

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

THAÍS ARRUDA SIQUEIRA SANTOS

**ADESÃO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS AO  
TRATAMENTO: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DE UMA EQUIPE  
DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

CAMPOS GERAIS-MG

2014

THAÍS ARRUDA SIQUEIRA SANTOS

**ADESÃO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS AO  
TRATAMENTO: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DE UMA EQUIPE  
DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção de Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava

CAMPOS GERAIS-MG

2014

THAÍS ARRUDA SIQUEIRA SANTOS

**ADESÃO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS AO  
TRATAMENTO: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DE UMA EQUIPE  
DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Examinador 1: Profa.

Examinador 2: Profa.

Aprovada em Belo Horizonte em 6 de Dezembro de 2014

*Dedico este trabalho às comunidades Posses, Reserva, Grotão, Campinho, Jardim, Mata de Baixo, Charquinho, Mata de Cima e Cafundó, que são a razão deste trabalho;*

*A Equipe ESE José Guilherme Campos que compartilhou comigo a busca do conhecimento e o aprimoramento do nosso trabalho;*

*Aos meus pais que me apoiaram e incentivaram em todos os momentos de minha formação.*

*Agradeço a minha orientadora Professora Dra.  
Silvana Maria Coelho Leite Fava, pela  
dedicação e ensinamentos;*

*A minha querida equipe, pela ajuda e apoio;*

*A Secretaria Municipal de Saúde de Maria  
da Fé e Coordenação Básica de Saúde pelo  
apoio.*

## RESUMO

A atenção básica de saúde constitui um modelo assistencial para responder as necessidades de saúde das pessoas, a partir de práticas participativas e do trabalho em equipe. Este estudo emerge de uma análise da equipe da Estratégia de Saúde da Família José Guilherme Campos, localizada na zona rural do município de Maria da Fé-MG, sobre os principais problemas e as dificuldades pela equipe para a sua minimização. Desta análise resultaram diferentes problemas, entretanto, o controle inefetivo do tratamento do Diabetes *Mellitus* entre as pessoas das áreas adstritas é o prioritário. O controle inefetivo corrobora para elevar as taxas de complicações e é multicausal, pois, relaciona-se ao grau de escolaridade, ao desconhecimento sobre a doença e tratamento; a dificuldade de incorporar a cronicidade no viver; a organização do processo de trabalho que dificulta o acompanhamento longitudinal, o acesso ao serviço de saúde e ao atendimento as necessidades das pessoas com Diabetes *Mellitus*. A partir de um trabalho coletivo e fundamentado nas atuais diretrizes brasileiras de Diabetes *Mellitus* e nos princípios de grupo operativo de Pichon Riviere foi elaborado um plano de intervenção construído a partir do projeto intitulado: Viva Bem e dois subprojetos: Unidos pela Saúde, que visa melhorar a adesão das pessoas ao tratamento farmacológico e não farmacológico, e COMUNICAÇÃO, que objetiva o acompanhamento longitudinal das pessoas com Diabetes *Mellitus* e o acesso às consultas médicas e de enfermagem. Este plano de intervenção constitui uma alternativa viável e exequível que contribui para melhorar a adesão das pessoas ao tratamento, minimizando as suas complicações e para a melhoria da qualidade de vida.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde, Diabetes Mellitus, Qualidade de Vida

## ABSTRACT

The basic attention is a health care model to meet the health needs of the people, from participatory practices and teamwork. This study emerges from an analysis of the family health strategy José Guilherme Campos, located in rural municipality of Maria da Fé, Minas Gerais, on the main problems and difficulties for the team for their minimization. This analysis resulted in various problems, however, the ineffective control of the treatment of Diabetes Mellitus among people of the areas concerned is the priority. The control ineffective corroborates to raise the rates of complications and is therefore multicausal relates to the degree of education, ignorance about the disease and treatment; the difficulty of incorporating the chronicity in living; the Organization of the work process that hinders the longitudinal follow-up, access to health services and addressing the needs of people with Diabetes Mellitus. From a collective work and based on current Brazilian guidelines of Diabetes Mellitus and the principles of operating group of Pichon Riviere was drafted a contingency plan built from the project entitled: Alive and Well two subprojects: United by health, which aims to improve the adhesion of the people to pharmacological treatment and pharmacological, and Communication, aimed at the longitudinal follow-up of people with Diabetes Mellitus and the access to nursing and medical consultations. This action plan constitutes a viable and feasible alternative that contributes to improve the adhesion of the people to treatment, minimizing its complications and to improve the quality of life.

Keywords: Primary Health Care , Diabetes Mellitus , Quality of Life

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro	1	Priorização dos problemas levantados pela equipe de Estratégia Saúde da Família José Guilherme Campos – Maria da Fé – MG	<b>24</b>
Quadro	2	Descrição do problema selecionado na ESF José Guilherme Campos – Maria da Fé - MG	<b>25</b>
Figura	1	Causas da dificuldade na adesão ao tratamento de pessoas com Diabetes Mellitus cadastradas na ESF José Guilherme Campos – Maria da Fé-MG	<b>26</b>
Quadro	3	Operações para os nós críticos dos problemas detectados pela ESF José Guilherme Campos – Maria da Fé-MG	<b>28</b>
Quadro	4	Recursos críticos para o desenvolvimento das operações ESF José Guilherme Campos – Maria da Fé-MG	<b>35</b>
Quadro	5	Análise da viabilidade do plano ESF José Guilherme Campos – Maria da Fé-MG	<b>37</b>
Quadro	6	Elaboração do plano operativo para a ESF José Guilherme Campos – Maria da Fé-MG	<b>39</b>
Quadro	7	Gestão do plano	<b>40</b>
Quadro	8	Gestão do plano	<b>41</b>
Figura	2	Fluxo de Atendimento para as pessoas com DM na ESF José Guilherme Campos – Maria da Fé-MG	<b>42</b>



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABS Atenção Básica à Saúde

ACS Agente Comunitário de Saúde

APS Atenção Primária à Saúde

DATAcenso Sistema Informatizado de Saúde de Nível Municipal

DM Diabetes Mellitus

ESF Estratégia de Saúde da Família

HIPERDIA Sistema informatizado do Ministério da Saúde para o cadastro e acompanhamento de pessoas com DM e HAS

NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PSF Programa de Saúde da Família

SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS Sistema único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

UESF Unidade de Estratégia Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>14</b>
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>18</b>
<b>6</b>	<b>CONSTRUÇÃO DO PLANO DE AÇÃO</b>	<b>20</b>
<b>6.1</b>	<b>Reconhecimento do Município</b>	<b>20</b>
<b>6.2</b>	<b>Proposta de Intervenção</b>	<b>22</b>
<b>7</b>	<b>ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO</b>	<b>24</b>
<b>7.1</b>	<b>Primeiro passo: definição dos problemas</b>	<b>24</b>
<b>7.2</b>	<b>Segundo Passo: priorização dos Problemas</b>	<b>24</b>
<b>7.3</b>	<b>Terceiro Passo: descrição do Problema Selecionado</b>	<b>25</b>
<b>7.4</b>	<b>Quarto Passo: explicação do Problema</b>	<b>25</b>
<b>7.5</b>	<b>Quinto Passo: seleção dos nós críticos</b>	<b>27</b>
<b>7.6</b>	<b>Sexto Passo: desenho das operações</b>	<b>27</b>
<b>7.7</b>	<b>Sétimo passo: identificação dos recursos críticos</b>	<b>35</b>
<b>7.8</b>	<b>Oitavo Passo: análise da viabilidade do plano</b>	<b>36</b>
<b>7.9</b>	<b>Nono Passo: elaboração do plano operativo</b>	<b>38</b>
<b>7.10</b>	<b>Décimo passo: gestão do plano</b>	<b>40</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>43</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>44</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária a Saúde (APS) é parte integral do sistema de saúde do país, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É considerada essencial à saúde, sendo baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, sendo universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar (OLIVEIRA, 2007).

A APS incorpora princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação de Atenção Básica a Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado (MATTA; MAROSINI, 2009).

Após décadas de privilégio à atenção hospitalar, herança da medicina previdenciária, os esforços, programas e investimentos públicos passaram a se concentrar na atenção básica, com a adoção do Programa de Saúde da Família (PSF). A sua implantação constitui um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira (SCOREL et al, 2007).

Hoje no Brasil, a organização da Atenção Básica é constituída por 36 mil equipes de saúde da família, 300.000 agentes comunitários de saúde, 23 mil equipes de saúde bucal. Este investimento tem sido um dos fatores fundamentais para a queda da mortalidade infantil, diminuição da mortalidade materna, redução do número de cáries, controle e tratamento de doenças infecciosas como a dengue e a tuberculose e também as condições crônicas, como o Diabetes Mellitus, a Hipertensão Arterial Sistêmica e as doenças cardíacas (MINAYO, 2014).

Ainda, de acordo com a autora, este é um nível do sistema que também passa por dificuldades, dentre essas estão a falta de articulação com as unidades hospitalares, a elevação de custo do atendimento médico de média e alta complexidade, a falta de profissionais de saúde nos municípios do interior e o impacto das doenças do mundo moderno, dentre as quais as condições crônicas e o desafio em lidar com esta realidade.

Este trabalho tem como propósito apresentar uma das dificuldades levantadas pela Equipe de Estratégia Saúde da Família da zona rural da cidade de Maria da Fé – MG: as dificuldades para o controle do Diabetes *Mellitus* entre a clientela atendida. Para dar resposta a esta prioridade foi elaborado um plano de ação para melhorar o atendimento a essa população, corroborando para reduzir as taxas de complicações e incapacitações decorrentes do controle inefetivo.

## 2 JUSTIFICATIVA

O Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença de grande relevância para a saúde pública e para a sociedade, devido ao fato de ser uma condição de alta prevalência na população brasileira, é crônica, requer tratamento para o seu controle e a adesão ao tratamento contínuo não é uma tarefa fácil (SANTOS; TORRES, 2012).

Esta realidade implica em uma complexidade crescente de ações para atender as necessidades das pessoas, pois, a condição crônica compromete diferentes dimensões, não se reduzindo as biológicas (MENDES, 2012).

O DM quando não tratado de forma adequada pode levar a complicações, como infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico, retinopatia, nefropatia, neuropatia, entre outras (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2014). Estas complicações causam incapacidades funcionais e aposentadorias precoces, o que repercute no afastamento do trabalho por invalidez, na restrição ou na impossibilidade de realizar suas atividades diárias, na distorção da imagem corporal, afetando conseqüentemente a qualidade de vida (SANTOS; TORRES, 2012).

O familiar que o acompanha e que convive diariamente com este paciente também está sujeito à sobrecarga de responsabilidades como cuidador, pois é acometido pelo estresse, esgotamento e sofrimento emocional.

A aderência ao tratamento do DM tem sido amplamente discutida na literatura e constitui uma das metas mais difíceis de serem alcançadas, tanto pela pessoa com DM como para os profissionais de saúde. Dentre estas estão a necessidade de mudanças de hábitos de vida, o uso contínuo de medicações e as suas reações adversas, o acesso ao tratamento e ainda, a necessidade de incorporar o processo de adoecimento no cotidiano de vida.

O profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, exerce um papel fundamental junto à pessoa com DM, desempenhando ações educativas para o empoderamento do autocuidado, e ainda na corresponsabilização, com vistas a obter um efetivo controle da doença, minimizar as complicações e os impactos da doença.

Fazenda e Moreira (2008) reiteram que a competência e a postura deste profissional de saúde são determinantes para a efetividade de uma prática educativa para as pessoas com DM. A maneira como esse profissional acolhe o usuário, a sua criatividade na condução desse processo, assim como a flexibilidade, são atitudes que podem definir a condução da prática para que se torne efetiva, agregando valor à organização e ao profissional.

A partir destes pressupostos reiteramos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, no reconhecimento da corresponsabilização dos profissionais de saúde, na necessidade de desenvolvimento de autonomia da pessoa com DM, no estabelecimento de vínculos solidários entre profissionais e usuários, que demonstram o caminho para o desenvolvimento de atitudes profissionais para uma prática educativa prazerosa e na reorganização do processo de trabalho em saúde facilitando o acesso e a garantia nos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2004).

Fundamentados nestes princípios e nas vivências que vem sendo construídas como integrante de uma equipe de saúde de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família, constatamos as dificuldades das pessoas na adesão ao tratamento do *Diabetes Mellitus*. Reconhecemos a necessidade de priorizar a atenção a estas pessoas dada a cronicidade e a gravidade de suas complicações.

Para o alcance do objetivo deste trabalho torna-se fundamental a participação popular, o comprometimento de todos os atores e a reordenação do processo de trabalho de nossa equipe, para favorecer a adesão de pessoas com DM ao tratamento, o que contribui para o melhor controle e convivência com o adoecimento.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 Geral

Elaborar um projeto de intervenção para a melhoria da adesão ao tratamento de pessoas com Diabetes *Mellitus* cadastradas na Estratégia de Saúde da Família José Guilherme Campos de Maria da Fé-MG.

#### 3.2 Específico

- Realizar uma revisão conceitual e atualizada sobre Diabetes *Mellitus* e adesão ao tratamento entre a equipe;
- Realizar uma revisão conceitual e atualizada sobre os fatores que dificultam a adesão ao tratamento entre a equipe;
- Levantar os fatores que dificultam a adesão das pessoas com Diabetes *Mellitus* cadastradas na Estratégia de Saúde da Família José Guilherme Campos;
- Analisar o fluxo de atendimento de pessoas com Diabetes *Mellitus* na Estratégia de Saúde da Família José Guilherme Campos;
- Estabelecer mecanismo de acompanhamento de pessoas com Diabetes *Mellitus*, por meio da consulta médica e de enfermagem;
- Propor o processo de organização de prontuários e fichas para o acompanhamento das pessoas com Diabetes *Mellitus*;
- Propor alteração no processo de trabalho em saúde para atender as necessidades das pessoas com Diabetes *Mellitus*.

#### 4 REFERENCIAL TEÓRICO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica, autoimune, caracterizada pela deficiência da produção de insulina pelo organismo, ou dificuldades na sua ação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2014).

É classificada de acordo com American Diabetes Association (2010) e Sociedade Brasileira de Diabetes (2012) em DM tipo 1, tipo 2 e gestacional.

O DM tipo 1 é caracterizado pela produção insuficiente de insulina pelo pâncreas. O DM tipo 2 corresponde a 90% dos casos e ocorre geralmente em pessoas obesas com mais de 40 anos de idade, em virtude de maus hábitos alimentares, sedentarismo e stress. Neste tipo de DM encontra-se a presença de insulina, porém em quantidade insuficiente às necessidades metabólicas ou sua ação é dificultada.

O Diabetes Gestacional caracteriza-se pela elevada taxa de glicose no sangue durante a gravidez e geralmente normaliza após o parto.

O tratamento da pessoa com DM envolve seguir um plano alimentar, incrementar a atividade física e utilizar medicamentos para obtenção do bom controle metabólico e prevenção das complicações agudas e crônicas (BRASIL, 2013).

As recomendações para o controle domiciliar incluem automonitorização da glicemia capilar, o consumo de medicamentos orais, de insulina, alterações dietéticas e realização de atividades físicas, a fim de manter os níveis glicêmicos controlados. Assim, capacitar e dar suporte à pessoa com DM para o autocontrole domiciliar é uma responsabilidade conferida aos profissionais de saúde (CHAVES; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

As complicações do DM estão entre as causas que elevam as taxas de internações e óbitos, e são representadas pela retinopatia, nefropatia, neuropatia, aterosclerose e suas sequelas (acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio e gangrena) (PIMENTA, 2012).

A magnitude desta condição crônica é confirmada pelos dados epidemiológicos, já que o Brasil ocupa a 4ª posição entre os países com maior prevalência de DM: 13,4 milhões de pessoas, o que corresponde a aproximadamente 6,5% da população entre 20 e 79 anos de idade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014). Se comparado aos dados anteriores, é estimado um aumento de 170% no período de 1995 a 2025 (KING et al.; NARAVAN et al., 2011).

Um levantamento realizado em 26 capitais e no Distrito Federal revela que o DM é mais comum em pessoas que estudam menos, porque 7,5% dos que têm até oito anos de

escolaridade dizem ter a doença. O diagnóstico da doença também aumenta conforme a idade da população, chegando a atingir 21,6% dos idosos maiores de 65 anos e, apenas, 0,6% das pessoas na faixa etária de 18 a 24 anos (BRASIL, 2012).

A dimensão do problema DM contextualizada nos dados apresentados apontam para a necessidade de reordenar o processo de trabalho em saúde, tornando as ações mais efetivas e eficazes o que propicia melhor aconselhamento e acompanhamento, corroborando para minimizar os impactos da doença.

Embora já reconhecido que o DM apresenta baixa taxa de adesão ao regime terapêutico, há necessidade de intervenções por parte da equipe multiprofissional para mudanças desta realidade (VILLAS BOAS et al., 2011).

Estudos desenvolvidos com pessoas com DM têm apontado que as dificuldades para a adesão ao tratamento estão relacionadas às características pessoais; a condição socioeconômica e cultural; aos aspectos relacionados ao tratamento, à doença, ao sistema de saúde e à equipe profissional (PONTIERI; BACHION, 2010).

Um grande desafio aos profissionais de saúde na contemporaneidade é o cuidado de pessoas com condições crônicas, e esse desafio apresenta relação intrínseca à enfermagem, devido a sua necessidade direta e contínua de cuidado a essas pessoas, proporcionando condições para o alcance do empoderamento e do autocuidado (SANTOS; MOREIRA, 2012).

Estes profissionais devem estar cientes de sua responsabilidade e da necessidade de uma avaliação individualizada para levantar as demandas e os déficits de uma pessoa com DM para planejar as atividades de autocuidado (TORRES et al., 2009).

É necessário que se estabeleçam com as pessoas com DM espaços de diálogo, o que permite avaliar o plano terapêutico estabelecido, as barreiras que dificultam as pessoas à adesão ao tratamento, reconhecer seus limites e explorar as suas potencialidades, construindo vínculos e espaços para conhecer a doença e as melhores maneiras de lidar e conviver com o adoecimento (FRANCIONI; SILVA, 2007).

Ao reiterar a corresponsabilidade não apenas do enfermeiro, mas da equipe da Unidade de Estratégia no processo de acompanhamento das pessoas com DM, estamos resgatando os princípios e diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (2013). Dentre estes princípios estão o da humanização da atenção, que apresenta como vertentes a efetivação de um modelo centrado no usuário, realizado por equipes multiprofissionais; o levantamento das necessidades de saúde e autonomia dos usuários do SUS; com constituição de estratégias de apoio ao autocuidado, o que possibilita promover o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde das pessoas com



condições crônicas, por meio do desenvolvimento de ações contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde.

Estas ações têm sido desenvolvidas com respostas mais exitosas, quando desenvolvidas em grupo, pois permite a troca de vivências entre as pessoas que compartilham as mesmas doenças e, ainda, cada resposta se transforma em uma nova pergunta, visando o processo educativo de forma interativa. Esta estrutura grupal pode constituir um instrumento de facilitação do processo de ensino e aprendizagem entre profissionais de saúde e pessoas com DM, pois, se origina da experiência das pessoas (MENDES, 2012).

A literatura tem apontado para a necessidade de um aporte teórico para o desenvolvimento dessas ações (FERNANDES, SILVA, SOARES, 2011). Dentre os referenciais teóricos disponíveis, optamos para a elaboração do projeto de intervenção, a proposta de grupos operativos fundamentado em Pichon-Rivière. Apresentamos a seguir, mesmo que em síntese a descrição dos princípios defendidos por este autor.

Pichon-Rivière, psiquiatra e psicanalista argentino, na década de 1940, elaborou a teoria do grupo operativo. Ele definiu o grupo como um conjunto de pessoas, ligadas no tempo e espaço, articulada por sua mútua representação interna, que se propunha, explícita ou implicitamente, a uma tarefa, interagindo em uma rede de papéis com o estabelecimento de vínculos entre si. Assim, a teoria dá grande importância aos vínculos sociais, que são a base para os processos de comunicação e aprendizagem, considerando que o ser humano é essencialmente um sujeito social. O grupo se põe como uma rede de relações com base em vínculos entre cada componente e todo o grupo com vínculos interpessoais entre os participantes (PICHON-RIVIÈRE, 1998).

Os grupos operativos são ferramentas de incorporação do saber, tornando o indivíduo um grande ativo, responsável pela mudança de hábitos. Além disso, os grupos constituem instrumentos de acolhimento, vínculo, integralidade, responsabilidade e trabalho em equipe (BEDETTI et al., 2009).

A concepção de aprendizagem definida por Pichon-Rivière sustenta-se nessa didática, a partir de uma leitura crítica e coerente da realidade e na não aceitação acrítica de normas e valores, ou seja, uma leitura que implica a capacidade de avaliação e criatividade para transformação do real, a elaboração da experiência em grupo e o contexto. Para ele, a aprendizagem em grupo permite que todos possam receber orientações, informações, esclarecer dúvidas, compartilhar experiências e sentir-se seguros por serem membros de um mesmo grupo (ALMEIDA; SOARES, 2010).

Os grupos operativos, denominados aqui pela característica que assume, de grupo terapêutico, têm por objetivo mobilizar um processo de mudança, que passa fundamentalmente pela diminuição dos medos básicos da perda e do ataque. Assim, fortalece o grupo, levando-o a uma adaptação ativa à realidade, rompendo estereótipos, redistribuindo papéis e vencendo a resistência a mudanças.

Lima e Pereira (2002) também acompanharam a realização de grupos operativos com pessoas com DM em Porto Alegre. Concluíram que, durante o transcorrer dos encontros, foi possível identificar a aprendizagem do grupo, pois os participantes foram amadurecendo e progredindo, percebendo-se modificações nas atitudes dos membros do grupo com vistas a atender o objetivo, que era o melhor controle da doença.

Almeida e Soares (2010) acompanharam em seu estudo grupos operativos realizados com pessoas com DM em uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte-MG. Perceberam que o grupo ajuda a organizar o pensamento dos participantes, atuando como uma matriz, que através da aprendizagem encaram a doença com maior conhecimento.

Fernandes, Silva e Soares (2011) concluíram em seus estudos, por meio de grupo com pessoas com DM, que o cuidado se efetivará na cumplicidade entre profissional de saúde e cliente, utilizando-se do conhecimento popular e científico e da interatividade com o outro.

A educação em grupo fortalece o elo entre o profissional de saúde e o indivíduo, melhorando a condição clínica. A continuidade dos cuidados e a consistência das informações são clinicamente importantes. Ainda, alguns fatores podem influenciar no comportamento, tais como o ambiente físico, social e exposição à informação (TORRES et al., 2011).

Fundamentados no referencial teórico e nas experiências exitosas apresentadas, propomos o projeto de intervenção para a melhoria da adesão ao tratamento de pessoas com Diabetes *Mellitus* cadastradas na Estratégia de Saúde da Família José Guilherme Campos do município de Maria da Fé-MG.

## 5 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção proposto pela equipe da Estratégia de Saúde da Família José Guilherme Campos de Maria da Fé-MG, para atender as necessidades das pessoas com DM.

O projeto de intervenção foi elaborado numa perspectiva coletiva, por médico, enfermeira, técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde, e construído por roteiros que se articulam, compondo uma proposta integrada.

Para o alcance dos objetivos e o atendimento das prioridades elencadas pela equipe, o projeto de intervenção é constituído por subprojetos e a sua elaboração fundamentou-se nas atuais diretrizes para o tratamento do Diabetes *Mellitus* (2014), no Caderno de Atenção Básica - Diabetes *Mellitus* (2013) e nos princípios de Grupos Operativos de Pichon Riviere (1998). Este autor define grupos operativos:

‘uma técnica de trabalho coletivo, cujo objetivo é promover um processo de aprendizagem. A existência de um mesmo objetivo supõe a necessidade de que os membros do grupo realizem um trabalho ou tarefa comum, a fim de alcançá-lo. Tal tarefa consiste em organizar os processos de pensamento, comunicação e ação que se dão entre os membros do grupo.’ (Pichon Riviere, 1998).

Torres et al, (2003) destaca que a técnica de grupos operativos pressupõe um sujeito ativo que, ao interagir com o meio ambiente, constrói o seu ritmo de vida e é, ao mesmo tempo, estimulado por este a reconstruir seu próprio estilo de vida, relacionado à sua doença.

Essa técnica pode contribuir para a adesão ao tratamento e maior responsabilidade e comprometimento em relação à doença, com conseqüente melhoria da qualidade de vida.

O projeto de intervenção é composto de dez passos: definição dos problemas, priorização dos problemas, descrição do problema selecionado, explicação do problema, seleção dos “nós críticos”, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise da viabilidade do plano, elaboração do plano operativo, gestão do plano.

Para a elaboração do plano de intervenção foi proposto o seguinte projeto: Grupo operativo Viva Bem e seus subprojetos COMUNICAÇÃO e Unidos pela Saúde.

Compete a equipe, o planejamento, a coordenação e o desenvolvimento das ações.

Aos agentes comunitários de saúde (ACS) incumbe mobilizar e organizar os grupos de pessoas com DM de sua microárea para a constituição de subgrupos; à enfermagem os testes

de glicemia, a abordagem da adesão do pessoa à terapêutica medicamentosa e não medicamentosa, a avaliação das condições físicas, emocionais e à médica a prescrição de tratamento, avaliar complicações e solicitar avaliação e acompanhamento com outros profissionais.

Os encontros do grupo operativo Viva Bem serão realizados no espaço físico da UESF José Guilherme Campos de Maria da Fé-MG, destinado às reuniões de equipe.

## 6 CONSTRUÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

### 6.1 Reconhecimento do Município

O município de Maria da Fé – MG está localizado na região sul do Estado, a 432 km da capital Belo Horizonte, 280 km de São Paulo e 336 km do Rio de Janeiro.

A área total do município é de 204,3 km<sup>2</sup>, com população de 14109 habitantes e número aproximado de 4073 domicílios e famílias.

A primeira equipe de Saúde da Família no município foi implantada em 01/09/1997 no Bairro rural Pintos Negreiros. Hoje o município possui seis equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo três na zona urbana e três na zona rural, com 100% de cobertura.

Não existe Programa de Saúde Bucal nas equipes de Saúde da Família, somente na Unidade Básica de Saúde (UBS) na região urbana, que é constituído por seis dentistas que atendem o município. Até o momento, não foi implantado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A Estratégia de Saúde da Família José Guilherme Campos (ESF), área onde será aplicado o projeto de intervenção, está localizada na zona rural e foi implantada em 03/11/1998. Sua população é de 2113 habitantes com 575 famílias. Em relação ao nível de escolaridade entre os maiores de 15 anos é de 1528 alfabetizados e 130 não alfabetizados.

A ESF atende 12 comunidades, sendo que quatro delas possuem postos de atendimento. Estes se localizam na região ‘central’ das comunidades, próximos a escola e igreja, o que tem propiciado o acesso da população ao serviço de saúde. O acesso ao serviço de saúde para as pessoas que residem em locais mais afastados é realizado pelo veículo próprio ou pelo transporte escolar, razão pela qual o horário de consultas ou atividades da ESF coincide com o horário de aulas.

A equipe é composta por um médico clínico geral, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde.

O horário de atendimento da unidade é de segunda a sexta, das 7h:00 às 16h:00, sendo que a equipe completa atende, em cada posto, uma vez por semana, nos demais dias, conta apenas com o agente comunitário de saúde (ACS). Quando a população necessita de atendimento médico ou de enfermagem, em dias que não tem atendimento no bairro, elas recorrem ao pronto socorro do Hospital Municipal.

Das 575 famílias cadastradas 374 vivem com renda entre um e dois salários mínimos. Somente 77 famílias possuem horta em casa, o que colabora para que a alimentação não seja rica em frutas e verduras como desejado, mesmo sendo moradores de zona rural. A maioria deles, com exceção daqueles que trabalham na lavoura e pecuária, não realizam exercício físico regularmente, como alongamento ou caminhada. Por se tratar de zona rural, a maior parte da população vive da agricultura, tendo atividade produtiva domiciliar ou prestando serviços para terceiros.

Dentre as 2113 pessoas cadastradas, 87 foram diagnosticadas com Diabetes *Mellitus* (DM) representando 4,1% da população.

As consultas na UESF são agendadas pelos ACS, a partir das queixas levantadas em visitas domiciliares, sob orientação da enfermeira e do médico. Aqueles que não frequentam a UESF são orientados a agendar consulta para fins de acompanhamento pela equipe.

O agendamento de consultas se divide em demanda espontânea e agendada, sendo que a espontânea passa pela classificação de risco de Manchester (JUNIOR MAFRA, 2010).

Na consulta médica, após avaliação, se necessário, é realizado o encaminhamento para avaliação oftálmica ou outra especialidade. As consultas de enfermagem não são realizadas rotineiramente, elas acontecem de acordo com a necessidade, e a principal ação realizada é o controle de glicemia capilar.

Ressalta-se que não há um protocolo específico para o atendimento das pessoas com DM, tem-se seguido as orientações de Brasil (2013) para o acompanhamento.

Ainda, de forma incipiente são realizadas na UESF pela enfermeira, técnico de enfermagem e ACS as reuniões do HIPERDIA\* com as pessoas com DM e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). As reuniões são realizadas em uma semana de cada mês, e a programação é elaborada no início do ano pelo enfermeiro e pelos ACS, que juntos, elaboram um cronograma das reuniões que é entregue às pessoas.

O ACS após identificar em suas visitas uma pessoa com diagnóstico de DM ou HAS, orienta-o para comparecer à UESF para fins de cadastro no Programa HIPERDIA. Este cadastro é encaminhado a farmácia do SUS do município que envia mensalmente os medicamentos para a UESF. Não há necessidade de renovação de receita, a não ser que o tratamento seja modificado.

---

\*Sistema informatizado do Ministério da Saúde para o cadastro e acompanhamento de pessoas com DM e HAS.

Durante as reuniões são realizados os controles de glicemia, aferições de pressão arterial, de peso, de circunferência abdominal e são entregues os medicamentos e os insumos necessários para um mês de tratamento. Nesta oportunidade é discutido um tema relacionado à saúde, dando ênfase ao DM e HAS.

Essas reuniões tem tido boa adesão por parte das pessoas, pelo fato de que a maioria comparece no dia e horário agendados. Quem não pode comparecer a reunião, tem a opção de retirar o medicamento em outro dia ou a medicação é enviada por meio de um familiar ou responsável que comparece à reunião. Os que possuem dificuldade de locomoção, os acamados e aqueles que moram em locais afastados são visitados pela equipe para avaliação do DM e entrega de medicação.

É importante ressaltar que dificilmente faltam medicamentos e insumos no município, mas quando isto ocorre, as pessoas recebem a receita médica para adquirirem os medicamentos em drogarias e são orientados a realizar o cadastro no programa Farmácia Popular, do governo federal.

## 6.2 Proposta de Intervenção

A proposta de intervenção foi apresentada à equipe durante uma das reuniões programadas, e foi solicitada a análise dos principais problemas que emergem do processo de trabalho em saúde da unidade e a necessidade de priorizar aqueles que requerem intervenção a curto prazo. Os dados foram levantados a partir dos registros disponíveis nos prontuários, nas fichas do HIPERDIA e nos resultados apontados pela equipe da área. As prioridades foram apresentadas e discutidas na reunião subsequente, sendo encaminhadas à coordenação da atenção básica para conhecimento e apoio. Apresentamos os seguintes problemas levantados pela equipe:

- Inexistência de protocolo para a assistência as pessoas com DM;
- Número elevado de pessoas com DM com dificuldade de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico;
- Dificuldade das pessoas com DM na autoaplicação da insulina;
- Inexistência de grupos de apoio as pessoas com condições crônicas;
- Dados de prontuários incompletos;
- Dificuldade no acompanhamento longitudinal as pessoas com condições crônicas;

- As consultas são realizadas em sua maioria por demanda espontânea;
- Há sobrecarga de trabalho da equipe;
- As pessoas têm manifestado insatisfação diante ao atendimento oferecido;
- O atendimento às pessoas com DM se limita a triagem para aferição de sinais vitais e glicemia capilar, consulta e agendamento de exames;
- Dados do sistema HIPERDIA estão incompletos e atrasados;
- Aumento do número de pessoas com DM com complicações;
- Pouca disponibilidade da equipe para a visita domiciliária.

Constatamos que os problemas levantados pela equipe são múltiplos e de extrema relevância, contudo, emergem prioridades que convergem para a melhoria da atenção às pessoas com DM. Estabelecemos as seguintes metas:

- Realizar o levantamento das pessoas com DM da área adstrita de acordo com gênero, faixa etária, grau de escolaridade e formas de tratamento;
- Propor ações de educação em saúde e o acompanhamento longitudinal por meio de grupos operativos;
- Preenchimento adequado dos prontuários e do HIPERDIA.



## 7 ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

### 7.1 Primeiro passo: definição dos problemas

Os problemas considerados de maior relevância entre os membros da equipe são:

- A dificuldade das pessoas com DM para adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico;
- O elevado número de pessoas com complicações decorrentes do DM, principalmente as lesões nos pés;
- As ações de educação em saúde ainda são incipientes e são desenvolvidas de forma prescritiva;
- Organização do processo de trabalho dificulta o acompanhamento das pessoas com DM.

### 7.2 Segundo Passo: priorização dos Problemas

Os problemas levantados estão apresentados de acordo com a sua importância, capacidade de enfrentamento e seleção em ordem de prioridade, conforme quadro 1.

Quadro 1 - Priorização dos problemas levantados pela equipe da Estratégia Saúde da Família José Guilherme Campos – Maria da Fé-MG

<b>Principais problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Triagem das pessoas com DM limitada aos procedimentos técnicos	Intermediária	5	Parcial	3
Pouca disponibilidade de visitas domiciliares	Baixa	4	Total	4
Complicações decorrentes do DM	Alta	7	Total	1

Ações de educação em saúde incipiente	Alta	7	Total	3
Acompanhamento inadequado de pessoas com DM	Alta	7	Total	2
Dificuldade na adesão ao tratamento	Alta	7	Parcial	1

### 7.3 Terceiro Passo: Descrição do Problema Selecionado na ESF José Guilherme Campos

Quadro 2 - Descrição do problema selecionado na ESF José Guilherme Campos – Maria da Fé-MG

DESCRITORES	VALORES*	FONTES
Pessoas com DM cadastradas	87	SIAB, HIPERDIA
Pessoas com DM e comorbidades associadas	23	SIAB, DATACENSO
Tratamento farmacológico com hipoglicemiante	76	SIAB, Registro de equipe
Tratamento farmacológico com insulina	25	SIAB, Registro de equipe
Pessoas com complicações do DM	10	SIAB, prontuários
Adesão ao tratamento	40	SIAB, prontuários
Pouca adesão as atividades educativas	25	Registro da equipe
Ensino fundamental incompleto	22	SIAB, HIPERDIA
Faixa etária superior a 60 anos	46	SIAB, HIPERDIA

SIAB: Sistema de informação da Atenção Básica

DATACENSO: Sistema Informatizado de Saúde de Nível Municipal;

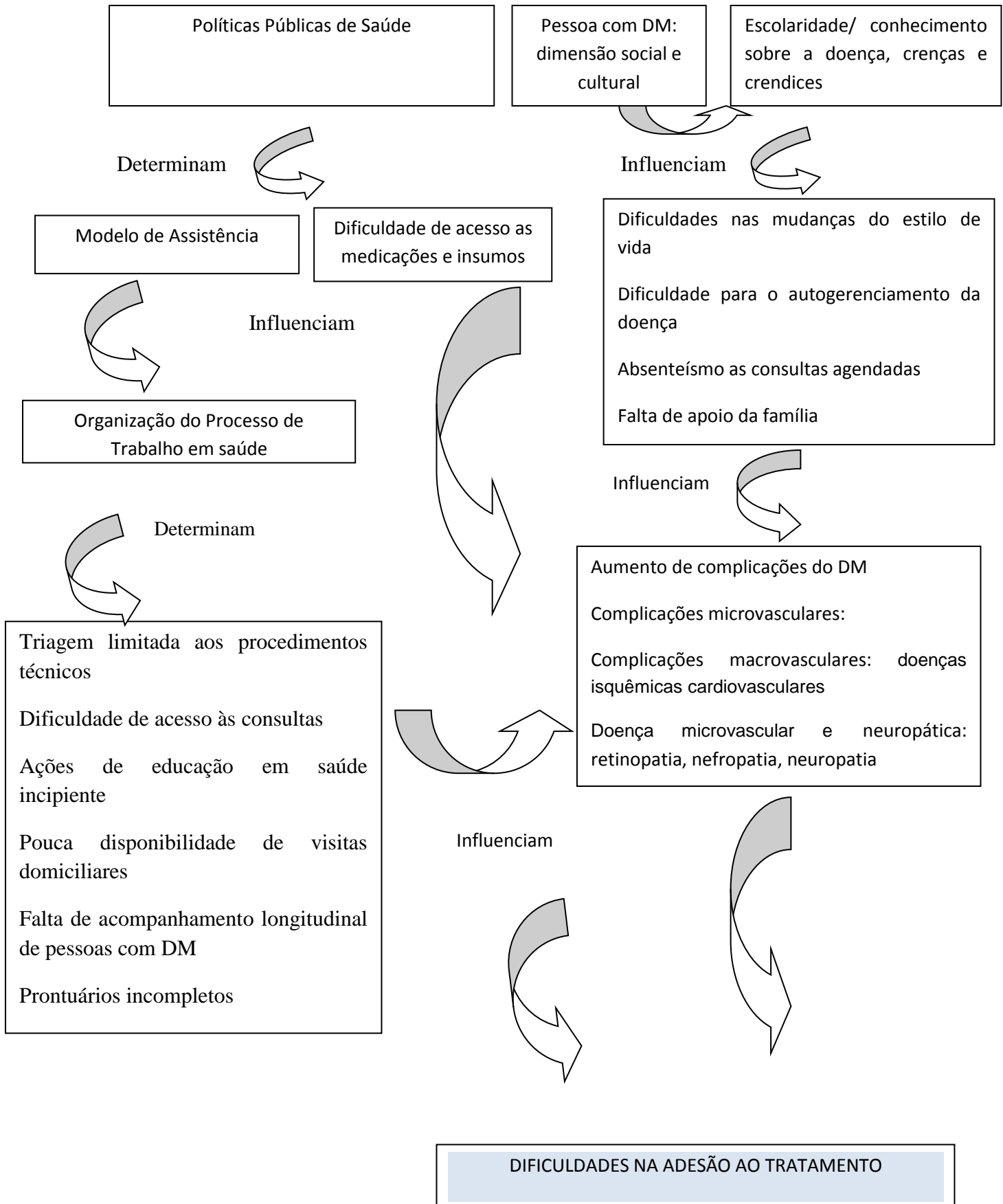
HIPERDIA

\* Número referente a média percentual dos participantes durante um mês.

### 7.4 Quarto Passo: Explicação do Problema

Nesta etapa passamos a explicar as causas das dificuldades de adesão das pessoas com DM ao tratamento. Ressaltamos que estas causas estão relacionadas às políticas públicas de saúde, à pessoa com DM e a organização do processo de trabalho em saúde.

Figura 1 – Causas da dificuldade na adesão ao tratamento de pessoas com Diabetes Mellitus cadastradas na ESF José Guilherme Campos – Maria da Fé-MG



### **7.5 Quinto Passo: Seleção dos nós críticos**

Compreende neste quinto passo, a análise da equipe de saúde da UESF José Guilherme Campos – Maria da Fé-MG quanto as principais causas relacionadas as dificuldades de adesão de pessoas com DM ao tratamento.

- A organização do Processo de trabalho em saúde
  - A falta de acompanhamento longitudinal
  - A dificuldade de acesso às consultas médicas e de enfermagem
  - Atuação pautada em princípios técnicos procedimentais
  - Prontuários e HIPERDIA incompletos
  
- A dificuldade no autogerenciamento da doença e do tratamento
  - Dificuldade na adesão do tratamento farmacológico
  - A inabilidade para o preparo e a administração da insulina
  - A inabilidade para realizar a glicemia capilar
  - A não realização de exercícios físicos
  - As dificuldades nas mudanças de estilo de vida
  - O absenteísmo nas consultas agendadas
  
- Pessoa com DM: dimensão social e cultural
  - Dificuldade na compreensão das orientações
  - Conhecimento deficiente sobre a doença, tratamento e de suas complicações
  - Falta de apoio da família
  - Escolaridade
  - Crenças e credices relacionadas aos hábitos e aos tratamentos

### **7.6 Sexto Passo: Desenho das operações**

Proposta de intervenção: Operações para os nós críticos dos problemas encontrados na ESF José Guilherme Campos – Maria da Fé –MG

Quadro 3 – Operações para os nós críticos dos problemas detectados pela ESF José Guilherme Campos – Maria da Fé-MG

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação / Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>
<b>Dificuldade no autogerenciamento da doença e do tratamento</b>	<p><b>Unidos pela saúde</b></p> <p>Demonstração do preparo de insulina e os locais de sua administração. Métodos de conservação e transporte</p> <p>Orientação quanto a realização de glicemia capilar</p> <p>Orientação quanto a ação dos fármacos</p> <p>Estabelecimento de metas por meio de carteiras de pactuação para mudanças do estilo de vida</p>	<p>Melhoria na adesão ao tratamento farmacológico, administração e preparo correto de insulina</p> <p>Procedimento correto para a realização da glicemia capilar</p> <p>Mudanças no estilo de vida: Melhoria dos hábitos alimentares</p> <p>Adotar as práticas de atividades físicas no cotidiano de vida</p>	<p>Grupos operativos entre pessoas com DM, família, ACS, médico e enfermeira</p> <p>Demonstração da técnica de preparo e administração de insulina e da glicemia capilar</p> <p>Grupos operativos entre pessoas com DM, família, ACS, médico, enfermeira e nutricionista, fisioterapeuta</p> <p>Agendar uma vez por mês caminhada e alongamento na área próxima a UESF</p>	<p><u>Organizacionais:</u></p> <p>Reordenação do processo de trabalho permitindo uma hora por dia para os encontros</p> <p>Sala para as ações de educação em saúde e espaço para os exercícios físicos</p> <p><u>Recursos físicos:</u></p> <p>cadeiras, mesa, seringas, insulina, manequim, glicosímetro, fitas reagentes, lancetas, algodão, álcool, caixa para perfurocortante, ilustrações do corpo humano, bolas e bastão, adoçante, frutas da estação.</p> <p><u>Recursos humanos:</u></p> <p>Trabalhadores de saúde</p> <p><u>Cognitivos:</u></p> <p>Informação sobre os temas e sobre a</p>

				<p>dinâmica de grupos operativos</p> <p>Informações sobre os exercícios a serem realizados</p>
	<p><b>ComunicAÇÃO</b></p> <p>Estimular o comparecimento dos clientes nas consultas agendadas para minimizar o absenteísmo</p>	<p>Comparecimento às consultas agendadas</p> <p>Análise dos ruídos relacionados ao não comparecimento da clientela às consultas</p>	<p>Motivar as pessoas com DM para o comparecimento às consultas</p>	<p><u>Organizacionais:</u> Reordenação do processo de trabalho para o acolhimento das pessoas à ESF</p> <p><u>Recursos humanos:</u> trabalhadores em saúde</p> <p><u>Cognitivo:</u> capacidade de acolher as pessoas na ESF</p>
<p><b>Pessoa com DM: dimensões social e cultural</b></p>	<p><b>Unidos pela Saúde</b></p> <p>Melhorar o conhecimento da população sobre a doença, tratamento e complicações</p>	<p>Aumento do conhecimento das pessoas com DM sobre a doença, tratamento e complicações</p> <p>Envolvimento da família no processo de adoecimento</p>	<p>Grupos operativos entre pessoas com DM, família, ACS, médico e enfermeira</p> <p>Redução das taxas de complicações</p> <p>Redução dos níveis glicêmicos</p> <p>Assiduidade das pessoas com DM aos</p>	<p><u>Organizacionais:</u> Reordenação do processo de trabalho permitindo uma hora por dia para os encontros</p> <p><u>Recursos físicos:</u> sala para reuniões, cadeiras, ilustrações do corpo humano.</p> <p><u>Cognitivos:</u> Conhecimento sobre os temas e a</p>

			encontros	<p>dinâmica de grupos operativos</p> <p><u>Políticos:</u> Articular com a Secretaria de Educação para cursos de alfabetização para os adultos na área adstrita</p>
<b>A</b> <b>organização</b> <b>do Processo</b> <b>de trabalho</b> <b>em saúde</b>	<p><b>ComunicAÇÃO</b> Melhorar o acompanhamento longitudinal das pessoas com DM</p> <p>Democratizar o acesso à consulta médica e de enfermagem</p>	<p>Atendimento prioritário às pessoas com maior risco de complicações, encaminhamento ao especialista quando necessário, e acompanhamento do sistema de contrarreferência</p> <p>Garantia de acesso para o acompanhamento de pessoas com DM</p>	<p>Na triagem levantar e selecionar pessoas com risco aumentado e comorbidades, com estratificação de risco, como prioritárias para consultas médica e de enfermagem</p> <p>Realizar visita domiciliária pela equipe</p> <p>Serão reservadas no agendamento diário vagas para consultas de enfermagem e médica</p>	<p><u>Organizacionais:</u> Reorganizar a agenda de atendimentos diários com reservas de vagas para consultas médicas e de enfermagem</p> <p><u>Político:</u> Articulação com a coordenação de atenção básica para a alteração do agendamento de consultas</p> <p><u>Recursos humanos:</u> trabalhadores em saúde</p> <p><u>Recursos Físicos:</u> Carro disponível para visitas</p> <p><u>Cognitivos:</u> Conhecimento sobre as necessidades de cada pessoa com DM</p>
	Registrar o acompanhamento longitudinal de	Documentar as ações desenvolvidas pela equipe e a	Melhorar o acompanhamento de pessoas	<u>Organizacionais:</u> Reorganizar o arquivo e

	peessoas com DM	resposta da pessoa com DM às ações	com DM	conscientizar a equipe para o registro <u>Recursos humanos:</u> trabalhadores em saúde, secretária <u>Recursos Físicos:</u> arquivo, pastas suspensas, sistema de codificação
--	-----------------	------------------------------------	--------	---

## GRUPO OPERATIVO VIVA BEM

### SUBPROJETO: UNIDOS PELA SAÚDE

**Problema Priorizado:** dificuldade no autogerenciamento da doença e do tratamento

Dificuldade na adesão ao tratamento farmacológico

Identificamos que a adesão ao tratamento farmacológico constitui uma das prioridades levantadas pela equipe da UESF, uma vez que este se constitui uma das formas preconizadas para o controle do DM.

**Seleção dos nós críticos:** Identificamos três nós críticos para a adesão ao tratamento farmacológico: a inabilidade para o preparo e a administração da insulina, a dificuldade para realização da glicemia capilar, o desconhecimento da doença e de suas complicações, o baixo grau de escolaridade que dificulta apreender as informações dos profissionais de saúde.

**Objetivos:** Consideramos que os esforços empreendidos pela equipe por meio de ações educativas em grupos operativos que abordem o DM, as manifestações clínicas e a demonstração para o preparo da insulina e os locais de sua aplicação e a glicemia capilar são capazes de favorecer melhor adesão ao tratamento.

As pessoas com DM serão convidadas pelos ACS para participar dos grupos operativos. Para facilitar a participação e adesão, os grupos serão constituídos pelas pessoas com DM de uma mesma área adstrita. Ao chegar à ESF serão acolhidos pelo ACS responsável pela área da pessoa e que realizou o convite, na sequência, serão recepcionados pelo serviço de enfermagem. Na consulta de enfermagem será analisada a avaliação da adesão a terapêutica medicamentosa e não medicamentosa, realizada a medida da pressão arterial e da glicemia



capilar, registrando em local específico no prontuário e o exame físico, principalmente o exame dos pés, avaliação dos déficits cognitivo, visual, auditivo, os problemas que dificultam a adesão ao tratamento. A pessoa será convidada para um chá entre amigos, e neste espaço um dos profissionais da equipe deverá moderar o grupo operativo. Em consonância com os princípios de grupos operativos de Pichon Riviére, o tema, bem como as discussões, emergem do grupo e não do moderador. Compete à enfermeira e ao médico o desenvolvimento destas ações reforçando sua percepção de riscos à saúde e desenvolvimento de habilidades para superar os problemas.

Os grupos terão duração de uma hora, e acontecerão às 16 horas.

Atenção especial será dada aos temas: 1) Diabetes, causas, sinais e sintomas, diagnóstico; 2) hipoglicemia e hiperglicemia, seus sinais e sintomas; tratamento não farmacológico, alimentação saudável e realização de atividade física; 4) Tratamento farmacológico: conservação de insulina, demonstração de aplicação e locais adequados, importância de tomar medicação no horário; direitos de medicação e insumos, descarte de insumos 5) Complicações do DM e cuidados contínuos, ênfase ao autoexame dos pés.

**Recursos necessários:** Serão necessários para a implementação destas ações: uma sala, destinada as reuniões da equipe, cadeiras, mesa, seringas, insulina, glicosímetro, fitas reagentes, álcool, algodão, lanceta e caixa para perfurocortante, manequim, *flip charp* com ilustrações do corpo humano.

**Recursos críticos:** Exige-se a reordenação do processo de trabalho da ESF permitindo o tempo de uma hora por dia, no decorrer dos cinco dias da semana de trabalho, da médica, da enfermeira e do ACS para os encontros, o que corresponde ao atendimento das cinco áreas adstritas.

Estes grupos operativos serão de caráter permanente, abrindo espaço e oportunidades para a participação de novos integrantes.

**Viabilidade da proposta:** Não há dispêndio financeiro, pois, as ações serão desenvolvidas no horário de trabalho da equipe e a ESF conta com os recursos materiais necessários.

Em discussão com a equipe, consideramos que esta proposta é viável e importante para mudanças de comportamento. Estes encontros constituem um espaço para trocas de saberes e ele será conduzido em sua maior parte pelas dúvidas, pelas dificuldades e pelos problemas que afligem cada um dos integrantes, assim como preconiza Pichon- Riviere.

Ao final de cada encontro solicitamos a avaliação e sugestão para os próximos encontros.

Dificuldade na adesão ao tratamento não farmacológico

Identificamos que a adesão ao tratamento não farmacológico constitui mais uma das prioridades levantadas pela equipe da UESF, uma vez que este se constitui numa das principais formas de tratamento preconizadas para o controle do DM.

**Seleção dos nós críticos:** Identificamos dois nós críticos para a adesão ao tratamento não farmacológico: a não realização de exercícios físicos e as dificuldades de mudanças de estilo de vida, principalmente no tocante a alimentação, que é rica em carboidratos, não sendo adequada para a pessoa com DM.

**Objetivos:** Consideramos que os esforços empreendidos pela equipe, por meio de ações educativas em grupos, com temáticas que priorizam os hábitos alimentares, podem constituir um espaço importante para discutir a importância da alimentação pobre em carboidratos e a prática de exercícios físicos, e estas ações poderão favorecer a adesão ao tratamento.

Estes dois temas serão abordados em grupo conforme apresentado anteriormente.

No entanto, mesmo que as experiências serão valorizadas nos debates, reconhecemos que para facilitar as mudanças de hábitos de vida, as práticas tornam-se essenciais. Para tanto, será agendado uma vez por mês, a caminhada e o alongamento em área próxima a UESF.

Compete aos ACS convidar a pessoas com DM e a população, acolher as pessoas no dia da atividade. Integrarão também, toda a equipe da UESF para o desenvolvimento desta ação.

Em relação a alimentação saudável, convidaremos uma nutricionista para preparar, com a participação ativa de todas as pessoas com DM, pratos saudáveis e que poderão ser adotados nos cardápios diários, de acordo com a realidade econômica e cultural local.

**Problema priorizado:** Pessoa com DM: dimensão social e cultural

Apontamos que a maioria das pessoas com DM possuem o ensino fundamental incompleto seguido pelos analfabetos e acreditamos que esta baixa escolaridade tem contribuído para a dificuldade na compreensão das orientações, o que certamente favorece para dificuldade na adesão ao tratamento e ainda, percebemos que a família não tem constituído um apoio para estas pessoas.

**Seleção dos nós críticos:** Identificamos os seguintes nós críticos: a baixa escolaridade, o conhecimento deficiente sobre a doença, tratamento e complicações, as crenças e credences relacionadas ao tratamento e, sobretudo, a falta de apoio da família.

**Objetivo:** Melhorar o grau de formação e de informação e envolver a família no cuidado.

**Recursos necessários:** professores para a alfabetização, sala para a realização dos grupos.

**Recursos críticos:** Articulação com a Secretaria Municipal de Educação para os cursos de alfabetização, disponibilidade da equipe para a realização dos grupos operativos e visitas domiciliária.

Viabilidade da proposta: Não há dispêndio financeiro, uma vez que as ações a serem desenvolvidas pela equipe serão realizadas no horário de trabalho.

A avaliação das ações será efetivada pela implementação de aulas de alfabetização, pela assiduidade das pessoas aos encontros proporcionados pela equipe, pelas visitas domiciliares realizadas e pelo melhor envolvimento das famílias nos cuidados.

### **SUBPROJETO: Comunicação**

**Problema priorizado:** Acompanhamento inadequado de pessoas com DM

Constatamos que o acompanhamento das pessoas com DM não tem sido realizado com efetividade na ESF.

**Seleção dos nós críticos:** Identificamos os seguintes nós críticos para este acompanhamento: falta de acompanhamento longitudinal; dificuldade de acesso às consultas médicas e de enfermagem, o absenteísmo nas consultas agendadas e os registros incompletos nos prontuários

**Objetivo:** melhorar o atendimento da UESF as pessoas com DM.

Uma das propostas para otimizar o acompanhamento é o momento reservado a triagem, pois, permite avaliar e estratificar as pessoas de acordo com os riscos, selecionar as pessoas com risco aumentado e muito aumentado, sendo estas consideradas prioritárias para as consultas médica e de enfermagem.

A cada dia de atendimento serão reservadas vagas para consultas nas agendas de enfermagem e da médica, serão levantadas as dificuldades e realizados encaminhamentos aos especialistas quando necessário. Ao mesmo tempo serão estabelecidas pactuações com as pessoas com DM visando o melhor controle da doença. As consultas de enfermagem devem envolver o exame físico e principalmente avaliação dos pés. Assim, ao longo do ano todos serão acompanhados e avaliados. Serão realizadas reuniões com a equipe para a conscientização da necessidade de registrar todas as informações, permitindo o acompanhamento das pessoas com DM.

**Recursos necessários:** não há necessidade de recursos para realizar estas ações. A equipe já possui um instrumento para a consulta de enfermagem que envolve o exame físico e conta também com o estesiômetro e diapasão que serão utilizados nos testes de sensibilidade dos pés.

**Recursos críticos:** reorganizar a agenda de atendimentos diários, orientar os ACSs para o agendamento de consultas e a motivação das pessoas com DM para o comparecimento as consultas.

**Viabilidade da proposta:** Não há dispêndio financeiro.

A equipe avalia como viável e necessária esta intervenção para um melhor acompanhamento e controle das pessoas com DM.

A avaliação das ações será realizada semanalmente para verificar comparecimento às reuniões, sugestões de temas para os próximos encontros, mudanças que possam ser necessárias quanto à organização das reuniões e os prontuários completos.

A adesão das pessoas com DM ao tratamento será avaliada mensalmente, por meio da assiduidade às reuniões, consultas, glicemia capilar e de jejum e o impacto das reuniões nas mudanças de hábitos de vida das pessoas com DM.

### 7.7 Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos

Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos da dificuldade de adesão ao tratamento.

Quadro 4 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações ESF José Guilherme Campos – Maria da Fé-MG

<b>Operação / Projeto</b>	<b>Recursos Críticos</b>
<b>Unidos pela Saúde</b>	<p><u>Organizacionais:</u> Reorganização do processo de trabalho permitindo uma hora por dia, no decorrer dos cinco dias, da médica, do enfermeiro e do ACS para os encontros.</p> <p><u>Recursos físicos:</u> sala para reuniões, cadeiras, mesa, seringas, insulina, manequim, glicosímetro, fitas reagentes, lancetas, algodão, álcool, caixa para perfurocortante, ilustrações do corpo humano, bolas e bastão, adoçante, frutas da estação, espaço para realização dos exercícios físicos.</p> <p><u>Recursos humanos:</u></p> <p>Trabalhadores de saúde</p> <p><u>Cognitivos:</u> Conhecimento sobre os temas e a dinâmica de grupos operativos</p> <p>Informações sobre os exercícios a serem realizados</p>

	<p><u>Políticos:</u> Articular com a Secretaria de Educação para cursos de alfabetização para os adultos na área adstrita</p>
Comunicação	<p><u>Organizacionais:</u> Reorganização do processo de trabalho para o acolhimento das pessoas à ESF</p> <p>Reorganizar a agenda de atendimentos diários, orientar os ACSs para o agendamento de consultas e a motivação das pessoas com DM para o comparecimento a consulta. Reorganizar a agenda de atendimentos diários com reservas de vagas para consultas médicas e de enfermagem Reorganizar o arquivo e conscientizar a equipe para o registro</p> <p><u>Recursos humanos:</u> trabalhadores em saúde, secretária</p> <p><u>Cognitivo:</u> capacidade de acolher as pessoas na ESF, Conhecimento sobre as necessidades de cada pessoa com DM</p> <p><u>Político:</u> Articulação com a coordenação de atenção básica para a alteração do agendamento de consultas</p> <p><u>Recursos Físicos:</u> Carro disponível para visitas, arquivo, pastas suspensas, sistema de codificação</p>

### 7.8 Oitavo Passo: Análise da viabilidade do plano

Para a implementação do plano de intervenção torna-se fundamental a participação e o comprometimento da equipe da ESF, das pessoas com DM e sua família, da coordenação de atenção básica e da secretaria municipal de educação.

Quadro 5 – Análise da viabilidade do plano ESF José Guilherme Campos – Maria da Fé-MG

Operações	Recursos Críticos	Controle dos Recursos Críticos		Ações Estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Unidos pela Saúde	<p><u>Organizacionais:</u> Reorganizar o processo de trabalho da ESF permitindo o tempo de uma hora por dia nos cinco dias da semana para os encontros. Não há dispêndio financeiro, pois, as ações serão desenvolvidas no horário de trabalho da equipe e a ESF conta com os recursos materiais necessários.</p> <p><u>Cognitivos:</u> Conhecimento sobre os temas e a dinâmica de grupos operativos Informações sobre os exercícios a serem realizados</p> <p><u>Políticos:</u> Articular com a Secretaria de Educação para cursos de alfabetização para os adultos na área adstrita</p>	<p>Equipe ESF José Guilherme Campos</p> <p>Coordenação de Atenção Básica</p> <p>Secretaria Municipal de Educação</p>	Favorável	<p>Apresentar o projeto à Coordenação da Atenção Básica</p> <p>Agendar as consultas no período da manhã e as visitas domiciliares de 12:00 até as 13:30. As reuniões do grupo iniciarão as 16 horas.</p>
ComunicAÇÃO	<p><u>Organizacionais:</u> Reorganizar a agenda de atendimentos diários com reservas de vagas para consultas médicas e de enfermagem Orientar os ACSs para o agendamento de consultas e a motivação das pessoas com DM para o comparecimento a</p>	Equipe ESF José Guilherme Campos	Favorável	<p>Determinar na agenda diária local agendamento de consulta médica e de enfermagem.</p>

	<p>consulta.  Reorganização do processo de trabalho para o acolhimento das pessoas à ESF  Não há dispêndio financeiro.  Reorganizar o arquivo e conscientizar a equipe para o registro</p> <p><u>Recursos humanos:</u>  trabalhadores em saúde, secretária</p> <p><u>Cognitivo:</u> capacidade de acolher as pessoas na ESF,  Conhecimento sobre as necessidades de cada pessoa com DM</p> <p><u>Político:</u> Articulação com a coordenação de atenção básica para a alteração do agendamento de consultas</p> <p><u>Recursos Físicos:</u>  Carro disponível para visitas, arquivo, pastas suspensas, sistema de codificação</p>			
--	---	--	--	--

### 7.9 Nono Passo: Elaboração do plano operativo

A elaboração do plano operativo compreende os resultados e os produtos esperados, as ações estratégicas para o alcance dos resultados propostos, os responsáveis e o aprazamento.

Quadro 6 – Elaboração do plano operativo para a ESF José Guilherme Campos – Maria da Fé-MG

<b>Operação / Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
Unidos pela Saúde	Aumentar a adesão das pessoas com DM ao tratamento farmacológico e não farmacológico	Grupos operativos  Assiduidade das pessoas aos encontros  Melhoria dos níveis glicêmicos  Redução das complicações	Realização dos grupos operativos  Reuniões entre os trabalhadores em saúde  Implantação de salas para alfabetização	Equipe ESF  Secretaria Municipal de Educação	Serão concedidos quatro meses para a apresentação do projeto à Secretaria Municipal de Educação e reuniões entre a equipe para a implementação dos grupos operativos. Os grupos operativos deverão transcorrer no ano e serão concedidos um prazo de 6 meses para a implementação de oficinas de alfabetização
Comunicação	Melhorar o acompanhamento longitudinal das pessoas com DM Democratizar o acesso das pessoas às consultas	Reorganização do processo de trabalho em saúde	Reorganização da agenda de atendimento  Reorganização do arquivo	Trabalhadores em saúde	Serão concedidos dois meses para análise do projeto pela Coordenação da Atenção Básica, um mês para reorganização do arquivo e um mês



					para a revisão do projeto pela equipe para a sua implementação
--	--	--	--	--	--

### 7.10 Décimo passo: Gestão do plano

Para o alcance dos objetivos propostos neste plano, torna-se imprescindível o comprometimento de todos os atores envolvidos neste processo, além dos recursos humanos e financeiros associado a um ótimo planejamento para a sua consecução. É necessário estruturar um plano de gestão que permita acompanhar a execução das ações, indicando o alcance ou não dos resultados e produtos esperados e a avaliação contínua e sistemática possibilitando a sua revisão.

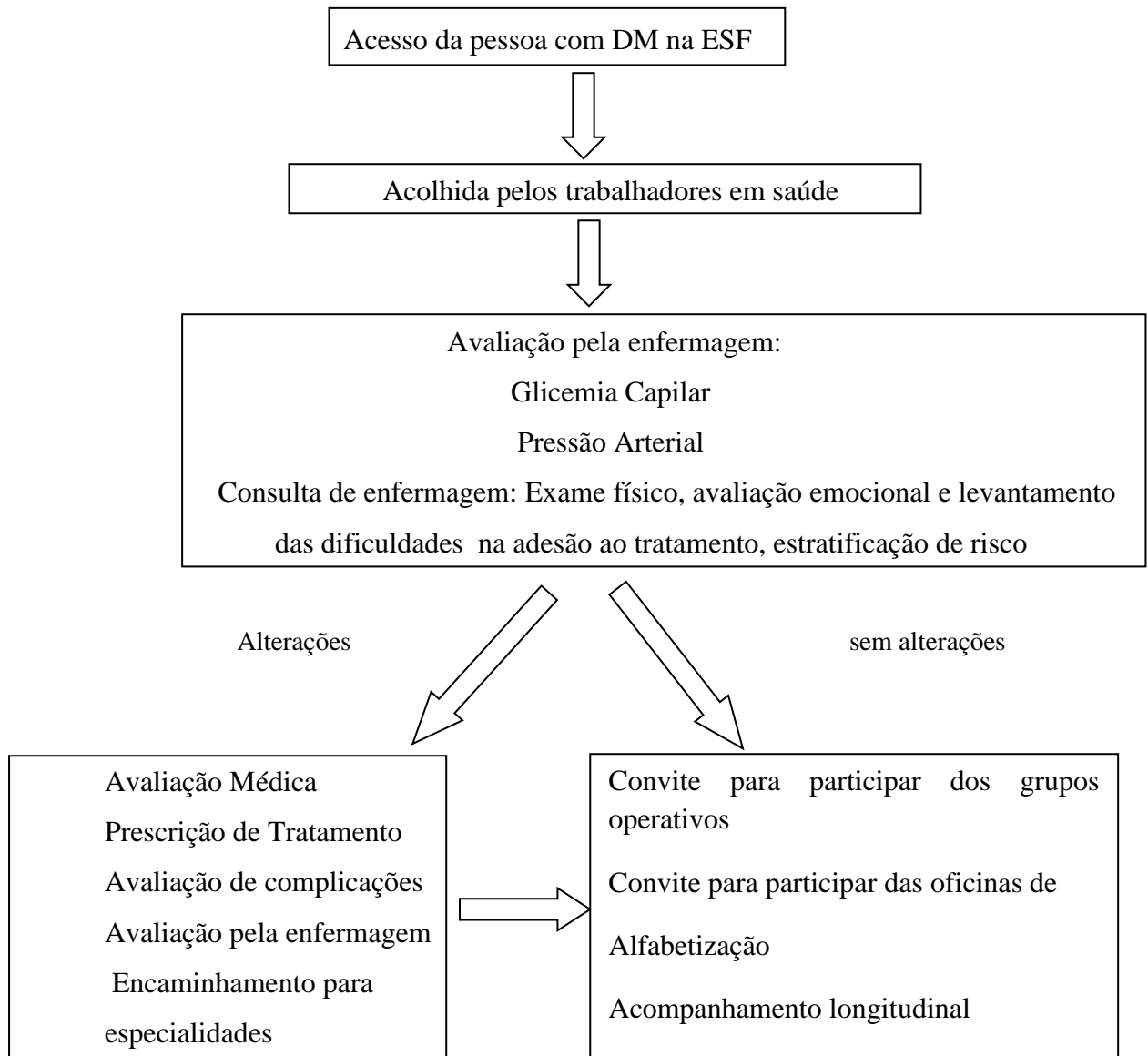
Quadro 7 - Gestão do plano: Operação: Unidos pela Saúde da ESF José Guilherme Campos – Maria da Fé-MG

<b>Coordenador:</b> Enfermeiro coordenador da ESF José Guilherme Campos – Maria da Fé-MG					
<b>Operação: UNIDOS PELA SAÚDE</b>					
<b>Produto</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
Grupos operativos	Equipe ESF	2 meses	Projeto finalizado	Aguardando para implementação	4 meses
Caminhada	Equipe ESF	2 meses	Projeto finalizado	Aguardando para implementação	4 meses
Oficinas de alfabetização	Secretaria Municipal de Educação	6 meses	Projeto em análise	Aguardando aprovação	

Quadro 8 - Gestão do plano. Operação: ComunicAÇÃO da ESF José Guilherme Campos – Maria da Fé-MG

<b>Coordenador:</b> Thaís Arruda Siqueira Santos					
<b>Operação: ComunicAÇÃO</b>					
<b>Produto</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
Reorganizaçã o do processo de trabalho	Equipe da ESF	2 meses	Projeto finalizado	Aguardando para implementação	4 meses
Reorganizaçã o do arquivo					

Figura 2 - Fluxo de atendimento para as pessoas com DM na ESF José Guilherme Campos – Maria da Fé-MG



## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste projeto de intervenção proporcionou à equipe ESF José Guilherme Campos uma análise aprofundada sobre os fatores que tem dificultado as pessoas com DM a adesão ao tratamento e as lacunas no processo de organização do trabalho em saúde para o acompanhamento longitudinal dessas pessoas.

Conclui-se que o atual processo de organização do trabalho da ESF tem corroborado para as dificuldades na adesão ao tratamento.

Propomos para o plano de intervenção a implantação do grupo operativo, pautado no projeto Viva Bem e seus subprojetos Unidos pela Saúde e Comunicação.

Com os recursos já disponíveis e com os possíveis de serem alcançados, o comprometimento de todos os atores envolvidos neste plano de intervenção e o estabelecimento de vínculos entre equipe, pessoas com DM e seus familiares, é possível melhorar a adesão das pessoas com DM ao tratamento, minimizando complicações futuras decorrentes de um inadequado controle da doença.

Embora os fatores para a adesão ao tratamento sejam multicausais, buscamos nesta primeira proposta, para o plano de intervenção, levantar as causas prioritárias como o conhecimento sobre a doença, tratamento, complicações, o autogerenciamento da doença e de cuidados, o acompanhamento longitudinal, as metas de pactuação para possíveis mudanças de estilo de vida e a melhoria do nível de escolaridade. Reconhecemos que o atendimento da equipe às pessoas com DM também necessita ser aprimorado, qualificando a assistência médica e de enfermagem, garantindo assim, um acompanhamento regular a todas as pessoas.

Alcançando estas metas, a qualidade de vida dos pacientes, que é o objetivo maior da equipe ESF José Guilherme Campos poderá ser alcançada.

## REFERÊNCIAS

ABDUCH, C. Grupos operativos com adolescentes. *Caderno Juventude, Saúde e Desenvolvimento*. p. 289-300, 1999.

BAREMBLITT, G. *Grupos: teoria e técnica*. Rio de Janeiro: Graal; 1996.

BEDETTI, A.D., OLIMPIO, D.C., FILGUEIRAS, E., LOFFI, M.C., SIMÃO, L.Q. Educação em saúde: experiências com grupo operativo na atenção básica. *Revista Tecer*. Belo Horizonte. v.2, n.3, nov.2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HUMANIZASUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4ª ed. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Brasil. *Mais de 5% dos brasileiros são diabéticos e doença cresce entre homens, alerta Saúde*. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/05/mais-de-5-dos-brasileiros-sao-diabeticos-e-doenca-cresce-entre-homens-alerta-saude-1>. Brasil, 2012. Acesso em 29/03/2014, às 15: 47.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Nota Técnica 36/2010/DESD/SE/MS, de 02 de julho de 2010: Estimativa do Custo do Procedimento de Hemodiálise II*. Disponível em: [http://www.sbn.org.br/pdf/23\\_apresentacao.pdf](http://www.sbn.org.br/pdf/23_apresentacao.pdf). Acesso em 30/03/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos da Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Diabetes Mellitus. Brasília, n. 36, 2013.

CAMPOS, F. C. C., FARIA, H. P., SANTOS, M. A. *Planejamento e avaliação das ações de saúde*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CASSOL, P. B, TERRA, M.G, MOSTARDEIRO, S.C.T.S, GONÇALVES, M.O, PINHEIRO, U.M.S. Tratamento em um grupo operativo em saúde: percepção dos usuários de álcool e outras drogas. *Revista Gaúcha Enfermagem*. Porto Alegre, v. 33, n.1, p. 132-138, mar. 2012.

CHAVES, M. O., TEIXEIRA, M. R. F., SILVA, S. E.D. Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 66, n.3, mar./abr. 2013.

CORREA, E. J., VASCONCELOS, M., SOUZA, M. S. L. *Iniciação à metodologia: textos científicos*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013

COTRAN, R. S., KUMAR, V., ROBBINS, S.T. *Patologia Estrutural e Funcional*. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

FAZENDA, N.R.R., MOREIRA, V.R.V. Trabalho em Equipe. In: BALSANELLI, A.P., FELDMAN, L.B., RUTHES, R. M., CUNHA, I. C. *Competências gerenciais: desafio para o enfermeiro*. São Paulo: Martinari, p. 53-63, 2008.

FERNANDES, M. T. O., SILVA, L. B. S., SOARES, S. M. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. v. 16, n. 1, p. 1331-1340, 2011.

FLEURY, M.T.L., FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*. Rio de Janeiro, v.5, p. 183-96, 2001.

FRANCIONI, F.F., SILVA D.G.V. O processo de viver saudável de pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência. *Texto & Contexto Enfermagem*. v.16, n.1, p.105-11, 2007.

GRILLO, M.F.F.; NEUMANN, C. R.; SCAIN, S. F.; ROZENO, R. F.; GROSS, J. L.; LEITÃO, C. B. Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes. *Revista da Associação Médica Brasileira*. São Paulo, v.59, n.4. jul./ago. 2013.

JUNIOR, W. C., MAFRA, A. A. *Sistema Manchester de Classificação de Risco: Classificação de Risco na Urgência e Emergência*. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, set./2010.

KING, H., AUBERT, R.E., HERMAN, W.H. Global burden of diabetes, 1995-2025. In: *Diabetes Care*. v. 21, n.9, p.1414-1431, 1998. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/21/9/1414>. Acesso em 20 de Agosto de 2011.

LEITE, S.A.O, ZANIM, L.M., GRANZOTTO, P.C.D., HEUPA, S., LAMOUNIER, R.N. Pontos básicos de um programa de educação ao paciente com diabetes melito tipo 1. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*. v. 52. p.233-42, 2008

MATTA, G. C., MAROSINI, M. V. G. *Atenção Primária a Saúde – Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes.html>. Acesso em 10/08/2014.

MENDES, E.V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MICHELS, M.J., CORAL, M.H.S., SAKAE, T.M., DAMAS, T.B., FURLANETTO, L.M. Questionário de atividades de autocuidado com o diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*. v. 54, n. 7, p. 644-51, 2010.

MINAYO, M. C. S. Atenção Básica à Saúde no SUS: uma herança com testamento. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.19, n.2. 2014.

NARAYAN, K.M.V, GREEG, E.W, FAGOT-CAMPAGNA, A., ENGELGAU, M, M, VINICOR, F. Diabetes – A common, growing, serious, costly, and potentially preventable public health problem. *Diabetes Research and Clinical Practice*, v. 50, n.2, p. 77-S84, 2000. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11024588>. Acesso em 20/03/2014.

OLIVEIRA, M. M. C. *Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada*. 2007, Dissertação de mestrado. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000631287&loc=2008&l=0d26049ebf30d8eb>. Acesso em 24/07/2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília: OMS; 2003.

PICHON-RIVIÈRE, E. *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes; 1998.

PICHON-RIVIÈRE, E., QUIROGA, A.P. *Psicologia da vida cotidiana*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

PIMENTA, W. P. *Diabetes Mellitus*. Disponível em: [http://www.emv.fmb.unesp.br/aulas\\_online/Endocrinologia/diabetes\\_mellitus/pdf/diabetesmellitus.pdf](http://www.emv.fmb.unesp.br/aulas_online/Endocrinologia/diabetes_mellitus/pdf/diabetesmellitus.pdf). Acesso em 30/03/14.

PONTIERI, F. M., BACHION, M. M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. v.15, n.1, p. 151–160, 2010.

SANTOS, J. C.; MOREIRA, T. M. M. M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, v.46, n.5, out/2012.

SANTOS, L., TORRES, H.C. Práticas educativas em diabetes *mellitus*: compreendendo as competências dos profissionais da saúde. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*. v.21, n. 3. Florianópolis, jul./set. 2012.

Secretaria Municipal de Saúde de Maria da Fé. *Diagnóstico Municipal*. Maria da Fé, 2010.

Secretaria Municipal de Saúde de Maria da Fé. *Diagnóstico Local*. Maria da Fé, 2012.

Secretaria Municipal de Saúde de Maria da Fé. *Relatório de Gestão*. jan./dez. 2012.

Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais. *Atenção à Saúde do Adulto Hipertensão e Diabetes*. 1ª ed, Belo Horizonte, 2006.

SILVEIRA, M. F. A.; GUALDA, D. M. L.; SOBRAL, V., GARCIA, A. M. S. A dança das descobertas. *International Journal of Qualitative Methods*, v. 16, p.1-18. 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br>. Acesso em 28/01/2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. Disponível em: <http://www.endocrino.org.br/diabetes/>. Acesso em 28/01/2014.

TORRES, H. C; SOUZA, E. R.; LIMA, M. H. M.; BODSTEIN, R. C. Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo, v.24, n.4, 2011.

TORRES, H.C., FRANCO, L.J., STRADIOTO, M.A., HORTALE, V.A., SHALL, V.T. Avaliação Estratégica de Educação em Grupo e Individual no Programa Educativo em Diabetes. *Revista de Saúde Pública*. v.43, n.2, p.291-8, 2009.

TORRES, H.C., HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.19, n.4. jul./ago. 2003.



TORRES, H.C., MONTEIRO, M.R.P. Educação em saúde sobre doenças crônicas não-transmissíveis no programa saúde da família em Belo Horizonte/MG. *Revista Mineira de Enfermagem*. v. 10, n.4, jan./mar. 2006.

VILLAS BOAS, L.C.G., FOSS, M.C., FREITAS, M.C.F., TORRES, H.C., MONTEIRO, L.Z., PACE, A.E. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v. 20, n.2, abr./jun. 2011.