

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MANOEL JUVENCIO ELEOTERIO DOS SANTOS

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE E DIABETES MELLITUS NA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DA USF DE ALTO DA BOA VISTA, MUNICÍPIO DE OLHO D'ÁGUA DO
CASADO / ALAGOAS**

MACEIÓ / ALAGOAS

2019

MANOEL JUVENCIO ELEOTERIO DOS SANTOS

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE E DIABETES MELLITUS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA
USF DE ALTO DA BOA VISTA, MUNICÍPIO DE OLHO D'ÁGUA DO CASADO/ALAGOAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Alagoas, para obtenção do Certificado de Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família.

Orientador: Doutora Sabrina Joany Felizardo Neves

MACEIÓ / ALAGOAS

2019

MANOEL JUVENCIO ELEOTERIO DOS SANTOS

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE E DIABETES MELLITUS NA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DA USF DE ALTO DA BOA VISTA, MUNICÍPIO DE OLHO D'ÁGUA DO
CASADO / ALAGOAS**

Banca examinadora:

Professor (a). Dra. Sabrina Joany Felizardo Neves -Universidade Federal de Alagoas

Professor (a). Nome -

Aprovado em Maceió, em _____ de _____ de 2019

DEDICATÓRIA

A satisfação de aviar este trabalho, compartilho e dedico: ao Brasil, Nação ora em reestabelecimento através da força de "[...] pessoas que se assemelham em excelência moral." (Aristóteles). Dedico, também, a todas as pessoas cuja vontade de alargar trajetórias profissionais pela potência dos conhecimentos das ciências da saúde, na atenção básica, pelo SUS, através de atividades úteis e agradáveis, fazendo pessoas se sentirem bem acolhidas e felizes, realizando atitudes saudáveis, a elas, com eficiência sugeridas, proporcionando prevenção, cura e promoção de qualidade de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Marcel Mourato Eleoterio e a Maria Angélica Carneiro da Silva, pela fundamental ajuda; a Robério Ferreira da Silva, pelo genuíno suporte;

À minha equipe de Saúde e ao Secretário Municipal de Saúde e sua Equipe, que, prontamente, proporcionaram-me dados e informações e,

À Mestra, Doutora Sabrina Joany Felizardo Neves, por dar prumo e nivelamento a esta obra,

A todos, minha mais profunda Gratidão.

Muito Obrigado!

RESUMO

Após o diagnóstico situacional da área de abrangência da nossa USF, seguindo o planejamento estratégico situacional, constatou-se que possui prevalência expressiva de casos de hipertensão arterial e diabetes, principalmente na faixa etária a partir dos 40 anos, e que, com o envelhecimento populacional, sedentarismo, obesidade e dislipidemias, a tendência é que as doenças crônicas aumentem, como em todo o mundo. A atuação das equipes de saúde em saúde preventiva e a intervenção em saúde se faz necessária para o controle de doenças crônicas, já que são os principais fatores para o aparecimento de doenças cardiovasculares e outras complicações que reduzem, significativamente, a qualidade de vida e a expectativa de vida das populações acometidas pelo problema. O presente trabalho tem por objetivo a elaboração de um plano de ação para implementar atividade em grupo voltada para pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2, usuários da USF de Alto da Boa Vista, município de Olho D'Água do Casado, Alagoas. Busca-se conscientizar essa população da importância da dieta, do uso posológico correto dos medicamentos, do controle de hipertensão arterial e das dislipidemias, bem como sobre a necessidade da prática regular de atividades físicas. A atividade em grupo será desenvolvida por meio de reuniões mensais com o grupo de diabéticos, nas quais serão desenvolvidas palestras educativas, aplicação de questionários aos pacientes, bem como jogos e atividades lúdicas em grupos operativos.

Palavras-chaves: **Diabetes Mellitus**. Pesquisa Interdisciplinar. Educação em Saúde.

ABSTRACT

After the situational diagnosis of the coverage area of our USF, following the strategic situational planning, it was found that there is a significant prevalence of cases of hypertension and diabetes, especially in the age group from 40 years, and that, with the aging population, sedentary lifestyle, obesity and dyslipidemias, the tendency is that chronic diseases increase, as in the world. The performance of health teams in preventive health and health intervention is necessary for the control of chronic diseases, as they are the main factors for the onset of cardiovascular disease and other complications that significantly reduce the quality of life and health. life expectancy of populations affected by the problem. This paper aims to develop an action plan to implement group activity aimed at patients with type 2 diabetes mellitus, users of the USF of Alto da Boa Vista, municipality of Olho D'Água do Casado, Alagoas. This population is made aware of the importance of diet, the correct use of medication, the control of hypertension and dyslipidemia, as well as the need for regular physical activity. The group activity will be developed through monthly meetings with the group of diabetics, in which educational lectures, questionnaires to patients will be developed, as well as games and recreational activities in operative groups.

Keywords: Mellitus. Interdisciplinary Research. Health Education

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes melito (Diabetes mellitus)
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<p>Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da família, Unidade Básica de Saúde Alto da Boa Vista, município de Olho D'Água do Casado, estado de Alagoas.</p>	18
<p>Quadro 2- Seleção dos “nós críticos” relacionado ao problema “Alta prevalência de doenças crônicas”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Alto da Boa Vista, do município Olho D'Água do Casado do Estado de Alagoas</p>	28
<p>Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta prevalência de doenças crônicas”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Alto da Boa Vista, do município Olho D'Água do Casado, estado de Alagoas.</p>	29
<p>Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Hábitos e Estilo de Vida inadequados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Alto da Boa Vista, do município Olho D'Água do Casado do Estado de Alagoas</p>	30
<p>Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Baixa Escolaridade”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Alto da Boa Vista, do município Olho D'Água do Casado do Estado de Alagoas</p>	31
<p>Figura 1 - Organograma do problema identificado</p>	27

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos gerais do município	13
1.2 Aspectos da comunidade	14
1.3 O sistema municipal de saúde	14
1.4 A Unidade Básica de Saúde Alto da Boa Vista	15
1.5 A Equipe de Saúde da Família, da Unidade Básica de Saúde Alto da Boa Vista	15
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Alto da Boa Vista	15
1.7 O dia a dia da equipe Alto da Boa Vista	16
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	16
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção	17
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo geral	21
3.2 Objetivos específicos	21
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
5.1 Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família	23
5.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Diabetes mellitus e suas complicações	24
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	25
6.1 Descrição do problema selecionado	25
6.2 Explicação do problema	25
6.3 Seleção dos nós críticos	27
6.4 Desenho das operações	29
6.5 Organizando o projeto de intervenção	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICE A – Tabela de Atividades em grupo e cronograma de realização da Equipe de saúde da USF Alto da Boa Vista	38

1- INTRODUÇÃO

Nos últimos anos o perfil de adoecimento da população mostra uma alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas destaca-se as doenças cardiovasculares como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), relacionando-se com diversos fatores sociais e comportamentais, como por exemplo, o sedentarismo e consumo de álcool e tabaco. (BRASIL, 2013).

O Diabetes Mellitus é um conjunto de alterações metabólicas caracterizadas por hiperglicemia decorrente de defeito na secreção de insulina, no seu mecanismo de ação no organismo ou ambos os aspectos. A ação deficiente da insulina causa diversas anormalidades no metabolismo de carboidratos, gorduras e proteínas, gerando alterações na função de tecidos de órgãos-alvo. Essa deficiência decorre de secreção diminuída pelo pâncreas e resposta tecidual reduzida à insulina, o que é denominado de *resistência à insulina* (LOPES, 2007).

Essa desregulação metabólica associada ao Diabetes Mellitus acarreta alterações fisiopatológicas secundárias, como o comprometimento da retina, do sistema cardiovascular, renal, entre outros. Isso impõe uma enorme sobrecarga nos indivíduos com diabetes, bem como ao sistema de Assistência de Saúde (FAUCI *et al.*, 2008)

Segundo informações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), o número de pessoas com Diabetes Mellitus em todo o mundo era de 177 milhões no ano 2000 e acredita-se que possa acometer 350 milhões de pessoas até 2025. No Brasil, são cerca de 6 milhões de portadores.

Como se pode perceber, o número de pessoas afetadas pela diabetes é alarmante, a ponto de os estudiosos sobre o tema considerarem que o mundo está enfrentando uma epidemia de proporções devastadoras. No que se refere à mortalidade, os dados são ainda mais preocupantes: anualmente, 3,2 milhões de mortes são decorrentes de complicações associadas ao diabetes. Isso significa aproximadamente 8.700 (oito mil e setecentos) mortes por dia e 6 (seis) mortes por minuto (OMS, 2003).

Ademais, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de diabéticos duplicará nos próximos 25 anos e atingirá 366 milhões de pessoas em 2030. A maioria deste crescimento resultará do aumento de 150% dos casos de diabetes em países em desenvolvimento. A estimativa do número de diabéticos para 2030, leva em consideração

o crescimento da população mundial e o envelhecimento da população. Também são consideradas as tendências de urbanização.

Diante desta realidade, a Federação Internacional de Diabetes e a Organização Mundial da Saúde elaboraram o *Livreto do Ação Já contra o diabetes*, no qual introduz a idéia de que os profissionais de saúde devem auxiliar os pacientes com diabetes a obter conhecimentos e adquirir habilidades para controlar sua própria doença. Essa seria uma medida essencial para que eles desfrutem de uma vida plena e saudável. O controle eficaz inclui mudança de estilo de vida, como a adoção de dieta saudável, práticas de atividades físicas, manutenção do peso adequado e abstenção de fumo.

Além disso, vários estudos têm demonstrado que mudanças permanentes do estilo de vida, como dieta e atividade física ainda podem reduzir os riscos de desenvolver o diabetes tipo 2. Exemplo disso é um estudo Finlandês, o qual demonstrou que uma alimentação balanceada, aumento da atividade física e pequena redução de peso podem diminuir significativamente o desenvolvimento de diabetes tipo 2 em adultos de meia idade que tenham alto risco de contrai-la (OMS, 2003).

A educação em saúde pode ser definida como conjunto de práticas que acontecem através das relações sociais e no cotidiano de suas ações, geralmente construídas pelos profissionais de saúde, entre si e com o seu meio, destacando neste, principalmente os usuários (L'ABBATE, 1994). A educação em saúde torna-se uma ferramenta importante para promoção de saúde da população, podendo ser desenvolvida em vários espaços de uma comunidade.

Na Estratégia de Saúde da Família, as ações de educação em saúde contam com um espaço que possibilita a aproximação dos problemas de saúde de uma determinada população, promovendo saúde e possibilitando uma assistência integral. A partir dessa perspectiva e da necessidade premente de conscientização da população sobre a necessidade de mudança no estilo de vida prevenção de doenças como o Diabetes Mellitus tipo 2, o presente trabalho é guiado pela seguinte situação-problema: A Implementação de uma atividade em grupo voltada para pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2, usuários da USF de Alto da Boa Vista no município de Olho D'Água do Casado – AL.

A comunidade do município de Olho D'Água do casado durante anos teve dificuldade ao acesso a atendimento médico continuado e carece ainda de diversas ações de atendimento básico de saúde, o que demanda para a equipe de profissionais um maior

número de consultas, e um reconhecimento amplo das necessidades de saúde dessa população. A equipe de saúde pode prover ainda muito mais do que apenas consultas individuais, mas sim, ofertar todas as possibilidades de intervenções de uma estratégia de saúde da família.

1.1 - Aspectos gerais do município

Olho D'Água do Casado é um município brasileiro localizado no oeste do estado de Alagoas, estando a uma altitude de 286 metros. Sua População recenseada em 2010, pelo IBGE é de 8.491 habitantes. Destacam-se alguns indicadores: IDH-M: 0,542(PNUD/2000) e 0,525, em 2010 (Atlas do Desenvolvimento do Brasil, o que situa este município na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo - IDHM entre 0,500 e 0,599). A dimensão que mais contribui para o IDHM deste município é Longevidade, com índice de 0,785, seguida de Renda, com índice de 0,527 e de Educação, com índice de 0,350, *Ranking*: Olho D'Água do Casado ocupa, ora, a 5432ª posição entre os 5.570 municípios brasileiros, segundo o IDHM. O seu Produto Interno Bruto –PIB está entre os R\$ 25.290,892 mil e a Renda per capita: de R\$ 3.015,13 (IBGE/2008) e, com porcentual de 30,10 de extremamente pobres, 52,74 por cento de pobres e *Índice de Gini(Renda, Pobreza e Desigualdade)* de 0,54 (Fonte: PNUD, IPEA e FJP).

Características geográficas: possui uma área de 322.264,3 Km² e dista 272 Km da Capital, Maceió. Clima Tropical, densidade demográfica de 26,35 hab./km². Limita-se ao norte com o município de Inhapi, ao sul com o estado de Sergipe a leste com o município de Piranhas e a oeste com os municípios de Água Branca e Delmiro Gouveia. O município recebe esse nome devido ao fazendeiro que se chamava José de Melo Casado, cuja fazenda tinha fonte de águas potável que abastecia moradores da região. Daí, o nome Olho D'Água do Casado, sua emancipação deu-se em 1962. O gentílico é casadense, o padroeiro é São José e o atual Prefeito: José Ferreira dos Santos –PT(2017 – 2020). O principal produto a mover a economia do município é o Caju (Castanha), fruta que é símbolo local. Além de agricultura familiar, com a produção, por exemplo, de milho e feijão, e a pecuária com a criação de ovinos e caprinos, tudo em pequena escala.

1.2 - Aspectos da Comunidade

Os postos de Lagoa da Cruz e Poço Salgado distam dezoito e vinte quilômetros, respectivamente, da sede do município, o caminho é realizado por estradas precárias, sem pavimentação. Não há transporte regular e só há, na comunidade, apenas uma ambulância, para atender os dois povoados. Nos dois povoados residem 463 famílias, perfazendo um total de 1748 pessoas. O desemprego é alto (muitas famílias contam apenas com o “bolsa família” e , esporádica, ajuda de terceiros).

As moradias são, em regra, precárias com cômodos insuficientes para abrigar o total de pessoas de cada família. Além disso, as condições de higiene, inadequadas, que seguem aumentando o número de casos de infecções respiratórias e digestivas. Inexiste saneamento básico e apenas 4,3% da população conta com água encanada. Esta população vive, basicamente, da agricultura familiar, de cerqueiro e criação de pequenas quantidades de animais de pequeno porte (ovinos e caprinos). Só quando chove, plantam feijão e milho. É muito grande a quantidade de desempregados e sub-empregados. Não existe coleta de lixo. O analfabetismo é elevado, sobretudo entre os maiores de 40 anos. Existe na área da ESF Alto da Boa Vista: uma quadra poliesportiva, situada no povoado Poço Salgado.

1.3 - O sistema municipal de saúde

Na área da saúde, Olho D'Água do Casado não possui hospital nem UPA, O SAMU é o único serviço de Urgência e Emergência do município. Os casos de média e alta complexidade são encaminhados para Delmiro Gouveia, Santana de Ipanema, Arapiraca e Maceió, todos, municípios do Estado de Alagoas. O apoio diagnóstico também é direcionado para esses municípios de referência.

Atenção Primária é a principal estratégia de organização da saúde do município e funciona como ordenadora de toda a rede de serviços. O município adotou a Estratégia de Saúde da Família para organizar a rede de Atenção Básica, e ora conta com quatro (04) Equipes de Saúde da Família, das quais, duas localizadas na sede do município, e um Núcleo de Apoio a Saúde da Família-NASF do tipo 2.

Para prover assistência à saúde da população o município possui atendimento nas especialidades Ginecologia e Obstetrícia, Psiquiatria, Cardiologia e Odontologia. Em relação à

assistência farmacêutica o município conta com uma farmácia central, situada no Centro de Saúde da sede. As demais Unidades Básicas recebem os medicamentos do referido Centro de Saúde para distribuição nas comunidades rurais. São disponibilizados medicamentos básicos para atender a demanda nos dois postos, como: anti-hipertensivos, antidiabéticos, analgésicos, anti-inflamatórios, antibióticos, entre outros.

1.4 - A Unidade Básica de Saúde Alto da Boa Vista

Segundo o último censo realizado pelo IBGE no ano de 2010, os povoados de Poço Salgado e Lagoa da Cruz, zona rural localizada a 18 e 20 km, respectivamente, da sede do município de Olho D'Água do Casado, Alagoas, possui aproximadamente 1.745 moradores, dos quais 896 mulheres (51.3%) e 849 homens (48.7%). A USF de Alto da Boa Vista, Município de Olho D'Água do Casado, Alagoas.

A estrutura da unidade conta com dois consultórios (medicina e enfermagem), 1 (uma) sala de vacina, 1 (uma) sala de curativo, cozinha, banheiros para os funcionários e pacientes e sala de recepção.

1.5 - A Equipe de Saúde da Família

Atualmente, a equipe é composta por 12 profissionais, dentre os quais: 06(seis) agentes comunitários de saúde;01(um) médico;01(uma) enfermeira; 01(uma) técnica de enfermagem;01(uma) cirurgiã-dentista;01 (um) auxiliar de consultório dentário;02 (dois) auxiliares de serviços gerais.

1.6 - O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe

O atendimento realizado pela equipe alto da boa vista é dividido para dois povoados: Lagoa da Cruz, às segundas e quintas-feiras; Poço Salgado às quartas e sextas-feiras. Em ambos são realizadas visitas domiciliares no território, acolhimento, triagem, atividades de sala de espera e consultas individuais.

O funcionamento da unidade ocorre entre as nove da manhã e as dezesseis horas da tarde. Para a realização do funcionamento, é necessário apoio dos agentes comunitários

de saúde que se revezam durante a semana, segunda uma escala pré-estabelecida na assistência, recepção e arquivo das unidades.

Os serviços prestados na USF são: consultas médicas e de enfermagem que atendem à demanda espontânea; atendimento de programas e cuidado continuado, direcionado o pré-natal, saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher e do homem; cuidados da pessoa idosa além de atendimento com consultas individuais de pacientes hipertensos e diabéticos, puericultura e distribuição de preservativos.

1.7 - O dia a dia da equipe

O trabalho da equipe é realizar atividades através de prestação de serviços de atendimento, tratamento, consultas clínicas, ações de prevenção e cuidados relacionados a saúde comunitária na área adscrita da USF.

A equipe realiza também: pesagem de crianças, acompanhamento do SISVAM, registros em documentos, organização de prontuários, agendamento de consultas individuais, organização e controle de dados colhidos no território. Os atendimentos de saúde bucal são realizados na sede do município, e são agendados pelos agentes comunitários de saúde.

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

Os problemas de saúde que afetam a comunidade, constatados pela equipe através de diagnóstico situacional, são a grande prevalência de doenças crônicas; Falta de abastecimento de água; falta de coleta de lixo; Falta de esgotamento e alto índice de desemprego entre a população.

1.9 - Priorização dos problemas a seleção do problema para plano de intervenção

A estratégia de grupo foi priorizada a partir de extenso trabalho de diagnóstico situacional que teve como base o levantamento de dados da população e através da participação da equipe e da população. Na estratégia de priorização do problema tentamos utilizar os conceitos de relevância e governabilidade no sentido de direcionar o esforço da equipe para estratégias realmente efetivas a curto e médio prazo.

Durante a priorização do problema, depois de pontuados os problemas principais entre a equipe e a comunidade, foram elencados parâmetros em tabela expositiva de: Importância, Urgência, capacidade de enfrentamento. A partir desta avaliação, o problema de doenças crônicas foi eleito como prioridade, sendo considerado um problema de ALTA importância pela sua prevalência e, desta forma, assumindo um ALTO grau de urgência sendo caracterizado em capacidade de enfrentamento como PARCIAL frente aos grandes desafios da abordagem do tema pela equipe.

Os problemas: falta de abastecimento de água; falta de coleta de lixo; falta de esgotamento e desemprego também foram amplamente discutidos pela equipe e comunidade, porém perderam na avaliação de priorização pelo quesito de governabilidade da equipe e da comunidade. Obedecendo a avaliação de prioridade, decidimos por desenvolver atividades relativas ao enfrentamento de doenças crônicas de forma primordial, pois, na atual conjuntura social, os demais problemas levantados, transcendem as possibilidades de enfrentamento, não imaginando soluções efetivas a curto e médio prazo.

A tabela da atividade desenvolvida entre a equipe e a comunidade segue abaixo, levando em consideração a estratégia e técnicas de priorização dos problemas principais sendo avaliados com relação à Importância, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe.

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade - Unidade Básica de Saúde Alto da Boa Vista, município de Olho D'Água do Casado, Alagoas.

Comunidades de Poço Salgado e Lagoa da Cruz –Equipe Alto da Boa Vista– Priorização dos Problemas				
Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Doenças Crônicas	Alta	7	Parcial	1
Falta de Coleta de Lixo	Alta	4	Baixa	3
Falta de Esgoto	Alta	4	Baixa	3
Abastecimento de Água	Alta	5	Baixa	2
Desemprego	Alta	5	Baixa	4

2 - JUSTIFICATIVA

Nos países em desenvolvimento, as pessoas jovens e produtivas são mais afetadas pelo diabetes tipo 2. Nestes países, $\frac{3}{4}$ dos diabéticos ainda não chegaram aos 65 anos. E 25% de todos os adultos com diabetes, tem menos de 44 anos. Nos países desenvolvidos, mais da metade dos diabéticos tem mais de 65 anos e apenas 8% dos adultos com diabetes tem menos de 44 anos (OMS, 2003).

O nível educacional precário, a carência de informações e conscientização sobre os riscos da doença contribuem para que a realidade da diabetes seja mais preocupante nos países em desenvolvimento. Ademais, o problema da obesidade e do sobrepeso está se expandindo para países em desenvolvimento, principalmente nas áreas urbanas (OMS, 2003).

Considerando que o ganho de peso pode resultar em resistência à insulina, a conscientização dos pacientes se torna atitude inadiável, uma vez que as complicações do diabetes podem ser evitadas ou retardadas quando existe um controle eficaz da dieta e o estímulo a exercícios físicos (OMS, 2003). De fato, a educação em saúde é um dos instrumentos mais importantes de prevenção e controle da diabetes. Ocorre que, atualmente, nos povoados de Poço Salgado e Lagoa da Cruz, o acompanhamento dos pacientes portadores de diabetes mellitus é realizado apenas por consultas regulares com médico e enfermeiras, bem como pelos exames complementares de laboratório. É necessário, portanto, desenvolver atividades voltadas especificamente à conscientização dos portadores de diabetes.

Por estas razões, o presente trabalho tem por objetivo a elaboração de um plano de ação visando implementar atividade em grupo, a fim de conscientizar os pacientes portadores de diabetes mellitus, bem como seus familiares, sobre a necessidade de atividade física, mudança de comportamento, dieta, consultas regulares, posologia dos medicamentos, exames complementares dos níveis glicêmicos, perfil lipídico, e, desta forma, contribuir no retardamento e/ou minimizando as consequências desta doença crônica.

O trabalho com grupos ainda é visto com algum preconceito por gestores e até mesmo pela população por acreditarem que os profissionais de saúde estariam sendo mais efetivos realizando apenas consultas individuais. No entanto, as atividades em grupo possibilitam, dentro da Estratégia de Saúde da Família, focar temas como prevenção, tratamento e acompanhamento de agravos importantes. Assim como se torna um importante espaço para incentivar a autonomia e o cuidado os usuários com a sua saúde.

No nosso entendimento as ações em grupo são de suma importância, tanto com relação à orientação a respeito das fisiopatologias de diversas doenças, bem como as variadas

formas de tratamentos efetivos, levando em consideração a individualização de cada paciente. Os grupos podem ainda servir como uma ferramenta importante na agenda dos profissionais, diminuindo os atendimentos individuais, e potencializando o acompanhamento e o cuidado continuado com grupos.

3 - OBJETIVOS

3.1 - Objetivo geral

- Desenvolver atividade em grupo com usuários hipertensos e diabéticos;

3.2 - Objetivos específicos

- Fomentar, na equipe de saúde, a importância das atividades de grupo na estratégia de saúde da família.
- Desenvolver atividade de grupo de hipertensos e diabéticos em um período de doze meses, totalizando 12 (doze) encontros mensais.
- Realizar parceria com o NASF para ampliar abordagens nas ações de educação em saúde.

4 - METODOLOGIA

O presente trabalho é caracterizado como um plano de ação, tendo como público alvo os pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 atendidos pela USF de Alto da Boa Vista no município de Olho D'Água do Casado, Alagoas.

A USF dos povoados de Poço Salgado e Lagoa da Cruz possui 45 pacientes catalogados como portadores de diabetes mellitus tipo 2. O acompanhamento destes pacientes é realizado por meio de consultas semanais com médico e enfermeira, bem como por meio da realização de exame de glicemia capilar pela técnica de enfermagem. Durante as consultas, os pacientes são orientados sobre a importância da dieta, do uso correto e regular dos medicamentos, bem como da necessidade dos exercícios físicos.

No entanto, a baixa escolaridade dos pacientes dificulta um acompanhamento adequado, pois os métodos tradicionais acima citados se mostram insuficientes para a conscientização sobre as formas de controle da doença.

Por esta razão, este trabalho tem por objetivo a elaboração de um plano de ação para implementar uma atividade em grupo, a fim de conscientizar os portadores de diabetes mellitus atendidos pela USF de Alto da Boa Vista, da importância da dieta, do uso posológico dos medicamentos, do controle de hipertensão arterial e das dislipidemias, bem como sobre a necessidade da prática regular de atividades físicas.

Grupos semelhantes já foram implementados em algumas USF's ao redor do Brasil e têm demonstrado resultados positivos. Nestas experiências, revelou-se a necessidade de utilizar métodos diferenciados para a conscientização dos pacientes como, por exemplo, os jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos (TORRES et al., 2003). Em acréscimo, algumas USF's também ministram oficinas de culinária com o objetivo de conscientizar os diabéticos sobre a importância da dieta.

O plano de ação desenvolvido neste projeto será elaborado tendo por base os métodos tradicionais de educação em saúde (palestras educativas), bem como os métodos criativos e lúdicos citados acima (jogos em grupos operativos e oficinas de culinária). A utilização destes métodos diferenciados se mostra necessária pois quando se fornece informação não significa que o paciente a estará incorporando, é preciso garantir que ele participe ativamente do processo de aprendizado (PIMAZONI NETTO, 2009)

5 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1- Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo adotada como um modelo de atenção à saúde fundamental para reorganização das práticas assistenciais, baseando-se nos princípios do Sistema Único de Saúde, com um enfoque na saúde coletiva, nos determinantes sociais, no território e na prevenção, em contrapartida ao modelo curativo centrado apenas na doença e na saúde individual das pessoas (FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. 2012).

Em particular a Estratégia de Saúde da Família tem papel fundamental nesse contexto, tornando-se a ordenadora do cuidado e assim como dispositivo principal para operacionalizar os princípios da Atenção Primária, sendo eles descritos por Starfield (2002) como primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, abordagem familiar e enfoque comunitário.

A Atenção Primária deve ter seu enfoque, principalmente, para a atenção às condições crônicas, visto que essas acometem uma grande parcela da população, voltando-se para prevenção, tratamento e reabilitação dos agravos de maior relevância, através da adoção de tecnologias de gestão da clínica, tais como as diretrizes terapêuticas, a orientação do cuidado e a gestão de patologias (SHIMAZAKI, M.E., 2009).

Entende-se, com base na nomenclatura, Atenção Primária e Atenção Básica como termos equivalentes, usaremos então nesse trabalho as duas designações para tratar o mesmo nível de atenção à saúde no SUS.

O perfil de adoecimento da população mostra uma alta prevalência de agravos crônicos e suas diversas complicações, como por exemplo, as doenças cardiovasculares e o Diabetes Mellitus (DM), com perspectiva de crescimento nos próximos anos (BRASIL, 2013). Nessa perspectiva, o enfoque preventivo, a integralidade na assistência, o trabalho no território e o cuidado continuado possibilitado pela da Estratégia de saúde da Família dentro da APS torna-se fundamental para mudança desse cenário.

5.2 - Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Diabetes mellitus e suas complicações

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) são as principais fontes da carga de doença no Brasil, nos últimos anos mais de 70% das mortes no Brasil estavam relacionadas às DCNT. Dentro desse grupo específico de agravos, as doenças cardiovasculares e o **Diabetes Mellitus** e suas complicações tem grande relevância, por se tratarem de agravos que são sensíveis a políticas públicas de saúde preventivas (SCHIMIDT, ET AL; 2011).

O Diabetes caracteriza-se como um grupo de doenças do metabolismo, evidenciadas por hiperglicemia e comumente associadas a complicações e disfunções em vários órgãos do corpo humano. De acordo com a classificação etiológica é dividido em diabetes tipo 1, diabetes tipo 2 e o diabetes gestacional que muitas vezes é identificado como estágio pré-clínico da doença que se apresenta no período gestacional. Dentre os tipos desse agravo, o diabetes tipo 2 compreende cerca de 90% do total de casos no país (BRASIL, 2006).

A grande maioria dos casos de diabetes podem ser acompanhados na atenção básica, mais especificamente pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Algumas ações podem prevenir tanto o surgimento da doença como também, depois de diagnosticado o agravo, suas diversas complicações. O rastreamento da população que tem alto risco de desenvolver o diabetes é denominado de prevenção primária e o diagnóstico precoce da doença de prevenção secundária, ambos são fundamentais para propiciar qualidade de vida para a população (BRASIL, 2013).

6 - PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Alta prevalência de doenças crônicas”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017).

6.1 - Descrição do problema

A alta prevalência de doenças crônicas é um problema esperado a nível de atenção básica, pois tanto a hipertensão como o Diabetes apresentam uma condição epidemiológica esperada. O grande desafio com relação ao tema, é relativo ao cuidado continuado dos pacientes já diagnosticados e a busca ativa de pacientes portadores da patologia que ainda não foram identificados.

A estratégia de levantamento de dados epidemiológicos pelos registros da equipe é de grande valia para uma abordagem inteligente e intervenções eficazes. A partir do conhecimento do número total da população adscrita na unidade de saúde e utilizando dados de levantamento da própria unidade é possível levantar o número de: hipertensos esperados; hipertensos cadastrados, hipertensos confirmados; hipertensos acompanhados conforme; hipertensos controlados; diabéticos esperados; diabéticos confirmados; diabéticos acompanhados conforme, diabéticos controlados e dessa forma realizar um trabalho de intervenção melhorando a qualidade do atendimento deste público específico.

6.2 - Explicação do problema

A alta prevalência de doenças crônicas é uma realidade mais do que conhecida e esperada. Estratégias de acompanhamentos desses pacientes são rotinas de todas as unidades de saúde da família. Mais do que uma tendência, existe sim, a necessidade de manutenção de linhas de cuidados de pacientes portadores de hipertensão e diabetes para que dessa forma possamos prevenir a mortalidade por doenças cardiovasculares.

A abordagem de doenças crônicas encontra vários entraves. Desde dificuldades encontradas pelos pacientes, passando por dificuldades da equipe de saúde que interagem

com problemas sociais e em maior grau com as dificuldades relacionadas políticas públicas que dificultam o acesso e o acompanhamento integral do paciente.

Apesar de todo o conhecimento da equipe a respeito de temas amplamente discutidos na formação dos profissionais de saúde, estimular a equipe de saúde a realizar atividades voltadas a prevenção e seguimento desses pacientes é um desafio. Muitas vezes, o atendimento desta demanda é visto como uma atividade tediosa por alguns membros da equipe. Existe ainda por parte de alguns profissionais a resistência de desenvolver atividades de grupo, mesmo sabendo da sua importância, não se sentem estimulados a desenvolver atividades de grupo por não terem familiaridade e não se sentirem à vontade com esse tipo de abordagem.

Outro ponto que muitas equipes deixam a desejar é a análise de dados das unidades, de forma costumeira, não havendo o hábito de se realizar levantamentos epidemiológicos locais adequados a respeito acompanhamento desses pacientes. Deixando de realizar a importante tarefa de monitorização dos resultados da equipe e avaliação de resultados de intervenções. A motivação da equipe no enfrentamento perene desses temas é uma necessidade constante.

Além da prevalência já esperada dessas patologias, dos desafios constantes da equipe de saúde em suas abordagens, temos ainda diversos problemas associados. Problemas esses que se associam, interagem e contribuem para uma dificuldade no acompanhamento e seguimento desses pacientes. Podemos citar: índice de analfabetismo elevado, desemprego, falta de recursos para aquisição de medicamentos, falta de disponibilização de medicamentos na atenção básica, dificuldade de acesso a diversos profissionais, má adesão ao tratamento, dificuldade de entendimento de riscos cardiovasculares associados, ausência de atividades de grupo na unidade e a falta de entendimento da importância das atividades de grupo por parte da equipe e da comunidade.

A dificuldade de se realizar um bom acompanhamento das doenças crônicas na atenção básica culmina em pacientes com doenças cardiovasculares avançadas. Estes requerem grande demanda dos serviços de saúde, tanto da atenção básica, como também da média e alta complexidade por apresentarem doença coronariana avançada, sequelas de doenças cerebrovasculares e sequelas destes acometimentos gerando grande sofrimento físico e psicológico do indivíduo acometido.

Quadro 2- Seleção dos “nós críticos” relacionado ao problema “Alta prevalência de doenças crônicas”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Alto da Boa Vista, do município Olho D’Água do Casado do Estado de Alagoas

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Recursos Necessários
Ausência de Atividade de grupo	Palestra à Equipe. “Importância das Atividades de grupo”	Envolver todos os membros da equipe em atividades de grupo	01 palestra educativa para equipe	Organizacional Motivacional Cognitivo
Hábitos e Estilo de Vida inadequados	Palestra à Comunidade “Modificando causas evitáveis”	Estimular realização de atividades saudáveis pelos pacientes diagnosticados	Banner educativo 01 palestra a comunidade	Organizacional Financeiro Cognitivo
Baixa Escolaridade	Palestras à Comunidade. “ Ta curioso?”	População mais informada a respeito de doenças crônicas	Avaliação do nível de informação da comunidade	Organizacional Político: Intersetorial: educação de adultos
Estrutura do Serviço Inadequada	Encontrando novos espaços “Aqui está ótimo”	Determinar local adequado para realizar as atividades	Viabilizar espaços adequados para realização de atividades	Político Financeiro
Processo de Trabalho da Equipe	Viabilizando a agenda “Como falar pra tanta gente”	Viabilizar turnos dos profissionais em atividades de grupo	Determinar profissionais específicos para atividades expositivas	Motivacional Organizacional
Assistência farmacêutica Deficiente	Facilitando acesso ao Medicamento “ Ta aqui seu medicamento”	Distribuição de medicamentos em atividades de grupo	Levantamento de medicamentos em falta na farmácia básica	Político: Articulação entre setores Organizacional

6.4 - Desenho das operações

Ao considerar o problema alta incidência de doenças crônicas é possível, dentro da nossa realidade, pontuar os seguintes nós críticos: ausência de atividades de grupo; assistência farmacêutica inadequada; hábitos e estilos de vida; baixa escolaridade; estrutura do serviço de saúde e processo de trabalho da equipe de saúde. Dentre os “nós críticos” citados podemos destacar a ausência de atividade em grupo como “nó crítico 1” e a partir do pressuposto, realizamos no quadro abaixo uma análise sobre desenho das operações acerca do mesmo.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta prevalência de doenças crônicas”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Alto da Boa Vista, do município Olho D’Água do Casado do Estado de Alagoas

Nó crítico 1	Ausência de atividade grupos na Unidade
Operação (operações)	Palestra a Equipe
Projeto	“ Importância das Atividades de Grupo
Resultados esperados	Envolver todos os membros da equipe em atividades de grupo
Produtos esperados	Realizar 12 palestras ao grupo de hipertensos e diabéticos
Recursos necessários	Estrutural: Local para realização Cognitivo: Desenvolvimento de expertise em atividades de grupo Financeiro: Relativo ao local e a materiais de divulgação Político: Contatos Intersetoriais
Recursos críticos	Estrutural: Local para Realização Cognitivo: Realização de palestras com material audiovisual Político: Contatos intersetoriais Financeiro: Materiais de divulgação.
Controle dos recursos críticos	Disponibilização de recursos audiovisuais e recursos gráficos para material de divulgação das atividades
Ações estratégicas	Reuniões com a equipe

Prazo	12/12/2020
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico e enfermeiro da unidade
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Trimestral

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Hábitos e Estilo de Vida inadequados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Alto da Boa Vista, do município Olho D’Água do Casado do Estado de Alagoas

Nó crítico 2	Hábitos e Estilo de Vida inadequados
Operação (operações)	Trabalhar através da educação em saúde nas atividades em grupo, aspectos relacionados aos hábitos de vida e sua relação com as doenças crônicas.
Projeto	Hábitos de Vida Saudáveis
Resultados esperados	Envolver todos os membros da equipe em atividades de grupo
Produtos esperados	Abordar nas palestras durante o grupo de hipertensos e diabéticos o tema: Hábitos de vida saudáveis.
Recursos necessários	Estrutural: Local para realização Cognitivo: Desenvolvimento e abordagem eficaz do tema nas atividades de grupo Financeiro: Relativo ao local e a materiais de divulgação Político: Contatos Intersetoriais
Recursos críticos	Estrutural: Local para Realização Cognitivo: Realização de palestras com material audiovisual, panfletos, cartazes; Político: Contatos intersetoriais

	Financeiro: Materiais de divulgação.
Controle dos recursos críticos	Disponibilização de recursos audiovisuais e recursos gráficos para material de divulgação das atividades
Ações estratégicas	Reuniões com a equipe
Prazo	12/12/2020
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico, Enfermeiro, Profissionais do Núcleo de apoio a Saúde da Família.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Trimestral

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Baixa Escolaridade”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Alto da Boa Vista, do município Olho D’Água do Casado do Estado de Alagoas

Nó crítico 3	Baixa escolaridade
Operação (operações)	Trabalhar as ações de educação em saúde em grupo de com linguagem e metodologia apropriada para entendimento, fomentadas com pela equipe multiprofissional.
Projeto	Palestras à comunidade
Resultados esperados	Envolver todos os membros da equipe, incluindo NASF no desenvolvimento das metodologias e abordagem das atividades de grupo.
Produtos esperados	Levar informação à comunidade.
Recursos necessários	Estrutural: Local para realização Cognitivo: Desenvolvimento e abordagem eficaz do tema nas atividades de grupo Financeiro: Relativo ao local e a materiais de divulgação Político: Contatos Intersetoriais
Recursos críticos	Estrutural: Local para Realização

	<p>Cognitivo: Realização de palestras com material audiovisual, panfletos, cartazes, melhorar a comunicação com a comunidade.</p> <p>Político: Contatos intersetoriais</p> <p>Financeiro: Materiais de divulgação.</p>
Controle dos recursos críticos	Disponibilização de recursos audiovisuais e recursos gráficos para material de divulgação das atividades
Ações estratégicas	Reuniões com a equipe, divulgação de atividades por mídias sociais, em setores e eventos na comunidade.
Prazo	12/12/2020
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico, Enfermeiro, Profissionais do Núcleo de apoio a Saúde da Família.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Trimestral

6.5 - Organizando o Projeto de Intervenção

Após diagnóstico situacional, assumindo como problema priorizado a abordagem de doenças crônicas, foi constatado pela equipe a ausência de atividades de grupo, voltados para pacientes diabéticos e hipertensos da área de abrangência da unidade de saúde. Optado pela abordagem surgiu a necessidade de programação atividades, temas, profissionais responsáveis por cada um dos mesmos e a discriminação do custo de cada atividade além do prazo para execução dos mesmos. Os materiais e equipamentos audiovisuais necessários para a execução das atividades também precisaram ser discriminados em cada atividade.

A delimitação de atribuições de temas de forma prévia para cada profissional é de suma importância, para que o mesmo possa desenvolver recursos de oratória e audiovisual. Deve desenvolver uma atividade de excelência com aproveitamento ótimo do tempo de 30 (trinta) minutos destinado a cada palestra evitando repetição de temas ou abordagens prolixas que configuram tédio a esse tipo de atividade.

O profissional será ainda dispensado de um turno de trabalho por mês para desenvolvimento desta atividade, apenas no mês que estiver escalado para desenvolver a

atividade de grupo. Logo serão necessários 02 (dois) turnos por mês do profissional, um para desenvolvimento e outro para execução da atividade de grupo.

O que muitas vezes torna atividades de grupo monótonas e desinteressantes é a metodologia utilizada na abordagem dos temas, sendo de suma importância também, que os temas abordados venham a partir de demandas e necessidades cotidianas da população, aumentando assim a sua adesão e participação nos grupos. Na escolha dos temas optamos por escolher temas diversos, alguns mais complexos, porém que fazem parte da realidade e do contexto sócio epidemiológico de muitos usuários.

Desenvolver técnicas de oratórias e formas de explicar temas simples como prevenção, alimentação, atividade física, e temas mais complexos como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, edema agudo de pulmão, retinopatias e conceitos de endodontia pode ser um desafio de grande valia tanto para os profissionais da equipe como para toda a comunidade.

O planejamento dos grupos é fator primordial para a sua realização, cabe aos profissionais responsáveis pelas atividades a sua organização e o aprimoramento das ações, como uma forma também de capacitar-se para executá-las, aliando conhecimentos entre os membros da equipe, assim como desenvolvendo a sensibilidade na percepção de fatores de risco e proteção dos usuários, para tornar o espaço cada vez mais efetivo (OLIVEIRA et Al, 2009).

A escolha da metodologia pelos profissionais responsáveis deve pautar uma linguagem acessível para apresentação de temas propostos, recursos audiovisuais, assim como a associação e problematização com a realidade e o dia a dia dos usuários, tornando o diálogo participativo e visando propiciar um maior interesse da equipe e da comunidade em relação à atividade de grupo.

Muitos justificam que não vale a pena tratar de temas complexos com uma comunidade de baixa escolaridade, mas esse é o grande desafio para a equipe, alertar sobre sinais e sintomas de acometimentos agudos, o que pode interferir sobremaneira no processo de cuidado desses usuários, muitas vezes aumentando inclusive adesão ao tratamento e adoção de medidas preventivas como a prática de exercícios, abandono ao tabagismo e propiciando um melhor acompanhamento da doença de base.

As atividades em grupo estão previamente agendadas uma vez por mês, por um período de um ano, podendo haver mudanças nas datas a serem apresentadas. Pode ocorrer ainda, mudança dos profissionais e dos temas agendados para a mesma data. Os Temas a serem discutidos em cada encontro devem levar em consideração temas atuais e fazer parte da rotina de cada profissional. Cada profissional envolvido será ainda liberado por um turno por mês para que possa desenvolver recursos áudio visuais para serem apresentados nas atividades de grupo; logo cada profissional necessitará de 02 turnos para desenvolver a atividade, um turno para planejamento e outro turno para execução da atividade.

Segue no Apêndice A uma tabela, discriminando a atividade, prazo, profissional responsável e principalmente os temas. Os temas escolhidos para as palestras foram realmente desafiadores que certamente irá exigir muito dos profissionais responsáveis pela atividade.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexidade da nossa intervenção se revela no elencar dos inúmeros problemas levantados, dos diversos nós críticos e de recursos necessários. Há que se entender, porém, que a comunidade tem todo o tempo do mundo para resolver esses problemas nas décadas que se seguem. Cabe a equipe, em sua contemporaneidade, para diminuir suas aflições e incômodos, realizar diagnóstico situacional trabalhando e intervindo no que está ao seu alcance.

Por fim, é importante ressaltar que todos os prazos delimitados devem ser respeitados. Devendo ainda o projeto de intervenção passar por processo de monitorização trimestral, para um bom andamento e avaliação das atividades desenvolvidas. Temos entendimento das dificuldades da realização do nosso projeto de intervenção, mas acreditamos que uma equipe de saúde orientada e motivada pode concluir com êxito todas as atividades e objetivos propostos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. Brasília, [online], 2016b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 15 de junho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2013.

BRASIL . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica, n. 16. Brasília, 2006.

CAMARGO et al. **Promoção e avaliação da atitude de Vigilância Nutricional na Atenção Básica à Saúde de municípios das bacias Piracicaba-Capivari**. Disponível em: http://www.unicamp.br/nepa/publicacoes/san/2010/XVII_2/docs/promocao-e-avaliacao-da-atitude-de-vigilancia-nutricional-na-atencao-basica-a-saude-de-municipios-das-bacias-piracicaba-capivari.pdf. Acesso em: 12 outubro de 2015.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon / UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon / UFMG, 2010. Disponível em: www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avalicao_das_acoes_de_saude_2/3. Acesso: 20 de junho de 2019.

FAUCI, A. S. et al (editores). **Harrison Medicina Interna**. Tradução Ademar Valadares Fonseca e outros. 17.ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2008.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. **Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas**. In: Modelos de atenção e a saúde da família / Organizado por Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D'Andrea Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p.43-67.

L'ABBATE, S. **Educação em saúde: uma nova abordagem**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1994, vol.10, n.4, pp.481-490. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1994000400008>

LOPES, A. C. (editor). Guia de Clínica Médica. In: SCHOR, Nestor (editor). **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar: UNIFESP – Escola Paulista de Medicina**. São Paulo: Manole Ltda., 2007.

MICHELS, M.J.; *Et al.* **Questionário de Atividades de Autocuidado** com Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v 54, n. 7, p. 644-651. Oct. 2010. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000427302010000700009&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 nov.2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302010000700009>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Livreto do Ação Já contra o diabetes**. 2003. Disponível em: www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=322&Itemid=801. Acesso em 10 de novembro de 2015.

PIMAZONI NETTO, A. **Trabalhando com grupos de diabetes**. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/colunistas/dr-augusto-pimazoni-netto/trabalhando-com-grupos-de-diabetes>. Acesso em 10 de novembro de 2015.

SCHMIDT, M. I. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. The Lancet, London; Maio, 2011.

SHIMAZAKI, M. E. (Org.). **A Atenção Primária à Saúde**. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina 2 e 3. Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: Oficina 1 – Análise da atenção primária à saúde. Guia do participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. P. 10-16.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1039-1047, Aug. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000400026&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000400026>.

APÊNDICE A**Tabela de Atividades em grupo e cronograma de realização da Equipe de saúde da USF Alto da Boa Vista**

Atividade	Prazo	Profissional Responsável	Temas
Reunião com toda equipe Apresentação da Proposta	15/08/2019	Médico/ Enfermeiro	Desenvolvimento de expertise em atividades de grupo
Confeção de Material de Divulgação da atividade	05/09/2019	Todos da equipe	Estratégias de divulgação de atividades na atividade de atenção básica
Anexar e distribuir material de divulgação	13/09/2019	Agentes Comunitários de saúde	Estratégias de divulgação de atividades na atividade de atenção básica
Confeccionar ficha de satisfação da atividade	20/09/2019	Médico/Enfermeira	Elaboração de instrumento de avaliação de fácil entendimento
Apresentação de ficha de avaliação	23/09/2019	Médico e Enfermeiro	Elaboração de instrumento de avaliação de fácil entendimento
1ª Atividade em Grupo	27/09/2019	Enfermeira Médico	Tema1: “A importância das atividades em grupo X consultas individuais” Tema 2: “ Importância e avaliação da Adesão ao tratamento e seus entraves”
2ª Atividade em Grupo	27/10/2019	Dentista Enfermeiro	Tema 1: “ Peculiaridades do atendimento odontológico do paciente diabético e hipertenso.” Tema 2: “ Hábitos de vida Saudável no tratamento da Hipertensão e Diabetes”
3ª Atividade em Grupo	24/11/2019	Agente de Saúde Enfermeiro	Tema 1: “ O papel do agente de saúde na adesão ao tratamento dos pacientes” Tema2: “Dispensando medicamentos na atividade de grupo- ”

4ª Atividade em Grupo	20/12/2019	Médico Dentista	Tema 1: “ Doença renal associada a diabetes e hipertensão” Tema 2: “ Endodontia, extração dentária e seus custos para o paciente diabético e hipertenso”
5ª Atividade em Grupo	20/01/2020	Enfermeiro Médico	Tema 1 : “ Prevenindo amputação de membros - Você já se imaginou amputado?” Tema 2: “ Doenças oftalmológicas relacionadas ao diabetes e hipertensão”
6ª Atividade em grupo	18/02/2020	Médico Enfermeiro	Tema 1: “ A importância da hemoglobina glicada no acompanhamento do paciente diabético.” Tema 2: “ Opções de coberturas para feridas do pé diabético”
7ª Atividade em Grupo	22/03/2020	Dentista Médico	Tema 1 : “ O estigma da extração dentaria como resolução da saúde bucal da atenção primária” Tema 2 : “ O coração Sofre: Infarto Agudo do Miocárdio”
8ª Atividade em grupo	23/04/2020	Médico Enfermeiro	Tema 1: “ Pico Hipertensivo e Edema Agudo de Pulmão” Tema 2: “ A importância do levantamento de dados de doenças crônicas”
9ª Atividade em Grupo	20/05/2020	Médico Enfermeiro	Tema 1: “Covid-19: como se proteger?” Tema 2: “Uso correto da máscara e lavagem das mãos”
10ª Atividade em Grupo	22/06/2020	Médico Agente de Saúde	Tema 1: “ Hipertensão e Diabetes na pandemia do covid-19: importância do tratamento” Tema 2: “ Higiene e saúde: importância na prevenção do covid-19”

11ª Atividade em Grupo	24/07/2020	Médico Enfermeiro	Tema 1: “ Acidente vascular encefálico (AVC) : Meu pai teve derrame !” Tema 1: Cuidados do paciente sequelado pelo AVC