 2003 e 2008. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2010. 14p. Disponível em: <http://www.iess.org.br/html/TDIESS00352010PNAD003_2008.pdf>. Acesso em: 6 de outubro, 2015.
22. Alves RF, Silva RP, Ernesto MV, Lima AGB, Souza FM. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicol Teor Prat* 2011;13(3):152-66.
23. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Ciênc saúde coletiva* 2012;17(2):3353-62.
24. Silva TR, Feldmam C, Lima MHA, Nobre MRC, Domingues RZ. Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma unidade básica de saúde. *Saude Soc* 2006;15(3):180-9.
25. Brasil, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Diretoria de Pesquisas; Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
26. Lopes ACS, Toledo MTT, Câmara AMCS, Menzel HJK, Santos LC. Condições de saúde e aconselhamento sobre alimentação e atividade física na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte-MG. *Epidemiol Serv Saude* 2014;23(3):475-86.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica- Diabetes Mellitus. *Cadernos de Atenção Básica*, nº36. Brasília-DF, 2013.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica- Hipertensão Arterial Sistêmica. *Cadernos de Atenção Básica*, nº37. Brasília-DF, 2013.
29. Roseiro MNV, Takayanagui AMM. Novos indicadores no processo saúde-doença. *Saúde* 2007;33(1):37-42.
30. Dias VP, Silveira DT, Witt RR. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. *Rev APS* 2009;12(2):221-7.
31. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciênc Saúde Colet* 2007;12(2):335-42.
32. World Health Organization. Health promotion evaluation: recommendations to policymakers. European Working Group on Health Promotion Evaluation, Copenhagen, 2000.
33. World Health Organization. Health promotion: concepts and principles. A selection of papers presented at Working Group on Concepts and Principles. Regional Office for Europe, Copenhagen:1984.
34. Figueiredo MC, Faustino-Silva DD, Bez AS. Autopercepção e conhecimento sobre saúde bucal de moradores de uma comunidade carente do município de Porto Alegre-RS. *ConScientiae Saúde* 2008;7(1):43-8.
35. Freira AB. Saúde, Educação, Qualidade de Vida. *ConScientiae Saúde* 2008;7(2):221-5.
36. Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface* 2003;7(12):91-112.
37. Ministério da Saúde. *Cadernos HumanizaSUS*. Volume 1. Formação e intervenção. Brasília (DF). 2010.
38. Nascimento S. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. *Serv Soc Soc* 2010;101:95-120.
39. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cad Saúde Pública* 2004;20(4):1088-95.
40. Silva MA, Oliveira AGB, Mnadu ENT, Marcon SRI. Enfermeiros e grupos em PSF: Possibilidade para participação social. *Cogitare Enferm* 2006;11(2):143-9.
41. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Série: B. Textos Básicos em Saúde. Brasília-DF, 2002.
42. Portal da Saúde. Promoção da Equidade em Saúde. [Internet]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1592>. Acesso em: 20 set 2014
43. Lin JS, O'Connor EA, Evans CV, Senger CA, Rowland MG, Groom HC. Behavioral Counseling to Promote a Healthy Lifestyle for Cardiovascular Disease Prevention in Persons With Cardiovascular Risk Factors: An Updated Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2014.

44. Baena CP, Olandoski M, Younge JO, Buitrago-Lopez A, Darweesh SK, Campos N et al. Effects of lifestyle-related interventions on blood pressure in low and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *J Hypert* 2014;32(5):961-973.

FINANCIAMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – Fapemig (APQ-02772-13); Ministério da Saúde, Brasil (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) articulado ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde – da Universidade Federal de Minas Gerais).

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

- Christina DCM Faria contribuiu com a concepção, o planejamento, a organização, e o desenvolvimento do projeto de pesquisa, desenvolvimento do material para a coleta dos dados, análise dos dados, interpretação dos resultados, estruturação do manuscrito, escrita do manuscrito, revisão crítica do seu conteúdo e aprovação da sua versão final.
- Bárbara PB Carvalho-Pinto contribuiu com a análise dos dados, interpretação dos resultados, estruturação do manuscrito, escrita do manuscrito, revisão crítica do seu conteúdo e aprovação da sua versão final;
- Caroline T Andrade e Raíssa SN Costa contribuíram com o desenvolvimento do projeto de pesquisa, coleta dos dados, elaboração do banco de dados, interpretação dos resultados, escrita do manuscrito e aprovação da sua versão final;
- Vinícius S Castro Nunes contribuiu com a concepção, o planejamento e o desenvolvimento do projeto de pesquisa, de-

envolvimento do material para a coleta dos dados, interpretação dos resultados, escrita do manuscrito, revisão crítica do seu conteúdo e aprovação da sua versão final;

- Tânia CR Nunes contribuiu com a concepção, o planejamento e o desenvolvimento do projeto de pesquisa, desenvolvimento do material para a coleta dos dados, interpretação dos resultados, escrita do manuscrito, revisão crítica do seu conteúdo e aprovação da sua versão final;
- Daniela M A Machado contribuiu com a concepção, o planejamento e o desenvolvimento do projeto de pesquisa, desenvolvimento do material para a coleta dos dados, interpretação dos resultados, escrita do manuscrito, revisão crítica do seu conteúdo e aprovação da sua versão final;
- Iara N Sales contribuiu com a concepção, o planejamento e o desenvolvimento do projeto de pesquisa, desenvolvimento do material para a coleta dos dados, interpretação dos resultados, escrita do manuscrito, revisão crítica do seu conteúdo e aprovação da sua versão final.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Christina Danielli Coelho de Morais Faria
UFMG – Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional – Departamento de Fisioterapia
Av. Antônio Carlos, 6627 – Campus Pampulha – Belo Horizonte
CEP 31270-901 – MG
E-mail: chrismoraisf@yahoo.com.br / cdcmf@ufmg.br