

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**NÉLI GUIDOTTI DE VARGAS**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE A POPULAÇÃO RURAL DE ENCRUZILHADA DO SUL-RS:  
RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PROJETO SAÚDE INTERIOR**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**NÉLI GUIDOTTI DE VARGAS**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE A POPULAÇÃO RURAL DE ENCRUZILHADA DO SUL-RS:  
RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PROJETO SAÚDE INTERIOR**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção: Doenças crônicas não transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Ma. Orientadora: Beatriz Estuque Scatolin**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **EDUCAÇÃO EM SAÚDE A POPULAÇÃO RURAL DE ENCRUZILHADA DO SUL-RS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PROJETO SAÚDE INTERIOR** de autoria da aluna **NÉLI GUIDOTTI DE VARGAS** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças crônicas não transmissíveis.

---

**Profa. Ma. Beatriz Estuque Scatolin**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
2014

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus filhos, Vinícius e Marina que sabem que se meu amor é também feito de ausências, nem por isso é menor, menos terno e nem tão pouco atento, amo vocês...

## **AGRADECIMENTOS**

A minha família pela compreensão e apoio nas horas e horas de leitura e escrita.

A equipe de Saúde Interior pela parceria e determinação neste projeto.

A Secretaria de Saúde de Encruzilhada do Sul, que apoia e dá subsídios para este tão sonhado projeto.

A minha orientadora Profa. Ma. Beatriz Estuque Scatolin pela infindável paciência e incentivo.

Muito obrigado!

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>4</b>
<b>3. MÉTODO.....</b>	<b>8</b>
<b>4. RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>17</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>24</b>
<b>6. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>25</b>

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1.</b> Mapa de localização do Município de Encruzilhada do Sul/RS no Estado. ....	<b>9</b>
<b>Figura 2.</b> Mapa do Município de Encruzilhada do Sul e seus limites. ....	<b>9</b>
<b>Figura 3.</b> Mapa da zona rural do Município de Encruzilhada do Sul dividido por Microáreas. ....	<b>10</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Cronograma de deslocamento da equipe de saúde do município de Encruzilhada do Sul, Projeto Saúde Interior/2014. ....	<b>15</b>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1.** Perfil populacional da zona rural do Município de Encruzilhada do Sul – RS. **13**

## RESUMO

Doenças crônicas como o Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial, são consideradas hoje um grande desafio para os sistemas de saúde, haja vista o alto custo para o tratamento em casos de complicações. O objetivo deste trabalho é o relato de experiência da primeira educação em saúde da equipe de saúde do município de Encruzilhada do Sul-RS, através do Projeto Saúde Interior. Tal projeto tem como objetivo principal realizar encontros nas 24 microareas localizadas na Zona Rural deste município para realização de educação em saúde e busca ativa de possíveis indivíduos portadores de condições crônicas. O relato trata do encontro realizado em 06/03/2014 na localidade de Dom Marcos, tendo como foco abordar o tema Colesterol e Triglicerídeos, devido à alta incidência de dislipidemia evidenciada nos exames laboratoriais desta população. Participaram do encontro 21 pessoas. Após a apresentação dos slides do assunto, foi feita uma plenária onde os participantes relataram os alimentos que mais utilizam na sua dieta, sendo orientados aos quais podem substituí-los para evitar aumento das taxas de colesterol e triglicerídeos. Ao término da atividade a equipe realizou uma breve avaliação do encontro, onde detectaram que apesar da população local estar com expectativa de realizar consulta médica na oportunidade do encontro, todos compreenderam o objetivo e a importância da ação na prevenção de doenças, incentivando a equipe de saúde a prosseguir com Projeto Interior tendo a certeza de estar levando a cada comunidade o conhecimento e a importância do sujeito, e das suas escolhas como determinantes da sua saúde.

**Descritores:** Educação em Saúde; Doença Crônica; Autocuidado.

## 1. INTRODUÇÃO

A condição crônica Diabetes Mellitus é considerada uma epidemia mundial, sendo um dos grandes desafios para o sistema de saúde, pois é uma doença metabólica complexa, multifatorial e de presença global que afeta a qualidade de vida dessa população (OLIVEIRA, 2006). Da mesma forma, a Hipertensão Arterial é uma condição crônica que afeta milhões de pessoas no mundo todo e também se caracteriza como um desafio por ter um diagnóstico difícil pela ausência de sintomas, além de apresentar fatores genéticos e familiares, seu aparecimento também está relacionado ao estilo de vida inadequado (REQUIÃO et al., 2007).

De acordo com Toscano (2004) transições demográficas, nutricionais e epidemiológicas ocorridas no século passado influenciaram um perfil de risco em que doenças crônicas como o Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial assumiram ônus crescente e preocupante. Em todos os países essas patologias são condições prevalentes e importantes problemas de saúde pública, independentemente de seu estágio de desenvolvimento.

Quanto à magnitude do problema de saúde pública considerado, existem dados demonstrando que o Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial são prevalentes na população brasileira associados à alta mortalidade e inclusive com a perspectiva de se agravar nas próximas décadas (BRASIL, 2001).

O Brasil está mudando rapidamente a sua estrutura etária, ou seja, reduzindo a proporção de crianças e jovens e aumentando a população idosa, conseqüentemente aumentando assim a expectativa de vida. Essas transformações demográficas trazem consigo uma sobrecarga de desafios em vários setores, necessitando repensar a oferta de serviços para as próximas décadas, pois o aumento da população idosa significa um aumento de doenças, em especial as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2011).

A Hipertensão arterial e a Diabetes mellitus, muitas vezes sem o manejo adequado acabam evoluindo para quadros clínicos mais graves, que geram um aumento significativo nas demandas dos serviços de saúde. Entretanto, é possível adotar uma série de cuidados que ajudam a evitar ou adiar o aparecimento dessas complicações (BRASIL, 2011).

Complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas estão relacionadas à alta morbidade devido a Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. Estudos

demonstraram que os benefícios da redução de fatores de risco para doenças cardiovasculares são significativos em indivíduos com Diabetes Mellitus. O controle intensivo da Hipertensão Arterial tem se mostrado eficaz na redução de complicações em pacientes com diabetes e hipertensão (BRASIL, 2001).

Neste sentido, a equipe de saúde deve através de a sua realidade estabelecer estratégias que possibilitem identificar qual é o perfil da população que está sob sua atenção, e como se iniciará o processo de reconhecimento da sua clientela, para a partir do diagnóstico situacional e epidemiológico traçar as ações de saúde que atendam as reais necessidades dos portadores de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do seu território (BRASIL, 2011).

As mudanças no estilo de vida, incluindo modificações na dieta e combate ao sedentarismo, têm sido apontadas como fatores importantes na prevenção e controle do Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial (BRASIL, 2001).

Neste contexto as iniciativas de educação em saúde possibilitam mudanças efetivas no estilo de vida das pessoas, com vistas a prevenir ou pelo menos retardar os agravos de correntes dessas enfermidades. Com isso, acredita se que a educação em saúde pode ser uma valiosa ferramenta para o enfermeiro e os demais profissionais de saúde na busca de melhor qualidade de vida para os portadores de doenças crônicas (REZENDE, 2011).

Atividades educativas, formação de grupos, podem ser utilizadas como ferramentas eficazes, capaz de trazer aos portadores de doenças crônicas o conhecimento da patologia que o acomete, hábitos que podem ser modificados em busca da qualidade de vida, mostrando que existem possibilidades de superar complicações futuras, e que se estas complicações ainda acontecerem que existem formas de adaptar se e seguir em frente (PRADO, 2013).

O atendimento em nível municipal através das unidades da rede básicas de saúde é fundamental para desenvolvimento de estratégias que possibilitem a atenção a um quantitativo significativo de portadores de Doenças Crônicas, como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, sabendo que 60 a 80% dessas patologias podem ser tratadas na atenção básica (BRASIL, 2001).

Um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) trata da acessibilidade. É fato que facilitar o acesso aos usuários do sistema de saúde brasileiro é uma das atribuições dos gestores bem como das equipes de saúde responsáveis por determinada população, para isso é imprescindível que o diagnóstico situacional e a avaliação dos indicadores de saúde sejam parte da rotina dos profissionais envolvidos.

A população assistida pela equipe de saúde rural do município de Encruzilhada do Sul possui o grande desafio de aproximar-se da sua clientela e realizar orientações pertinentes aos problemas de saúde que acometem os usuários. Levando em consideração as pessoas na faixa etária de maiores de 20 anos neste município, temos 4.529 pessoas, um percentual de 17,2% de portadores de hipertensão arterial e 3,2% de portadores de Diabetes Mellitus, esses percentuais estão abaixo dos percentuais esperados pelo Ministério da Saúde. Deste modo, é primordial iniciar o levantamento através de cadastro de todos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, para traçar o perfil epidemiológico, definir estratégias e reduzir danos a esses doentes crônicos.

É importante salientar que os pacientes que realizam consulta médica para acompanhamento, principalmente os portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, realizam como rotina exames laboratoriais de colesterol total e triglicerídeos. A partir desta conduta médica, observou-se um grande número de usuários com os valores correspondentes a colesterol total acima de 200 mg/dl e Triglicerídeos com níveis acima de 150 mg/dl, sendo necessário a maioria inserir o uso da Sinvastatina e orientação da dieta alimentar para obter o controle dessas taxas. Para alguns pacientes também é necessária à inclusão do medicamento Fenofibrato, utilizado para controle dos Triglicerídeos, mas com certas restrições por não estar contemplado na relação dos medicamentos da farmácia básica, tendo um custo alto para os pacientes.

Neste sentido, o presente trabalho tem como objetivo relatar a estratégia utilizada pela equipe de saúde rural do município de Encruzilhada do Sul contida no Projeto Saúde Interior, relatando a experiência do 1º encontro educativo com enfoque na orientação sobre dislipidemias à comunidade da zona rural deste município.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial estão entre as doenças com fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares, cujo controle associado a mudanças no estilo de vida pode ser estimulado na Atenção Básica a Saúde minimizando a morbimortalidade por essas doenças e o seu impacto na Saúde Pública (BRASIL, 2001).

A educação em saúde é uma estratégia importante que contribui para mudança de hábitos e está inserida diariamente no processo assistencial dos profissionais, passando muitas vezes despercebida, pois a cada atendimento de enfermagem, nas orientações individuais ou de grupos estamos sim interagindo, promovendo e sugerindo mudanças nos hábitos da população assistida (PRADO, 2013).

De acordo com Rezende (2011), além de o controle alimentar e combate ao sedentarismo, sem dúvida, a “[...] adesão ao tratamento medicamentoso é o fator mais importante para controle efetivo de muitas doenças, principalmente as crônicas”... , sendo difícil muitas vezes identificar e quantificar esta não adesão. De acordo com Rezende (2011)

[...] Estimular a adesão ao tratamento é de extrema importância e a educação em saúde pode ser considerada uma das estratégias que possibilitam melhor adesão dos pacientes ao esquema de tratamento. Nesse sentido, a educação em saúde tem sido muito valorizada e é considerada parte integrante do tratamento das doenças crônicas. No entanto, muitos programas de educação em saúde fracassam por não levarem em consideração os aspectos psicológicos, culturais, sociais, interpessoais e as reais necessidades psicológicas da pessoa diabética.

È fundamental na abordagem educativa levar em consideração a realidade e a vivência da cada paciente, valorizar seu cotidiano, cultura e o meio ambiente em que vive, ma maioria das vezes as informações de saúde são fornecidas de forma vertical (REZENDE, 2011), onde não é permitida a participação dos pacientes, desconsiderando o que eles sabem, desvalorizando o que eles gostariam de saber.

De acordo com Rezende (2011),

[...] para que um processo educativo seja eficaz, é necessário conhecer as crenças, os sentimentos, os pensamentos, as atitudes e os comportamentos dos pacientes, enfim, o que os sujeitos apreendem do seu meio ambiente e nas suas relações com outros indivíduos.

Deste modo, para ampliar a compreensão dos fatores associados à adesão ao tratamento deve se conhecer a realidade dos doentes crônicos e como esses se organizam, como também a realidade em que vivem, pois desta forma há possibilidade de estabelecer estratégias de intervenção, e subsídios para conhecer aquilo que os pacientes apreendem de sua realidade. Torna-se necessário entender como os portadores de DCNT, como diabéticos e hipertensos percebem a si próprios, vivenciando um mundo de muitas limitações que determinam a compreensão dos fatores associados ao sucesso ou não do tratamento (REZENDE, 2011).

O diagnóstico da doença acarreta muitas vezes um choque emocional à pessoa, quebra a harmonia orgânica, transcende a pessoa, pois interfere na vida familiar e comunitária, muda hábitos que já estão consolidados durante uma vida inteira, assumindo uma disciplina rigorosa de planejamento alimentar, incorporação da atividade física, uso contínuo de medicamentos, coloca os portadores de DCNT em contato com sentimentos, desejos, crenças e atitudes. Rezende (2011) descreve que:

[...] modificar estilo de vida não acontece em um passe de mágica, mas no decorrer de um percurso que envolve repensar o projeto de vida e reavaliar suas expectativas do futuro.

A mudança de hábitos no que se refere à alimentação e ao uso da terapia medicamentosa está relacionada aos fatores culturais, econômicos, sociais. Rezende (2011) descreve que:

[...] Em relação ao seguimento da terapêutica medicamentosa, as principais dificuldades se relacionam ao número de medicamentos utilizados pelos pacientes diabéticos, que geralmente apresentam co-morbidades, aos efeitos adversos, ao alto custo, aos mitos e crenças construídos, ao grau de instrução dos pacientes, que limita o acesso a informações e à compreensão; e o caráter

assintomático da doença, que faz com que os pacientes, na maioria das vezes, não reconheçam a importância do tratamento medicamentoso.

Se as ações de promoção de saúde e educação para a saúde forem planejadas e organizadas com olhar para a comunidade, oportunizando que ela defina aquilo que é melhor naquele momento, e que tenha espaço de colocar sua opinião e ser ouvida e valorizada, teremos sucesso nas ações propostas (PRADO, 2013).

De acordo com Prado (2013) “[...] nem sempre a dimensão educativa do cuidado de enfermagem é percebida e, tampouco, realizada com intencionalidade explícita”.

Conforme Prado (2013) cita no texto:

[...] A Enfermagem tem na ação educativa um de seus principais eixos norteadores, que se concretiza nos vários espaços de realização do cuidado. Isso implica pensar a ação educativa como estratégia fundamental para a nossa formação profissional no que se refere ao cuidado de Enfermagem, bem como pensar a necessidade de identificar ambientes pedagógicos capazes de potencializar essa prática.

No âmbito do SUS, é necessário desenvolver práticas de saúde com integralidade para atender a população da sua área adstrita, visando sempre à visão do ser humano de forma contextualizada, respeitando as condições demográficas, epidemiológicas, econômicas políticas e culturais, tendo assim ações de saúde mais eficazes e participativas (PRADO, 2013).

Neste sentido, Prado (2013) relata que as “Equipes de Saúde da Família precisam estar empenhadas em conhecer a realidade da população residente em sua área de abrangência e a incentivar a corresponsabilidade e a participação social, na busca por construção e fortalecimento de vínculos”.

Desta forma, as atividades educativas permeiam esse processo de integração, entre a teoria e a prática, na perspectiva de que são inerentes ao ser humano e às práticas em saúde. Contudo, o profissional da saúde, precisa se conscientizar de sua função como educador, reconhecendo que a prática educativa está intimamente vinculada ao papel do enfermeiro e que precisa ser assumida como parte integrante de suas atividades profissionais.

De acordo com Prado (2013):

[...] A verdadeira educação em saúde estimula o indivíduo/família/comunidade a buscar conhecimentos voltados à reflexão e conscientização, à autonomia e ao autocuidado. Ensinar e aprender, cuidar e educar são ações desenvolvidas no cotidiano do trabalho da Enfermagem e, para que essas ações alcancem bons resultados, são necessários instrumentos pedagógicos que possibilitem um processo de reflexão e de escolha.

### **3. MÉTODO**

#### **Tipo de estudo**

Este estudo constitui um relato de experiência que descreve aspectos observacionais de um encontro de educação em saúde do Projeto Saúde Interior do município Encruzilhada do Sul – RS. Relata a experiência do primeiro encontro educativo realizado na zona rural deste município, tratando-se assim de um estudo descritivo observacional.

O presente trabalho representa um produto de uma intervenção realizada na prática profissional que se desenvolveu através de um relato de experiência de uma prática educativa, o estudo trata se da descrição de uma etapa do Projeto Saúde Interior realizado pela equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) Interior.

O produto deste trabalho é uma tecnologia da concepção, pois a partir do relato de uma experiência com bom êxito, pode-se recomendar essa experiência a outros contextos.

#### **Local de estudo**

O município de Encruzilhada do Sul localiza-se na Serra do Sudeste, vale do Rio Pardo. Possui uma população total de 24.537, sendo a população da zona urbana de 17.117 e a população rural de 7.420, tendo uma extensão territorial de 3.348 Km<sup>2</sup> (IBGE, 2010). E está vinculada a 8ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Estado do RS.

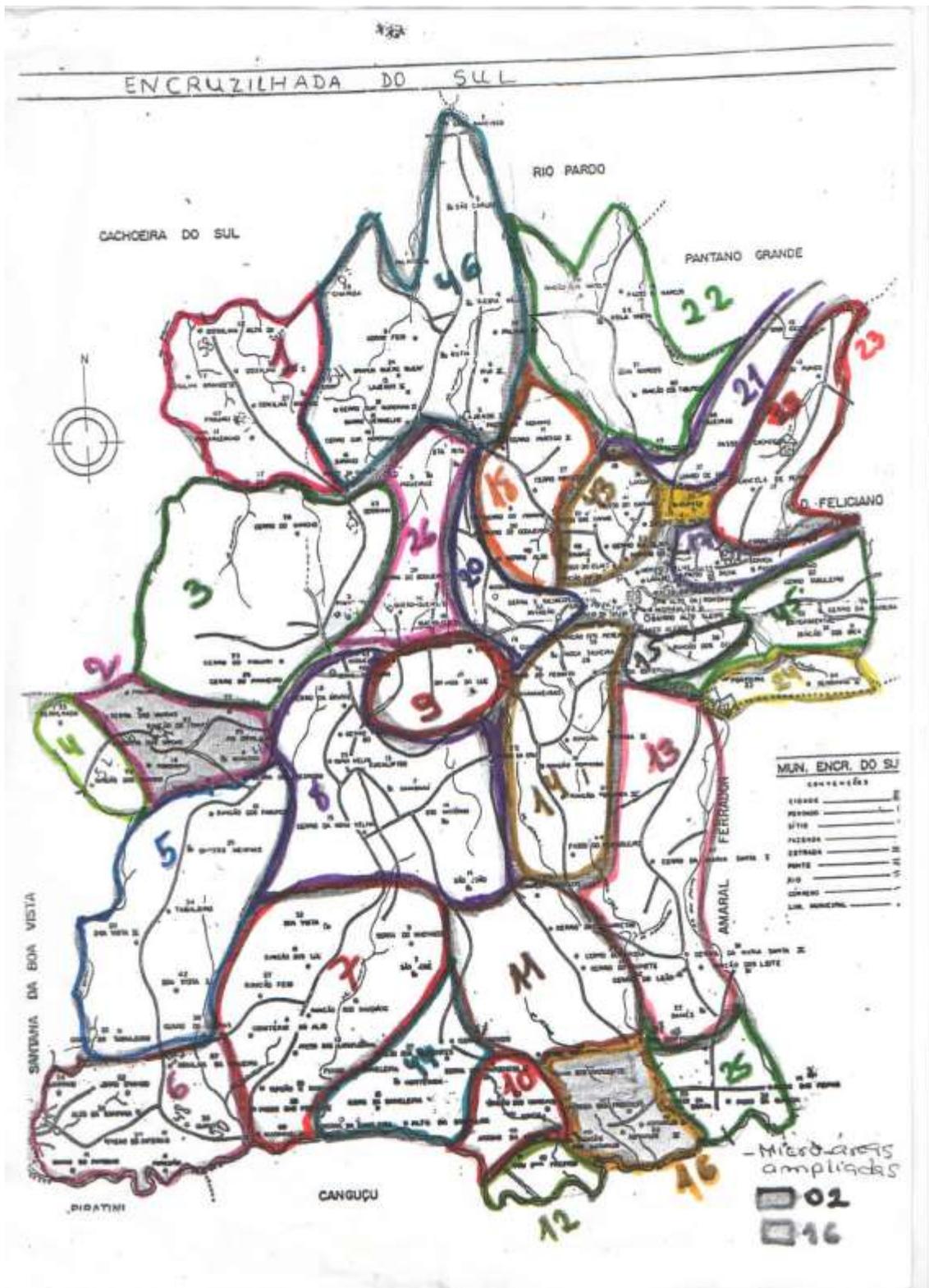
A área rural do município possui uma extensão maior do que a sede e está dividida em 24 microáreas, sendo 02 descobertas aguardando processo seletivo para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas localidades.



**Figura 1.** Localização do município no mapa do Estado / RS.



**Figura 2.** Mapa do município de Encruzilhada do Sul e seus limites.



**Figura 3.** Mapa do Interior Zona rural do município Encruzilhada do Sul dividido por microárea.

## **Legenda:**

Microárea 1: Localidade: Piquirizinho, Coxilha Grande, Chapada e Chapada Rondon. ACS Gentil.

Microárea 2: Área descoberta por ACS.

Microárea 3: Localidade: Pinheiro, Serrinha do Pinheiro e Cerro do Gancho. ACS Andressa.

Microárea 4: Localidade: Ponta dos Vargas, Piquiri, Rincão dos Vargas, Serrilhada, Passo dos Nobres. ACS Lucia Elena

Microárea 5: Localidade: Serra dos Pedrosos e Tabuleiro. ACS Anei.

Microárea 6: Localidade: Coxilha das Figueiras, Buriti, Campina, Paredão e Rincão do Inferno. ACS Lisiane.

Microárea 7:Localidade: Rincão dos Machados, Passo do Marinheiro, Boa Vista, Serra dos Machados. ACS Soila.

Microárea 8: Localidade: Mina Velha, Cerro da Arvore,Passo das Pedrinhas e Passo da Cria. ACS EVA.

Microárea 9: Localidade: Assentamento Farroupilha e Vassoural. ACS Erci.

Microárea 10: Localidade: Serra dos Nascentes, Assentamento Guará e Santa Bárbara. ACS Marli.

Microárea 11: Localidade: Pompeu Machado, Cerro dos Rosas, Serra dos Rosas, Abranjo e Cerro das Carretas. ACS Deizi.

Microárea 12: Localidade: Abranjo e Vau dos Prestes. ACS Arnilda.

Microárea 13: Localidade: Maria Santa, Marmeleiro, Rincão dos Fagundes, Cerro do Leão. ACS Alda.

Microárea 16: Área descoberta de ACS.

Microárea 18: Localidade: Chanã, Cerro Alto e Cerro Partido. ACS Ivanês.

Microárea 19: Localidade: Assentamento da Quinta. ACS Maria.

Microárea 21: Localidade: Alto das Figueiras, Lombo de Porco, Apertado, Cassep e Iruí. ACS Ana Adriana.

Microárea 22: Localidade: Dom Marcos, Rincão dos Marques, Rincão do Mateus, Rincão dos Lopes, Rincão do Tiburcio, Bela Vista. ACS Itajar.

Microárea 23: Localidade: Passo da Cachoeira, Cancela de ferro, Passo do Moerão e Passo Fundo. ACS Maria Cristiane.

Microárea 24: Localidade: Serrinha dos Fonseca, Assentamento Padre Réus. ACS Márcia.

Microárea 25: Localidade: Passo das Pedras, Passo da Guarda e Rincão dos Leites. ACS Rosane.

Microárea 26: Localidade: Quero Quero, Boqueirão. ACS Deise.

Microárea 43: Localidade: Moinho do Corvo, passo do Elias, Passo das Canas, Passo do Carvão, Salto de Pedra e Jacuí. ACS Ana Carolina.

Microárea 44: localidade: Caneleira, Alto da Caneleira e Costa da Caneleira. ACS Marlete.

Microarea 45: Localidade: Estação Experimental, Cerro da Madeira, Cerro do Tabuleiro e Rincão dos Bicas. ACS Elaine.

Microarea 46: Localidade: Passo da China, Coxilha Grande e Palma. ACS Bernadete.

A equipe de saúde envolvida na atenção a saúde rural conta com o profissional médico, enfermeiro, odontólogo, nutricionista, auxiliar de enfermagem, recepcionista e 24 Agentes Comunitários de Saúde que estão vinculados também a uma coordenadora Enfermeira na Secretaria de Saúde do Município. Os profissionais de serviços de limpeza e manutenção e fornecimento de insumos estão vinculados ao Pronto Atendimento Municipal. É importante ressaltar que essa equipe começou atuar em março de 2013, e devido a este fato, ainda vem se estruturando a cada dia, adquirindo equipamentos, implementando rotinas, melhorando o serviço prestado, até transformar se em uma Estratégia de Saúde da Família. Até o mês de junho de 2014 temos previsto a estruturação de uma sala procedimentos e observação de pacientes, que até o momento são realizados nas dependências do Pronto Atendimento Municipal. Mensalmente a UBS possui uma média de 1011 atendimentos médicos (SMS, 2013).

De acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a unidade de saúde possui uma população de 4.529 pessoas acima de 20 anos, sendo destes 779 (17,2%) portadores de Hipertensão Arterial e 147 (3,24%) portadores de Diabetes Mellitus.

Em relação a assistência prestada pela equipe de saúde aos Hipertensos e Diabéticos da zona rural, trata se de demanda espontânea, são identificados na triagem da consulta médica e odontológica. Para todos que passam por consulta é solicitado exames laboratoriais de rotina, Eletrocardiograma (ECG) de repouso, Hemograma, Glicemia, Creatinina, Colesterol total e frações, Triglicerídeos, sódio, potássio, Antígeno Prostático Específico Total (PSA) para homens com mais de 40 anos, e as mulheres são orientadas a agendar exame preventivo de Câncer de Colo de útero, e solicitado mamografia para faixa etária acima de 40 anos.

Os portadores de doenças Crônicas que necessitarem de uma avaliação nutricional são encaminhados e fazem agendamento na unidade, para atendimento nas sextas feiras com a Nutricionista. Os usuários que já passaram por avaliação médica retornam a unidade para renovação de receitas a cada 6 meses que são feitas diariamente sem a necessidade de consulta médica, desde que a Pressão Arterial e o Teste de glicemia capilar (HGT) estejam controlados e o usuário não tenha nenhuma queixa no momento da consulta de enfermagem. O preenchimento da receita é feito pelo médico que confere os sinais vitais e registra no prontuário o fornecimento e ou alteração da prescrição médica. As receitas com prescrição de medicamentos de uso contínuo para o tratamento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus emitidas nas unidades de saúde do município são válidas por 6 meses e os medicamentos são adquiridos na Farmácia Municipal. A cada paciente portador de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus é realizada uma consulta médica anual para acompanhamento.

A equipe de saúde ainda não possui a classificação de risco desses pacientes, para poder priorizar a demanda, mas já contempla nos objetivos do Projeto Saúde Interior, realizar nos encontros nas microareas no 2º semestre de 2014.

O Cadastro desses pacientes estava sendo realizado de acordo com a demanda da unidade, ou seja, na oportunidade do atendimento médico, ou renovação de receita, porém a pedido da Coordenadora do Programa HIPERDIA do Município, sob solicitação da 8ª Coordenadoria de Saúde de Cachoeira do Sul os cadastros foram suspensos, devido ao site do programa estar em fase de avaliação, não permitindo acesso.

**Tabela 1.** Perfil populacional da zona rural do Município de Encruzilhada do Sul – RS.

Características	Número
Nº população	5.852
Nº de famílias	2.170
Nº de crianças < 5anos	147
Nº de Idosos	1454
Nº Mulheres Idade Fértil (MIF)	1417
Nº de Gestantes	25
Nº de Portadores de Hipertensão	779
Nº de Portadores de Diabetes	147
Nº população acima de 20 anos	4.529

**Fonte:** SIAB, 2013.

Com intuito de realizar atividades de educação em saúde para a população assistida pela equipe de saúde do interior é que se desenvolveu o projeto Saúde Interior, o qual teve início em novembro de 2013, com as reuniões da equipe com os 24 ACS, para definir problemas, área de abrangência do território, cronograma de visitas, e localidades a serem utilizadas como ponto de apoio das reuniões.

Definiu-se que as idas para as microareas seriam nas quintas feiras, sendo organizado todo o trabalho para que os pacientes de outras localidades que por ventura viessem até a unidade de saúde não ficassem sem atendimento. Por esse motivo durante a saída da equipe os usuários que procuraram a unidade foram encaminhados ao Pronto atendimento municipal. Para seu deslocamento a equipe utilizou a unidade móvel municipal.

O tema “Triglicerídeos x colesterol o que è?” abordado no 1º encontro foi escolhido pela equipe devido à equipe ter observado no cotidiano alto número de pacientes com dislipidemia diagnosticados através de exames laboratoriais realizados nas consultas de rotina da unidade básica. Além deste tema prioritário, a necessidade apresentada pela população adstrita, foi posteriormente esclarecer à população o modo como os serviços de saúde do município se organizam e operacionalizam suas ações de saúde.

O Projeto Saúde Interior possui o objetivo também de: 1) fortalecer o vínculo da equipe de saúde com a comunidade assistida; 2) Execução de ações de educação em saúde com foco na prevenção primária e secundária das Doenças Crônicas, na detecção precoce de agravos e elas relacionados, e na conscientização da importância de mudança dos estilos de vida através de hábitos alimentares saudáveis e da prática de exercícios físicos; 3) Realizar juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) o levantamento de problemas e delimitação do território; 4) Organizar os prontuários da unidade de saúde por família, através de cronograma estabelecido em reunião; 5) Realizar cronograma de deslocamento da equipe de saúde para as microareas; 6) Apresentar o projeto saúde interior para buscar parcerias: Secretaria de Educação do Município de Encruzilhada do Sul, CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), Emater/RS (Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Estado do Rio Grande do Sul), Funasa (Fundação Nacional de Saúde) e Conselho Municipal de Saúde.

Cabe destacar, que o presente trabalho trata se de uma etapa do Projeto Saúde Interior.

O deslocamento da equipe será desenvolvido conforme Quadro 1.

**Quadro 1.** Cronograma de deslocamento da equipe de saúde do município Encruzilhada do Sul no Projeto Saúde Interior, 2014.

<b>Data</b>	<b>Localidade</b>	<b>Ação</b>
06.03.14	Dom Marcos microárea 22 e 18, na escola Municipal Marechal Rondon;	Apresentação da equipe Educação em Saúde
13.03.14	Chapada microárea nº 1 na Associação local, estarão incluídos a microárea 46, localidades Palmas e Lajeado.	Apresentação da equipe. Educação em Saúde.
03.04.14	Maria Santa, microárea nº 13 no Centro Comunitário Maria Santa e localidade Marmeleiro na Dona Leda.	Apresentação da equipe Educação em Saúde
24.04.14	Coxilha das Figueiras microárea 06, na escola, incluindo a microárea 7 localidade Rincão dos Machado e Tabuleiro microárea 5 na Associação Comunitária.	Apresentação da equipe. Educação em Saúde.
08.05.14	Microárea 03 Localidade Pinheiro e Serrinha do Pinheiro na escola Polo no Pinheiro.	Apresentação da equipe Educação em Saúde
15.05.14	Microárea 4 localidade Ponta dos Vargas e Serrilhada, na Igreja e no Naldo.	Apresentação da equipe Educação em Saúde
22.05.14	Microárea 46 localidade da Palma, na Associação Nossa Senhora do Rosário.	Apresentação da equipe Educação em Saúde
29.05.14	Microárea 7 localidade Boa Vista, e localidade Serra dos Rosas microárea 11 no Sr ° Aldir Aguiar (salão)	Apresentação da equipe Educação em Saúde
05.06.14	Microárea 10 localidade Serra dos Nascentes e Caneleira microárea 44, Abranjo microárea 12, microárea 25 Passo da Guarda, na Escola Municipal Dom João.	Apresentação da equipe Educação em Saúde
12.06.14	Localidade Moinho, Vau dos Prestes e Abranjo, Comunidade Vau dos Prestes, microárea 12 e 11.	Apresentação da equipe Educação em Saúde
19.06.14	Microárea 24, Serrinha dos Fonseca na escola e Assentamento Padre Réus na sede da	Apresentação da equipe

	comunidade.	Educação em Saúde
26.06.14	Assentamento Segredo Farroupilha microárea 9, Cerro Alto microarea18 no armazém do Vanilton.	Apresentação da equipe Educação em Saúde
03.07.14	Rincão dos Bicas na Associação, Cerro da Madeira e Passo das Tropas, na escola da estação Experimental microárea 45.	Apresentação da equipe Educação em Saúde
10.07.14	Assentamento da Quinta, no Centro Comunitário.	Apresentação da equipe Educação em Saúde

O cronograma acima foi entregue a todos os ACS para divulgação nas microáreas, e enviado as Secretarias de Saúde, e de Educação devido ao fato de haver uma parceria para utilização das escolas municipais rurais como ponto de apoio dos encontros.

Nas comunidades onde não há escolas, são utilizados os Centros Comunitários, Associações e Igrejas.

Cabe ressaltar que o cronograma é feito semestralmente, e após o término deste citado acima será realizado novo cronograma com outras ações de prevenção e promoção da saúde, é comum a equipe no próximo cronograma realizar as visitas com objetivo de cadastrar, classificar e orientar os portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus nas microáreas.

Por não se tratar de pesquisa, o presente projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) bem como não foram utilizados dados relativos aos sujeitos.

#### 4. RESULTADO E ANÁLISE

A educação em saúde no Brasil possuem dois pressupostos, no qual o primeiro refere-se às medidas preventivas e curativas que visam à obtenção da saúde e o enfrentamento das doenças, e o segundo, às estratégias da promoção da saúde que objetiva a construção social da saúde e do bem estar. O pressuposto das estratégias preventivas e curativas de enfrentar a doença e de obter saúde é coerente com os princípios que regem as atuais culturas e sociedades, pois são baseadas na produção incessante e sempre renovadas de variados serviços que se fundamentam na tecnologia e na ciência oferecidos para o consumo das pessoas (OLIVEIRA et al., 2007).

Segundo Oliveira et al., 2007:

[...] A promoção da saúde entendida como processo participativo de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob-risco de adoecer, quando evidencia a obtenção das condições de vida da população, abrange, entre outros propósitos, excluir ou minimizar a ocorrência dinâmica de morbidades decorrentes da ausência destas condições. Deste modo atinge as causas e não apenas evita a manifestação de tais agravos.

Prevenção pode ser considerada como toda e qualquer medida tomada antes do surgimento de dada condição mórbida ou de um seu conjunto, vistas a tal situação não ocorra com pessoas ou coletividades ou, pelo menos, se vier a ocorrer, que isso se dê de forma menos grave ou mais branda, segundo os autores (FEIJÃO; GALVÃO, 2007).

De acordo com Feijão e Galvão (2007), a educação em saúde pode ser considerada uma das principais ações de promoção da saúde, já que a mesma revela-se de suma importância tanto na prevenção como na reabilitação de doenças, além de despertar a cidadania, responsabilidade pessoal e social relacionada á saúde, bem como a formação de multiplicadores e cuidadores.

A meta da educação em saúde, nesse contexto, não se limita apenas na explicação e na informação, mas principalmente a ajudar indivíduos e grupos a perceberem sua realidade individual e social, no intuito de despertar habilidades necessárias para enfrentar condições adversas de saúde (FEIJÃO; GALVÃO, 2007).

O objetivo principal da educação em saúde é facilitar o máximo o poder dos indivíduos sobre suas vidas, deverão ser considerados durante o processo de planejamento e implementação

das ações educativas a dimensão cultural e ética. Os profissionais de saúde quando se relacionam com a clientela de pessoas “leigas” e “comuns” não são professores a escrever um livro em branco (FEIJÃO; GALVÃO, 2007).

Levando em consideração todas essas orientações é que a equipe de saúde deu início ao Projeto Saúde Interior em março de 2014.

O relato refere-se ao 1º encontro realizado pela equipe de saúde Rural do município de Encruzilhada do Sul, realizado em seis de março de 2014, na localidade de Dom Marcos, abrangendo duas microáreas (22 e 18). A ação descrita faz parte do Projeto Saúde Interior que tem como objetivo realizar educação em saúde a população da zona rural deste município.

Os moradores das localidades foram convidados pelos ACS, através das visitas domiciliares com 15 dias de antecedência, além de ser veiculado no Rádio local e Jornais.

O local de apoio utilizado para o encontro foi a Escola Municipal Marechal Rondon na localidade de Dom Marcos no salão do Teco, salão que serve sempre como ponto de apoio para comunidade para eventos como reuniões, bailes, missa, entre outros. Além disso, é um local mais próximo das microareas que estão mais afastadas da escola.

Cabe destacar, que o apoio da Secretaria de Educação Municipal foi fundamental no desenvolvimento desse projeto, pois a maioria das pessoas da comunidade tem dificuldade de se deslocar, e com isso a Secretaria autorizou a utilização dos ônibus escolares nas datas contidas no Cronograma já mencionado. Foi de extrema importância a parceria realizada, até por que algumas microareas utilizam o espaço escolar para as ações de saúde como as imunizações e condicionalidades do Programa Bolsa família.

De acordo com o documento publicado em 1997, o PSF se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância em saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (OLIVEIRA et all,2009).

É de suma importância a participação de outros segmentos neste projeto, pois em certas ocasiões a equipe de saúde se torna incapaz, pois as necessidades de alguns ultrapassam a nossa área de atuação. Neste sentido a Organização Mundial de Saúde (OMS), compreende a intersectorialidade como uma articulação de ações de vários setores para alcançar melhores resultados de saúde. Além disso, Teixeira e Paim (2000) descrevem que:

[...] Ações intersetoriais em saúde correspondem a uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor que se tenha formado para atuar em um tema visando a alcançar resultados de saúde (ou resultados intermediários de saúde) de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só.

O encontro teve início às nove horas da manhã e a equipe de saúde utilizou para seu deslocamento a unidade móvel de saúde do município para chegar ao local do encontro.

Participaram dessa ação o médico da equipe, a enfermeira, dois ACS, e o condutor da unidade móvel que também é técnico de enfermagem. Participaram o total de 21 pessoas cadastradas na UBS do Interior.

O trabalho em equipe surge como uma estratégia primordial para redesenhar o trabalho e melhorar a qualidade dos serviços. De acordo com Araújo e Rocha (2007), a importância do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF) é ressaltada, principalmente, pelo aspecto de integralidade nos cuidados de saúde. Considerado um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade reveste-se, no decorrer dos anos 90, e principalmente nesse início de século, de uma importância estratégica ímpar para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil. Assim, a abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares.

Segundo Araújo e Rocha (2007):

[...] o trabalho em equipe no contexto do PSF ganha uma nova dimensão no sentido da divisão de responsabilidades do cuidado entre os membros da equipe, na qual todos participam com suas especificidades contribuindo para a qualidade da prestação das ações de saúde. A concepção integral do cuidado favorece a ação interdisciplinar nas práticas, onde valorização das diversas disciplinas contribui para uma abordagem ampla e resolutiva do cuidado. Nessa perspectiva, a responsabilidade da atenção passa a ser descentralizada da figura do profissional médico, considerado o centro da equipe no modelo hospitalocêntrico, sendo dividida entre os membros da equipe.

A importância do diálogo na busca do consenso constitui elemento imprescindível para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe. Isso aponta à possibilidade do desenvolvimento de uma prática comunicativa. O trabalho em equipe "provoca" a escuta do outro. O que pressupõe o estabelecimento de um canal de comunicação.

A partir da realidade da comunidade trabalhada, em que foi observada uma grande parcela dos exames laboratoriais realizados com alterações nos níveis lipídicos, o 1º tema escolhido a ser abordado foi "Triglicédeos x colesterol o que é?".

O tema proposto foi apresentado em Slides, utilizando Data show, e a apresentação abordava o que é colesterol e triglicédeos, onde se encontram os conceitos, quais as complicações trazidas para a saúde pelos níveis elevados dessas gorduras no organismo humano.

A cada dúvida a apresentação era interrompida pelos participantes, para esclarecimentos e para a contribuição com relatos de vivência dos participantes. As orientações eram feitas pelo médico e enfermeira, integrantes da equipe de saúde que assiste a população local.

No decorrer da explanação alguns usuários participaram efetivamente, perguntando a respeito dos alimentos que contribuem para o aumento desses níveis.

Finalizando essa atividade foi solicitado a cada um dos participantes anotarem o nome de três alimentos que mais utilizam no dia a dia. Observou-se que 100% relataram uso do feijão até duas vezes no dia, sendo no almoço e jantar, e a maior parte relatou usar como tempero a banha de porco, que é bem comum nas localidades da zona rural, quase um costume tradicional do Rio Grande do Sul.

Prado (2013) ressalta "[...] que no âmbito do SUS, as equipes multiprofissionais da Estratégia de Saúde da Família, precisam desenvolver práticas de saúde com integralidade para atender populações delimitadas por áreas geográficas".

Neste sentido, para obtermos ações de saúde mais direcionadas e eficazes, é necessário obter a visão do ser humano de forma contextualizada, no âmbito de suas condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas, políticas e culturais. Assim, as ações de saúde se tornam cada vez mais direcionadas e eficazes (PRADO, 2013).

O desafio está em desenvolver um trabalho sistematizado e contínuo, comprometido com a promoção da saúde e a qualidade de vida dessas pessoas. Sendo que segundo Prado (2013):

[...] As Equipes de Saúde da Família precisam estar empenhadas em conhecer a realidade da população residente em sua área de abrangência e a incentivar a corresponsabilidade e a participação social, na busca por construção e fortalecimento de vínculos.

Após ter feito uma plenária com todos os alimentos que foram descritos pelos participantes como sendo utilizados diariamente, orientando quais devem haver controle na ingestão por contribuírem no aumento dos níveis séricos de colesterol e triglicérides, e quais os que podem ser substituídos, um exemplo utilizado foi em relação a utilização da banha de porco, onde foi orientado a utilização do óleo de soja em pequena quantidade, e no preparo de saladas a utilização do azeite de oliva. Além disso, foi orientada a importância de não utilizar frituras na alimentação, principalmente com a banha de porco, podendo optar por carnes magras, de preferência grelhadas. Destacou-se ainda a importância de ter a presença de frutas e hortaliças pelo menos em três refeições diárias.

Ressalta-se, que dos 21 participantes, 15 informaram ter facilidade em adquirir os alimentos sugeridos pela equipe, pois buscam seus mantimentos nos mercados da cidade, e 18 participantes relataram ter horta em casa o que facilita a ingestão diária de hortaliças.

Cabe destacar, que por esta população ter características com prioridade no assistencialismo, centrado na doença, na realização de exames e medicamentos para “curar” suas moléstias, foi também realizado alguns esclarecimentos a partir de slides, sobre o histórico da saúde no Brasil, a mudança do foco da atenção com a regulamentação do SUS, o programa do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) atribuições dos ACS nas comunidades, e o objetivo do encontro com foco na educação em saúde e não somente em consulta médica assistencial. Tal tema foi inserido no encontro de educação em saúde com enfoque em dislipidemias, por haver relatos de ACS que em algumas localidades a população não iria participar dos encontros por não haver consulta médica, que por muitos anos era o modelo utilizado pela administração municipal.

Neste sentido, foi explanado sobre o funcionamento da unidade de saúde, que tem algumas particularidades, devido estar localizada na sede do município. Foi ressaltado o atendimento feito por agendamento e por demanda espontânea, onde sempre é distribuído fichas diariamente para os casos de emergência. E que apesar da equipe cumprir 40 horas semanais, o

atendimento se concentra no período da manhã devido aos horários dos ônibus que retornam ao interior do município no período da tarde, sendo que estes horários foram definidos para facilitar o acesso.

Após finalizar a atividade, a equipe realizou uma reunião rápida para avaliar os pontos positivos e negativos do encontro, com intuito de corrigir e ou reforçar as atividades das próximas localidades. Todos os participantes apesar de estarem condicionados a sempre realizar consultas quando as localidades recebiam as visitas da equipe de saúde, relataram ter gostado do encontro, inclusive solicitando as próximas datas para poderem participar novamente. Relataram também ser a única oportunidade que tiveram de conhecer melhor o funcionamento dos alimentos no corpo e os danos causados pelo uso inadequado.

De acordo com Tyler (1974) citado por Faria (2011), “... o processo avaliativo consiste em determinar em que grau os objetivos educacionais estão sendo alcançados e que os mesmos buscam produzir mudanças nos seres humanos”.

Partindo desse pressuposto é possível dizer que a avaliação muito além dos momentos e horas em que se deseja avaliar, busca completar e ajudar no crescimento do ser humano em todos os aspectos (FARIA, 2011).

Atualmente o planejamento é uma necessidade em todas as áreas de atuação. Quanto maior a complexidade dos problemas, maior é a necessidade de planejar as ações para garantir melhores resultados.

Conforme São Paulo (2001):

“Planejar, definindo de forma simples e comum, é não improvisar”. É compatibilizar um conjunto diversificado de ações, de maneira que sua operacionalização possibilite o alcance de um objetivo comum. É o processo de decidir o que fazer. É a escolha organizada dos melhores meios e maneiras de se alcançar os objetivos propostos. Planejar “é preparar e organizar bem uma ação, decidir o que fazer e acompanhar a sua execução, reformular as decisões tomadas”.

Acompanhar a execução das ações é importante para verificar se os objetivos pretendidos estão sendo alcançados ou não. O processo de planejamento contempla pelo menos três momentos em permanente interação: preparação, acompanhamento e revisão crítica dos

resultados, buscando-se sempre caminhos que facilitem a realização do que foi previsto (SÃO PAULO, 2001).

Todas as atividades foram registradas nas Fichas de Atendimento Ambulatorial (FAA), onde os participantes registram suas assinaturas.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ações educativas para a capacitação de pessoas portadoras de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, no âmbito da Atenção Básica a Saúde, estão ainda estruturadas no modelo assistencial hegemônico, de abordagem predominante higienista que culpabiliza as pessoas por seus problemas de saúde e que desconsidera a participação da comunidade nos processos educativos a elas dirigidos, tornando uma ação de informação vertical, que não leva em consideração a vivência cotidiana e cultural de cada paciente.

A equipe de saúde de Encruzilhada do Sul ao iniciar o cumprimento do cronograma presente no Projeto Saúde Interior, pretendeu encurtar as distancias com a população assistida na unidade de saúde, através da informação e orientação em saúde, e muito, além disso, reconhecer junto a população sua realidade cotidiana, com intuito de diminuir os agravos e doenças que possam deixar a zona rural de Encruzilhada do Sul vulnerável. Acreditamos que a prevenção de doenças, a promoção da saúde e a busca de parcerias, são os meios mais eficazes de transformar um local, uma comunidade, uma cidade ou até mesmo um País.

## 6. REFERÊNCIAS

ANDRADE, Lucas Melo Biondi de; QUANDT, Fábio Luiz; CAMPOS, Dalvan Antônio; et al . Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina, 2012. Disponível:<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-70852012000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852012000100005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 06 abr. 2014.

ARAUJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 455-464. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>. Acesso em 08 de abr.2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Área Técnica de Hipertensão Arterial e Diabetes. Plano de Reorganização da Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Caderno da Atenção Básica, vol 7. Brasília (DF):Secretaria de Políticas de Saúde,2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 148 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ENCRUZILHADA DO SUL. Prefeitura de Encruzilhada do Sul. Disponível em: <[www.encruzilhadosul.rs.gov.br](http://www.encruzilhadosul.rs.gov.br)>. Acesso em: 07. Jan.2014.

FARIA ,William Resende. A Importância da Avaliação no Processo de Ensino Aprendizagem Aplicado no Ensino Superior Brasileiro. Bacharel em Administração, Faculdade Projeção – Taguatinga/DF Especialista em Docência do Ensino Superior, Faculdade do Meio Ambiente e de Tecnologia de Negócios – Famate, 2011.

FEIJÃO, Alexsandra Rodrigues; GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez. Ações de Educação em Saúde na Atenção Primária: Revelando Métodos, Técnicas e Bases Teóricas. *Rev. Rene Fortaleza*, v 8, n 2,p41-49,maio/agosto 2007.

FRANCO, Joel Levi Ferreira. Indicadores demográficos de Saúde: A Importância dos Sistemas de Informação. UNASUS/UNIFESP.

MENDES, Eugênio Vilaça. O Cuidado das Doenças Crônicas na Atenção Primária á Saúde: O Imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.

MONNERAT, G.L.; SOUZA, R.G. Política Social e Intersetorialidade: Consensos Teóricos, Desafios Práticos. Brasília, v.12, n 22, p 200-220, Jan/julh 2009.

OLIVEIRA, R.L.M.; CAVALCANTI, L.D. Prevenção do Diabetes Mellitus Tipo 2. Arq Bras Endocrinol Metabol, 2006.

OLIVEIRA, Ester de; ANDRADE, Ilidiana Miranda de; RIBEIRO, Rodrigo Soares; Educação em Saúde: Uma Estratégia de Enfermagem para Mudanças de Comportamento, conceitos e reflexões. Goiânia, agosto 2009.

PINHO, Márcia Cristina Gomes de. Trabalho em equipe de saúde: Limites e Possibilidades de Atuação Eficaz. Ciência & Saúde, vol. 8, 2006.

PRADO, Marta Lenise; Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Processo educativo em Saúde / Marta Lenise Prado; Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann; Kenya Schmidt Reibnitz – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

REIBNITZ, Kenya Schmidt. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Desenvolvimento do processo de cuidar / Kenya Schmidt Reibnitz; Lucia Nazareth Amante; Flavia Regina Souza Ramos; et al. – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

REQUIÃO, Paula Regina Escorse; PIRES, Cláudia Geovana; CAMARGO, Climene Laura de. Reflexões sobre a prevenção e o controle da Hipertensão Arterial (HA) em adolescentes e a Teria do Autocuidado. Ciência.cuidado.saúde, abri/junho 2007.

REZENDE, Ana Maria Bartels. Ação Educativa na Atenção Básica á Saúde de Pessoas com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial: Avaliação e Qualificação de Estratégias com Ênfase na Educação Nutricional. São Paulo, 2011.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, Manual de Operacionalização das Ações Educativas. Educação em saúde, Planejamento as ações educativas teoria e prática, 2001.

TOSCANO, C.M. As Campanhas Nacionais para detecção de doenças crônicas não transmissíveis: Diabetes e Hipertensão Arterial. Ciênc. saúde coletiva vol.9 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2004. Disponível em :<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000400010>