

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

**PLANO DE AÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO DE GRUPOS
EDUCATIVOS PARA USUÁRIOS PORTADORES DE DIABETES
MELLITUS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA JUIZ DE FORA –
DORES DO INDAIÁ, MINAS GERAIS**

Vanessa Ribeiro Batista

POMPÉU, MINAS GERIAS

2013

Vanessa Ribeiro Batista

**PLANO DE AÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO DE GRUPOS
EDUCATIVOS PARA USUÁRIOS PORTADORES DE DIABETES
MELLITUS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA JUIZ DE FORA –
DORES DO INDAIÁ, MINAS GERAIS**

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

**Orientadora: Prof^a. Fernanda Magalhães
Duarte Rocha**

POMPÉU, MINAS GERIAS

2013

Vanessa Ribeiro Batista

**PLANO DE AÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO DE GRUPOS
EDUCATIVOS PARA USUÁRIOS PORTADORES DE DIABETES
MELLITUS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA JUIZ DE FORA –
DORES DO INDAIÁ, MINAS GERAIS**

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

**Orientadora: Prof.^a Fernanda Magalhães
Duarte Rocha**

Banca Examinadora:

Prof.^a Fernanda Magalhães Duarte Rocha - Orientadora

Prof.^a Ayla Norma Ferreira Matos - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: 03/08/2013.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas
que contribuíram para sua realização.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus, por me iluminar na busca pelo conhecimento. À orientadora Fernanda Magalhães Duarte Rocha, pelo constante e incondicional apoio que, aliado ao seu profissionalismo, me ajudou a conduzir esta pesquisa. A todos os membros da equipe de Saúde da Família Juiz de Fora, que me auxiliaram na realização deste trabalho e nas demais atividades desenvolvidas ao longo do Curso de Especialização em Saúde da Família. Enfim, a todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a conclusão deste trabalho.

EPÍGRAFE

“Não devemos ter medo de novas idéias! Elas podem significar a diferença entre o triunfo e o fracasso.”

Napoleon Hill

RESUMO

O Diabetes Mellitus (DM) configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. Este trabalho considera que os profissionais de saúde são responsáveis por propiciar aos portadores de DM, condições favorecedoras para a aquisição de conhecimentos científicos e possíveis mudanças, para o bom controle da doença. Uma das estratégias que favorecem a ação integrada da equipe multiprofissional em processos de educação em saúde é a dinâmica de grupos educativos. A prática desses grupos visa divulgar informações sobre a importância do tratamento do DM, através das dietas, uso correto de medicações, atividades físicas, a fim de evitar complicações da doença que afetam negativamente a saúde dos seus portadores. As ações educativas enquanto componente da política de saúde nos âmbitos estaduais e municipais tem bases em dispositivos político-institucionais que orientam a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Tendo em vista a importância da educação como um método de prevenir agravos à saúde, o presente estudo visa desenvolver um plano de ação no qual se propõe trabalhar com grupos educativos compostos por usuários portadores de Diabetes Mellitus. O plano de ação para implantação desses grupos foi realizado para ser implantado na Unidade de Saúde da Família Juiz de Fora, localizada na zona urbana do município de Dores do Indaiá/Minas Gerais. Acredita-se que este plano seja exequível, uma vez que propõe passos norteadores para viabilizar uma rotina de atividades de educação em saúde, atividades que estão fragilizadas na unidade de saúde em questão.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Educação em saúde. Grupos educativos. Saúde da família.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is today a worldwide epidemic and is a great challenge for health care systems around the world. This work holds those professionals dealing with health as responsible for leveraging favoring conditions to those who suffers from this ailment to acquire some scientific knowledge to control the disease. One of the strategies that help the integration of a multidisciplinary team involved in health education processes is to work with the dynamic education groups. The purpose of these groups is to spread information about the importance of treatment of DM, - be it through diets, right use of medications or physical activities - to avoid complications that have a negative impact on the health of those suffering from it. Educational activities as part of a health care policy are based on political and institutional rules that guide the management of SUS (Unified Health System). Considering the fundamental role of education in preventing health damage, this study aims to develop an action plan which proposes to work with educational groups composed of those suffering from the disease. This plan is meant to be put to work in the Juiz de Fora Family Health Unity in the urban zone of Dores do Indaia city. We believe that it is feasible once it comes up with guiding steps to enable activities related to health education, which are poorly approached in the above unity.

Keywords: Diabetes Mellitus. Health Care education. Educational Groups. Family health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Justificativa	11
1.2 Objetivo Geral	12
2 METODOLOGIA	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 Diabetes Mellitus	15
3.2 A importância do processo educativo para o portador de Diabetes Mellitus	16
3.3 A Estratégia Saúde da Família e o enfrentamento do Diabetes	18
4. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	21
4.1 Cenário: Descrição da Unidade de Saúde da Família Juiz de Fora...	21
4.2 Diagnóstico Situacional e Plano de Ação	22
4.2.1 Priorização e Explicação do Problema	23
4.2.2 Identificação dos Nós Críticos	25
4.2.3 Desenho das Operações	26
4.2.4 Recursos Críticos	27
4.2.5 Análise da Viabilidade do Plano	28
4.2.6 Plano Operativo	30
4.2.7 Gestão do Plano	32
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

Os profissionais da saúde têm papel fundamental na qualidade de vida da população, através de ações de educação em saúde, preparando os indivíduos para que possam ter uma vida mais harmônica ao lidar com as mudanças associadas ao surgimento e controle de doenças e, desta forma auxiliando na promoção de uma vida saudável (BRASIL, 2009).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) trabalha com uma visão de saúde inserida nos princípios da prevenção de complicações e da promoção de qualidade de vida. Um de seus principais focos de trabalho é gerar ações de saúde que possibilitem a integração de atividades individuais e coletivas, necessitando que os profissionais tenham uma visão do indivíduo, de seu meio familiar e da sociedade em que vive (BRASIL, 2000).

A dimensão social da saúde na perspectiva dos determinantes sociais e na intencionalidade de uma intervenção articulada à política de saúde aponta caminhos onde a educação em saúde adquire viabilidade enquanto dispositivo que fomenta a integralidade de espaços de atuação (comunidades, grupos, serviços), dos saberes (técnicos, científicos, populares) e o sentido da transversalidade de políticas públicas intersetoriais (BRASIL, 2008, p.3).

Com a realização do diagnóstico situacional e da priorização de um problema, atividades que também foram necessárias para a realização do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), foi definido que a falta de grupos educativos para usuários portadores de Diabetes Mellitus (DM) seria o problema a ser trabalhado pela Equipe de Saúde da Família Juiz de Fora, no município de Dores do Indaiá, através da elaboração de um Plano de Ação para implantação da rotina de atividades de grupos educativos na unidade de saúde.

O DM é conceituado como uma hiperglicemia crônica, relacionada a distúrbios no metabolismo de carboidratos, de proteínas e de gorduras. Esse aumento das taxas de glicose no sangue é resultado de uma secreção deficiente de insulina pelas células beta do pâncreas, de resistência periférica à ação da insulina ou ambas. Os efeitos dessa hiperglicemia ao longo do tempo incluem dano ou falência de órgãos, especialmente rins, nervos, coração e vasos sanguíneos (MINAS GERAIS, 2006).

“Segundo informações da Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de pessoas com DM em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, e acredita-se

que possa acometer 350 milhões de pessoas em 2025. No Brasil são cerca de seis milhões de portadores” (BRASIL, 2006, p. 7).

Na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Juiz de Fora, esse cenário também se faz presente, onde se verificou através de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de 2011, que o DM e a Hipertensão Arterial (HA) são as morbidades mais prevalentes na população, sendo existentes 108 diabéticos e 572 hipertensos cadastrados (DORES DO INDAIÁ, 2011).

No Brasil, o DM associado a HA, é o principal causador de hospitalizações e mortalidade, também é responsável por amputações de membros inferiores e representa 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica, submetidos à diálise (BRASIL, 2006).

1.1 Justificativa

Após a realização do diagnóstico situacional foi verificado que não há atividades de grupos educativos ocorrendo de forma rotineira na Equipe de Saúde da Família Juiz de Fora.

De acordo com dados adquiridos na unidade de saúde (DORES DO INDAIÁ, 2011), verificou-se que no período de 2009 a 2011 foram realizados apenas nove atividades de grupos educativos; desses, cinco foram grupos para controle de peso, realizados pela nutricionista; três foram grupos para gestantes e apenas um foi grupo para diabéticos e hipertensos.

A educação como método de promoção à saúde, justifica a necessidade de ações para resolver o problema em questão, a falta de grupos educativos para portadores de DM.

Portanto, a organização de rotinas de grupos educativos com a intenção de promover troca de informações, mudanças de comportamento, apoio e monitoramento, pode melhorar a adesão aos tratamentos, reduzindo o impacto das condições crônicas e proporcionando melhor qualidade de vida às pessoas com DM.

Nesse sentido, percebe-se a necessidade de organizar esses grupos na Unidade de Saúde da Família Juiz de Fora, para que ocorram de forma contínua, melhorando assim as ações de educação em saúde, em relação ao DM, e

conseqüentemente favorecendo o controle da glicemia, promovendo o bem-estar do paciente e de sua família.

1.2 Objetivo Geral

Elaborar um Plano de Ação para implantar a rotina de grupos educativos para usuários portadores de Diabetes Mellitus, na Unidade de Saúde da Família Juiz de Fora, no município de Dores do Indaiá, Minas Gerais.

2 METODOLOGIA

Este é um estudo com características descritivas e qualitativas, que propõe uma intervenção educativa junto aos usuários, a partir dos problemas identificados através de observação e pesquisa de dados, durante a execução de um diagnóstico situacional.

“A pesquisa qualitativa tem como foco de estudo o processo vivenciado pelos sujeitos” (QUEIROZ et al, 2007, p. 276). Assim, as investigações qualitativas são uma referência para investigar contextos e realidades distintas.

Foi realizada uma revisão da literatura que teve como referência os módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, disponíveis da Plataforma Ágora (www.nescon.medicina.ufmg.br) e pesquisa em base de dados da Bireme – Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>) e da Scientific Eletronic Library Online (SciELO Brazil) (<http://www.scielo.br/>). Também foram utilizados os dados do SIAB da unidade. Os descritores utilizados para pesquisa foram: diabetes mellitus, educação em saúde, grupos educativos e saúde da família.

O local de investigação e intervenção foi a Unidade de Saúde da Família Juiz de Fora, localizada na periferia do município de Dores do Indaiá, Minas Gerais, que atende uma área de aproximadamente quatro bairros divididos em seis micro-áreas; possui uma população com cerca de 3.260 habitantes, num total de 1.012 famílias. O número de portadores de diabetes mellitus cadastrados é de 108 pessoas, correspondendo a 3,31% da população adscrita (DORES DO INDAIÁ, 2011).

Após a observação, coleta de dados e análise foi elaborado um plano de ação através do levantamento de nós críticos e descrição dos passos desse plano, realizados durante a execução da disciplina de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde. Esse plano de ação foi embasado numa teoria de planejamento denominada Planejamento Estratégico Situacional (PES). Segundo os autores Campos, Faria e Santos (2010) o PES sugere o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo.

Sendo assim, possibilita a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, incluindo a população, e que os diferentes atores sociais explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em jogo. Essa participação enriquece o processo de planejamento, criando

corresponsabilidade dos atores com a efetivação do plano de ação, dando mais legitimidade e, mesmo, viabilidade política ao plano (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010, p. 26).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Diabetes Mellitus

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2006), o DM é um conjunto de doenças metabólicas que se caracterizam por aumento das taxas de glicose no sangue, chamada hiperglicemia, associadas também a complicações, disfunções e insuficiência de outros órgãos, como por exemplo, os olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. A patologia pode surgir devido problemas de secreção e/ou ação da insulina, envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros.

O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo (BRASIL, 2006, p. 7).

Para a Sociedade Brasileira de Diabetes (2005) a assistência ao portador de DM é oferecida nos diferentes níveis de atenção à saúde. Na atenção primária, considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como primordial, propõem-se estratégias que evitem o surgimento de fatores de risco para DM, com o objetivo de impedir o aparecimento da doença. A atenção secundária releva a importância do tratamento adequado ao portador de DM, a fim de evitar o surgimento de complicações associadas a doença. Porém, infelizmente, é na atenção terciária, fase da assistência em que as complicações já ocorreram, é que há a maior parte dos investimentos por parte dos sistemas de saúde.

Atualmente as políticas de saúde têm buscado estimular os profissionais de saúde para repensarem a organização do sistema de saúde com vistas a contribuir para mudanças que possibilitem sair do modelo hegemonicamente centrado na doença, para um modelo de atenção integral a saúde, onde haja incorporação progressiva de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças (BRASIL, 2007).

Segundo Ministério da Saúde (Brasil, 2006) mudanças de estilo de vida podem reduzir 58% da incidência de adoecimento por diabetes em 3 anos. Essas mudanças visam discreta redução de peso (5-10% do peso), manutenção do peso

perdido, aumento da ingestão de fibras, restrição energética moderada, restrição de gorduras, especialmente as saturadas, e aumento de atividade física regular.

A incidência de DM na atualidade atinge proporções epidêmicas, o que acarreta um alto custo tanto econômico quanto social. [...] As conseqüências humanas, sociais e econômicas são alarmantes: são 4 milhões de mortes por ano relativas ao diabetes e suas complicações, o que representa 9% da mortalidade mundial total. O DM gera grande impacto econômico nos serviços de saúde, como conseqüência dos crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores. [...] Nesse sentido, a atenção direciona-se aos diferentes níveis preventivos da doença. A prevenção terciária, em que complicações já ocorreram, é a que consome a maior parte dos investimentos. A prevenção secundária é importante para o tratamento adequado do diabético sem complicações. A prevenção primária, por sua vez, tem como finalidade impedir o aparecimento da doença, bem como o surgimento de fatores de risco para o DM tipo 2 (BRASIL, 2007, p. 59, 60).

3.2A importância do processo educativo para o portador de Diabetes Mellitus

As práticas educativas são alicerces das atividades de promoção à saúde. Conforme relatam Santos e Torres (2012), os profissionais de saúde podem envolver o processo educativo no controle do DM como uma medida para estimular o conhecimento do indivíduo sobre a patologia e seu tratamento, estimulando hábitos de vida saudáveis, favorecendo um melhor autocontrole sobre a doença.

O entendimento, pelo indivíduo, do sistema interativo na prática educativa, as interfaces estabelecidas entre esta e o profissional de saúde, mediada e estruturada pelo conceito da doença, favorecem o desenvolvimento de atitudes pessoais que se associam ao conceito de estilo de vida. Os estilos de vida não correspondem somente a alguns comportamentos, como o exercício físico, a dieta ou a ausência de consumo de substâncias prejudiciais, mas também a outras atitudes e práticas, como a tolerância, a solidariedade, o respeito pelas diferenças e os direitos humanos e a participação, que ocorrem na vida coletiva (TORRES, HORTALE e SCHALL, 2003, p. 1040).

A Carta de Ottawa diz que a “Promoção da Saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002, p. 19).

Segundo Scain et al (2007) apud Santos e Torres (2012, p. 575):

[...] as ações educativas para o autocuidado em DM, quando conduzidas por profissionais de saúde capacitados, com suas competências delineadas no processo de aprendizagem contribuem para o melhor controle metabólico do indivíduo, pois cabe àqueles a responsabilidade de produzir as condições favoráveis ao processo de aquisição de conhecimentos sobre o DM, que possam levar à mudança nos hábitos de vida e manejo da doença.

Para Valla e Vasconcelos (2000) os profissionais de saúde devem trabalhar com expressões claras e simples, que se enquadrem à realidade dos indivíduos, conhecendo suas necessidades em relação aos problemas de saúde que os acometem. Essa linguagem clara e fácil de compreender cria oportunidades para que o profissional possa exercer práticas educativas e realizar intervenções necessárias à doença. Esse profissional deve atuar como agente facilitador e mobilizador, para melhorar as condições de vida das pessoas e evitar o aparecimento da doença.

Silveira et al. (2002) apud Torres, Hortale e Schall (2003, p. 1041):

[...] afirmam que alcançaram, de forma apaixonada, prazerosa e surpreendente, os objetivos da pesquisa e que a abordagem da dinâmica de grupo possibilitou a construção de um cotidiano permeado pela compaixão, solidariedade e humanização, permitindo aos participantes trocar e construir conhecimentos, elaborando conceitos, redefinindo ou anulando normas, demarcando outros espaços, construindo outras possibilidades de ser e de fazer o processo educativo.

Segundo Costa et al (2011) é fundamental que tanto a comunidade quanto os profissionais de saúde transformem suas formas de pensar para que haja a inclusão de processos educativos e participativos. Tais mudanças favorecem para que os indivíduos tenham uma maior compreensão a cerca de seus problemas de saúde e assim tem mais capacidade na tomada de decisões. Uma vez que a população desenvolva análises críticas sobre a situação de saúde na qual está inserida, espera-se que também haja melhorias no quadro geral de saúde do Brasil, criando um conjunto democratizado com estratégias propostas a partir da promoção da saúde, envolvendo a participação da população, do governo, das instituições públicas e privadas.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 1999) aprender em grupos é também analisar de forma crítica a realidade, em que cada resposta obtida se transforma, imediatamente, em uma nova pergunta, promovendo a educação para o controle das doenças. A certeza de que o grupo possa ser uma ferramenta para facilitar o processo de ensino e aprendizagem entre profissionais de saúde e indivíduos advém da experiência de outros profissionais que trabalham com essa metodologia e de um determinado referencial.

O desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis é complexo, sendo necessárias ações permanentes que não apenas foquem os indivíduos e as famílias de maneira isolada, mas que também levem em consideração os aspectos sociais, econômicos e culturais destes. A baixa

aderência aos tratamentos medicamentosos e, principalmente, a negligência quanto às mudanças necessárias de estilo de vida fazem com que aproximadamente 50% dos pacientes portadores de doenças crônicas como o DM não obtenham melhoras no contexto da doença (OPAS, 2003).

No que se refere à importância das mudanças no estilo de vida como a ingestão de dieta adequada e prática regular de atividade física para o portador de DM, a Sociedade Brasileira de Diabetes (2005), Mercury e Assad (2001) e Molena-Fernandes et al (2005), relatam que a participação de programas que estimulem a realização de atividade física e o consumo de dieta nutricionalmente adequada, associados à assistência médica, podem reduzir o risco de complicações da doença, além de contribuir para a melhora da qualidade de vida do portador de diabetes.

A prática regular de atividade física é indicada a todos os pacientes com diabetes, pois, melhora o controle metabólico, reduz a necessidade de hipoglicemiantes, ajuda a promover o emagrecimento nos pacientes obesos, diminui os riscos de doença cardiovascular e melhora a qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva, as equipes de saúde devem focalizar interações entre seus membros, bem como as interações com os outros subsistemas (familiares, amigos) ao invés de focar apenas a pessoa doente.

3.3 A Estratégia Saúde da Família e o enfrentamento do Diabetes

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2006) a Saúde da Família é uma estratégia utilizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica e, tem como proposta principal promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integralizada e contínua, aproximando-as das famílias e toda comunidade. Com esses ideais, procura melhorar a qualidade de vida dos brasileiros, incentivando e reafirmando os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

A estratégia Saúde da Família representa uma concepção de atenção à saúde focada na família e na comunidade, com práticas que apontam para o estabelecimento de novas relações entre os profissionais de saúde

envolvidos, os indivíduos, suas famílias e suas comunidades. Com isso, criam-se condições que conduzem à construção de um novo modelo de atenção à saúde mais justo, equânime, democrático, participativo e solidário. [...] O profissional da equipe de Saúde da Família precisa ser capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e de reabilitação. Um profissional capacitado para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na Promoção da Saúde. E para que isto aconteça, é preciso uma permanente interação com a comunidade, no sentido de mobilizá-la e estimular sua participação (BRASIL, 2000, p. 9).

Conforme orientações da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (Minas Gerais, 2006), publicadas no manual de Atenção a Saúde do Adulto: Hipertensão e Diabetes, as Equipes de Saúde da Família devem proceder com ofertas de serviços que integrem as seguintes ações no cuidado ao portador de DM:

- Diagnóstico dos casos de forma mais precoce, através da investigação de usuários com fatores de risco;
- Cadastramento dos portadores, promovendo a alimentação e análises dos sistemas de informação;
- Busca ativa dos casos por meio das vistas domiciliares;
- Tratamento do DM para os portadores, através de acompanhamento rotineiro tanto na unidade quanto no domicílio, ofertando também ações educativas, fornecimento de medicamentos e insumos, e curativos quando necessário;
- Monitorização das taxas de glicose dos pacientes, pela realização de glicemia capilar nas unidades;
- Diagnóstico precoce de complicações, referenciando o paciente para realizações de exames sanguíneos complementares, eletrocardiograma e outros quando necessário;
- Atendimentos de urgência para os casos de complicações agudas ou demais intercorrências;
- Encaminhamento de casos graves para os níveis secundários e terciários;
- Oferecer sempre medidas preventivas e de promoção a saúde.

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2006) o atendimento que é prestado pelos profissionais das equipes pode ser ofertado tanto nas unidades de saúde quanto nos domicílios. A assistência deve ser prestada de forma que equipe e comunidade

criem vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias.

Silva, Costa e Firmino (2008), refletindo sobre a importância de trabalhar a educação em saúde abordando o DM e a HA, ambas vistas como doenças que se encontram em local de destaque, acometendo parte da população brasileira, comentam que é fundamental a discussão desses temas junto à população, reforçando sempre a importância de hábitos alimentares saudáveis e a prática regular de atividade física como ações diretamente ligadas à prevenção dessas doenças e de seus agravos.

Entende-se que a educação em saúde cria oportunidades para que cada indivíduo tenha compromisso com atitudes e mudanças que proporcionem seu bem-estar e a viver com boa qualidade de saúde. A convivência em grupos, como abordagem à prática de trocas de experiências, ouvir o outro, conhecer o contexto de cada participante, vem complementar, de modo enriquecedor, o campo da educação em saúde (SILVA, COSTA e FIRMINO, 2008).

4 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

4.1 Cenário: Descrição da Unidade de Saúde da Família Juiz de Fora

A Equipe de Saúde da Família Juiz de Fora existe desde 2007, está situada na rua principal do bairro, e fica a aproximadamente uns 500 km de distância do centro da cidade.

A unidade não fica numa região central em sua área de abrangência, existindo uma longa distância entre a unidade e alguns bairros.

O prédio onde funciona a unidade é de propriedade do estado e foi cedido ao município de Dolores do Indaiá; há anos foi sede da Secretaria Municipal de Saúde. Por ser uma construção muito antiga, sua estrutura hoje necessita de reformas, para que se adapte a resolução da Secretaria Estadual de Saúde nº. 1.186, de 18 de maio de 2007, que trata da Estrutura Física e Equipamentos das Unidades Básicas de Saúde/UBS (MINAS GERAIS, 2007). Em anexo ao prédio há o Laboratório Municipal de Análises Clínicas.

Na recepção a população não fica mal acomodada, há espaço adequado, bancos e cadeiras para que não aguardem o atendimento em pé.

Não há sala de reuniões, por isso a equipe utiliza a sala dos agentes de saúde, que é pequena. As reuniões com a comunidade (grupos operativos, por exemplo) são realizadas geralmente na escola que tem na área da unidade, porém, essa escola fica longe da unidade, o que prejudica a manutenção dos grupos.

Não há também equipe de saúde bucal na unidade de saúde da família, existe apenas um Centro Odontológico que atende toda a população do município.

A unidade encontra-se bem equipada, conta com recursos materiais como pinças de curativo, sutura, mobiliário, etc. Por vezes, acontece de faltar também o fornecimento, por parte da secretaria municipal de saúde, de materiais para realizar curativos, como por exemplo, gazes e ataduras. Nessas condições a população fica extremamente insatisfeita, pois, têm que comprar o material para realizar os curativos. Os profissionais também ficam incomodados com esses problemas administrativos.

A equipe tem bom contato com os profissionais do pronto-atendimento e Santa Casa de Misericórdia, o que favorece o elo entre a atenção primária e a

secundária. A população também tem bom acesso a gratuidade e diversidade de medicamentos da Farmácia Básica Municipal. Quanto ao apoio diagnóstico, há boa oferta de exames laboratoriais básicos, mas percebe-se que há uma demora para a realização e resultados, por exemplo, de exames como os de Rubéola e Hepatite B para as gestantes.

A equipe conta com um médico, um enfermeiro, seis agentes comunitários de saúde, três auxiliares de enfermagem e uma auxiliar de serviços gerais. Também oferece atendimento ginecológico/obstétrico e pediátrico. Há uma psicóloga, que atende consultas para usuários de todo o município, porém esta profissional não faz parte da equipe de saúde da família.

A unidade funciona de 7 às 17:00h ininterruptamente e os profissionais têm uma jornada de trabalho de 40h semanais, exceto uma das auxiliares de enfermagem, cedida pelo estado, que tem sua jornada de 20h semanais. Não há um horário definido para realizar as reuniões de equipe, sendo assim, as reuniões são feitas fragmentadas, sem a participação de todos os profissionais. Seria interessantes existir dentro do horário de trabalho, uma hora em que a unidade fechava um pouco mais cedo para se realizar essa atividade.

4.2 Diagnóstico Situacional e Plano de Ação

A princípio, foi realizado um Diagnóstico Situacional com intuito de identificar os principais problemas na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Juiz de Fora e também definir as ações a serem executadas para enfrentar esses problemas. A coleta das informações foi adquirida através do Método da Estimativa Rápida.

A Estimativa Rápida constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais – autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais, etc. – que controlam recursos para o enfrentamento dos problemas. A Estimativa rápida torna-se o primeiro passo de um processo de planejamento que busca definir as intervenções necessárias para o enfrentamento dos problemas de saúde de uma população específica. O termo “rápida” se refere ao tempo gasto para coleta e análise dos dados no campo e análise destes (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010, p. 39).

A coleta dos dados para o Diagnóstico Situacional foi realizada no período entre setembro a novembro de 2011; as fontes de coleta de dados foram os registros do SIAB, de fichas como SSA2 e PMA2, além de dados colhidos na Vigilância Epidemiológica.

Ao terminar o Diagnóstico Situacional pôde-se concluir que as questões relacionadas ao saneamento básico no território da Equipe de Saúde da Família Juiz de Fora, no geral estão adequadas. Também não se verifica que o desemprego seja um problema na região.

A principal causa das internações foi por problemas do aparelho circulatório, tendo assim boa relação com as morbidades que mais se destacam, a HA e DM. A baixa quantidade de grupos educativos favorece para as complicações destas doenças crônicas.

A inexistência de Equipe de Saúde Bucal (ESB) acarreta falta de ações de prevenção nessa área, deixando a população mais exposta aos riscos e complicações dentárias e da cavidade oral.

Enfim todos os problemas identificados merecem atenção por parte de toda equipe bem do como dos gestores do município para que sejam implementadas ações para assim enfrentá-los.

Após a realização e análise do Diagnóstico Situacional da Unidade de Saúde da Família Juiz de Fora, a parte que se seguiu foi a construção de um Plano de Ação para o problema escolhido tendo como base o módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde (CAMPOS, FARIA E SANTOS, 2010). De acordo esses autores, através da aplicação do método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) é possível processar os problemas identificados no diagnóstico situacional e elaborar um plano.

4.2.1 Priorização e Explicação do Problema

Para Torres, Hortale e Schall (2003) a baixa quantidade de grupos educativos favorece para as complicações de doenças crônicas, como por exemplo, o DM. A educação em saúde, como uma prática social, baseada no diálogo, ou seja, na troca de saberes, favorece a compreensão dessa relação no processo saúde-doença e, respectivamente, o intercâmbio entre o saber científico e o popular.

Tais considerações dão embasamento científico para compreender que pode ser definido como um problema prioritário a falta de grupos educativos para os usuários portadores de DM. A falta dessa atividade está representada nos procedimentos descritos na TABELA 1:

TABELA 1 – Procedimentos realizados pela Equipe de Saúde da Família Juiz de Fora, nos anos de 2009 e de 2011 (até o mês de julho)

Procedimentos realizados pela Equipe de Saúde da Família Juiz de Fora, nos anos de 2009 e de 2011 (até o mês de julho)		
Procedimento	2009	2011
Grupo de educação em saúde	1	8

Fonte: DORES DO INDAIÁ, 2011.

É importante entender a gênese, ou seja, a explicação do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação de suas causas:

- Causas relacionadas aos pacientes:
 - baixa adesão aos serviços de saúde: baixo nível educacional dos pacientes; pacientes trabalhadores podem ter dificuldade de consultar dentro do horário de trabalho; alguns pacientes não mantêm consultas na unidade de saúde, procuram serviço com especialistas ao invés de manter acompanhamento com o médico da família ou procuram atendimento em outros consultórios médicos; a evolução assintomática da doença por muitas vezes faz com que os pacientes não se preocupem por não estarem sentindo nada de diferente e não se preocupam com as complicações em longo prazo.
- Causas relacionadas à equipe de saúde:
 - a rotatividade de profissionais compromete a criação de vínculo equipe-paciente;
 - desinformação dos profissionais quanto à melhor forma de abordar o paciente portador de DM;
 - falta de programação eficiente das atividades;
 - utilização incorreta dos protocolos clínicos e de organização do serviço (condutas divergentes, não estabelecimento de metas);
 - falta de atualização e verificação das fichas B dos Diabéticos (visitas inadequadas sem a supervisão constante do enfermeiro).
- Causas relacionadas à gestão da saúde:
 - baixa cobertura de equipes de saúde da família no município (75%) e conseqüentemente há uma má distribuição e controle da população;

- falta de incentivo para atividades preventivas e de reabilitação;
- demora na autorização para realização de exames laboratoriais e de alta complexidade.
- Conseqüências:
 - Baixa adesão dos usuários ao acompanhamento da doença;
 - Receitas vencidas e automedicação;
 - Agravamento dos quadros clínicos e complicações, levando a seqüelas irreversíveis e óbitos de pacientes
 - Aumento da demanda no pronto atendimento;
 - Aumento das internações por causas evitáveis;
 - Aumento progressivo dos gastos em saúde e procedimentos de alta complexidade;
 - Registros do SIAB podem não corresponder fielmente à realidade local devido a falta de atualização e verificação das fichas B dos Diabéticos;
 - Dificuldades da equipe de saúde em se organizar para prestar atendimento com qualidade.

Foi definido então a elaboração de um plano de ação para implementação de grupos educativos para usuários portadores de Diabetes Mellitus da Equipe de Saúde da Família Juiz de Fora; sendo as etapas de elaboração descritas nos itens a seguir.

4.2.2 Identificação dos Nós Críticos

Neste item foi realizada uma análise para identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importante na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas. Para realizar essa análise foi utilizado o conceito de “nó crítico” proposto pelo PES:

Nó crítico é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz também a idéia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando. (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010, p. 68).

Sendo assim foram definidos os seguintes “nós críticos”:

- Falta de organização do processo de trabalho da equipe com priorização para atividades educativas coletivas;

- Estrutura física inadequada para a realização dos grupos;
- Usuários não aderentes às atividades educativas;
- Usuários mal informados sobre a importância das ações educativas para eficácia do tratamento terapêutico do DM;
- Questões relacionadas aos hábitos de vida dos usuários.

4.2.3 Desenho das Operações

Esse foi um momento normativo, onde foi realizado o desenho das operações, como demonstrado no QUADRO 1. Os objetivos desse passo foram:

- Descrever as operações para enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”;
- Identificar os produtos e resultados para cada operação definida;
- Identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

QUADRO 1 – Desenho de operações para os “nós” críticos do problema

Nó Crítico	Operação	Produtos e Resultados esperados	Recursos Necessários
Falta de organização do processo de trabalho da equipe com priorização para atividades educativas coletivas.	Organizar o serviço da equipe para a realização de grupos educativos.	Serviço de saúde funcionando com a execução de grupos educativos em sua agenda, bem como equipe consciente da importância dessa atividade.	Políticos: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço, articulação com outros setores (educação) no que se refere a área física e recursos tecnológicos; Financeiros: disponibilização de material didático; Cognitivo: empenho da equipe para manter as mudanças do processo de trabalho; Organizacional: organização da agenda.

Nó Crítico	Operação	Produtos e Resultados esperados	Recursos Necessários
Usuários não aderentes às atividades educativas e mal informados sobre a importância das ações educativas para eficácia do tratamento terapêutico do DM.	Sensibilizar os usuários quanto à importância da presença de cada participante nas atividades e quanto à importância que ações educativas têm na saúde das pessoas, uma vez que a troca de conhecimentos é essencial para o aprendizado.	Usuários participando efetivamente dos encontros agendados e melhor informados, através da coletividade e troca de saberes, sobre os vários aspectos que envolvem a qualidade do tratamento do DM.	Cognitivo: informação sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Político: mobilização social, conseguir o espaço na rádio local para auxiliar na divulgação das atividades, articulação intersetorial (setor da educação, assistência social, etc.); Financeiro: disponibilização de material didático.
Questões relacionadas aos hábitos de vida dos usuários.	Incentivar a melhoria dos hábitos de vida saudáveis.	Usuários informados sobre a importância de realizar caminhadas, perder peso, ter uma alimentação saudável, viver sem tabagismo.	Organizacional: para organizar caminhadas; Cognitivo: informação sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Político: mobilização social e articulação intersetorial.

Fonte: DORES DO INDAIÁ, 2011.

4.2.4 Recursos Críticos

O objetivo deste item foi identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação, de acordo com o QUADRO 2.

A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano. São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais

são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los. (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010, p. 72).

QUADRO 2 – Recursos críticos encontrados

Operação	Recursos Críticos
Organizar o serviço da equipe para a realização de grupos educativos.	Políticos: conseguir aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiros: ter disponível material didático e audiovisual;
Sensibilizar os usuários quanto à importância da presença de cada participante nas atividades e também sensibilizá-los quanto à importância que as ações educativas têm na saúde das pessoas, uma vez que a troca de conhecimentos é essencial para o aprendizado.	Político: mobilização social em relação ao tema, articulação intersetorial (setor da educação, assistência social, etc.) e divulgação/convite através da rádio local; Financeiro: disponibilização de material didático; Cognitivo: conseguir sensibilizar os usuários sobre o tema e importância das medidas pedagógicas como alternativa de acompanhamento do usuário em seu tratamento.
Incentivar a melhoria dos hábitos de vida saudáveis.	Político: mobilização social em relação ao tema, articulação intersetorial e divulgação/convite através da rádio local; Organizacional: conseguir organizar caminhada dentro da agenda da equipe; Cognitivo: conseguir sensibilizar os usuários sobre o tema para melhorar sua qualidade de vida.

Fonte: DORES DO INDAIÁ, 2011.

4.2.5 Análise da Viabilidade do Plano

Este foi um momento estratégico, onde foi realizada a análise de viabilidade do plano. A idéia central que rege este passo – análise de viabilidade – é de que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para execução de seu plano. Portanto, ele precisa identificar os atores que controlam recursos críticos analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou, dito de outra maneira, motivar o ator que controla os recursos críticos (ver QUADRO 3).

Resumindo, os objetivos desse passo foram:

- Identificar os atores que controlam recursos críticos necessários para implementação de cada operação;
- Fazer análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano;
- Desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação.

QUADRO 3 – Propostas de ações para a motivação dos atores

Operação	Recursos Críticos	Resultados esperados		
		Ator que controla	Motivação	Ação Estratégica
Organizar o serviço da equipe para a realização de grupos educativos.	Políticos: conseguir aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiros: ter disponível material didático e audiovisual;	Prefeito Municipal Secretário de Saúde Prefeito Municipal Secretário de Saúde	Indiferente Indiferente	Apresentar o plano explicando sobre sua importância.
Sensibilizar os usuários quanto à importância da presença de cada participante nas atividades e sensibilizá-los também quanto à importância que ações educativas têm na saúde das pessoas, uma vez que a troca de conhecimentos é essencial para o aprendizado.		Equipe do PSF, Secretária de Comunicação, Educação e Ass. Social. Prefeito Municipal Secretário de Saúde. Equipe de Saúde.	Favorável. Indiferente Favorável.	Não é necessária. Apresentar o plano explicando sobre sua importância. Não é necessária

Operação	Recursos Críticos	Resultados esperados		
		Ator que controla	Motivação	Ação Estratégica
Incentivar a melhoria dos hábitos de vida saudáveis.	Político: mobilização social em relação ao tema, articulação intersetorial e divulgação/convite através da rádio local; Organizacional: conseguir organizar caminhada dentro da agenda da equipe; Cognitivo: conseguir sensibilizar os usuários sobre o tema para melhorar sua qualidade de vida.	Equipe do PSF, Secretária de Comunicação, Educação e Ass. Social	Favorável.	Não é necessária.
		Equipe de Saúde.	Favorável.	Não é necessária.
		Equipe de Saúde.	Favorável.	Não é necessária.

Fonte: DORES DO INDAIÁ, 2011.

4.2.6 Plano Operativo

Neste item foi realizada a elaboração do plano operativo. Os objetivos desse passo foram: designar os responsáveis por cada operação (gerente de operação) e definir os prazos para a execução das operações. O prazo proposto para a implementação do projeto seria de um ano, de janeiro a dezembro de 2012.

Segue abaixo o plano operativo apresentado no QUADRO 4:

QUADRO 4 – Plano Operativo

Operação	Resultados	Produto	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Organizar o serviço da equipe para a realização de grupos educativos.	Serviço de saúde funcionando com a execução de grupos educativos	Grupos educativos implantados para usuários portadores de DM.	Mostrar para os gestores sobre a importância de aumentar os recursos para estruturar o	Equipe de saúde.	Dois meses para o início das atividades.

Operação	Resultados	Produto	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
	em sua agenda, bem como equipe consciente da importância dessa atividade.		serviço (por ex., manter funcionário recepcionista na unidade responsável pelos serviços de informática para que o enfermeiro possa ter mais tempo às ações educativas).		
Sensibilizar os usuários quanto à importância da presença de cada participante nas atividades e sensibilizá-los também quanto à importância que ações educativas têm na saúde das pessoas, uma vez que a troca de conhecimentos é essencial para o aprendizado	Usuários informados sobre os risco e complicações da doença, bem como outros assuntos relacionados a saúde em geral e ao bem estar social.	Usuários participando efetivamente dos encontros agendados.	Execução de grupos existindo de forma programada proporcionando uma visão da responsabilidade da equipe com as ações educativas.	Enfermeiro.	Início em dois meses e término em doze meses, com avaliações semestrais.
Incentivar a melhoria dos hábitos de vida saudáveis.	Diminuir o nº de pessoas que não exercem atividade física, de obesos e fumantes no prazo de 1 ano.	Inclusão da caminhada na agenda da equipe, divulgação das ações.	Execução de grupos, divulgação à comunidade pelos ACS e rádio local, realização de caminhada.	Enfermeiro.	Dois meses para o início das atividades.

Fonte: DORES DO INDAIÁ, 2011.

4.2.7 Gestão do Plano

Este foi um momento tático-operacional, onde foi descrita a gestão do plano.

Os objetivos desse passo foram:

- Desenhar um modelo de gestão do plano de ação;
- Discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Durante a fase de implantação deverão ser realizadas reuniões mensais com a equipe para avaliação e será utilizado o QUADRO 5 como cronograma das atividades.

QUADRO 5 – Planilha para acompanhamento das operações

Operação	Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo prazo
Organizar o serviço da equipe para a realização de grupos educativos.	Grupos educativos implantados para usuários portadores de DM.	Enfermeiro.	Out. a Dez./2013			
Sensibilizar os usuários quanto à importância da presença de cada participante nas atividades e sensibilizá-los também quanto à importância que ações educativas têm na saúde das pessoas, uma vez que a troca de conhecimentos é essencial para o aprendizado.	Usuários participando efetivamente dos encontros agendados.	Enfermeiro.	Out. a Dez./2013			

Operação	Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo prazo
Incentivar a melhoria dos hábitos de vida saudáveis.	Inclusão da caminhada na agenda da equipe, divulgação das ações.	Enfermeiro.	Out. a Dez./2013			

Fonte: DORES DO INDAIÁ, 2011.

Após a implementação do plano de ação deverão ser realizadas avaliações semestrais do projeto. A avaliação será realizada avaliando os dados da que serão inseridos na TABELA 2, descrita abaixo, que servira de modelo para avaliação:

TABELA 2 – Planilha de Avaliação do Plano Operativo

Falta de Grupos Educativos para usuários portadores de DM - Planilha de Avaliação						
Indicadores	Momento atual		Em 6 meses		Em 1 ano	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Grupos educativos para portadores de DM realizados mensalmente	0					
Diabéticos cadastrados	108	3,31% (da população total cadastrada que é 3.260 pessoas).				
Diabéticos participantes dos grupos	0	0				

Fonte: DORES DO INDAIÁ, 2011.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou conhecer a realidade da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Juiz de Fora, onde foi possível detectar a baixa oferta de ações de educação em saúde para usuários portadores de doenças crônicas, como por exemplo, o diabetes mellitus.

Apesar dos avanços na organização do SUS ainda se percebe que, apesar da orientação da vigilância em saúde das famílias, há falta de vínculo entre os portadores de doenças crônicas e as unidades de saúde. Muitas unidades de saúde oferecem atendimento de forma não programada e assim sobressai o atendimento da demanda espontânea em contra posição à alternativas de trabalho programados, como a oferta dos grupos educativos. Essa situação, que também é uma realidade da Unidade de Saúde da Família Juiz de Fora expressa a ausência de planejamento de suas ações e despreparo no monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas. Dessa forma, a criação de um plano para a implantação de grupos educativos é uma estratégia interessante para iniciar ações programadas e sistematizadas nesta unidade de saúde.

Hoje pode-se compreender que o DM é visto como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. Como visto na pesquisa realizada, o envelhecimento da população, a urbanização crescente, e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo. Dessa forma é fundamental que os profissionais das equipes de saúde entendam a necessidade dos programas de educação e de conscientização a cerca dos assuntos que se relacionam a boa condução da doença por parte dos pacientes portadores de DM.

É fundamental que a atenção básica crie espaços para as práticas educativas coletivas, considerando a importância dessas ações na promoção da saúde dos indivíduos. A educação em saúde nos possibilita acreditar que o cuidado em saúde deve estar embasado no diálogo e interação entre a equipe de saúde e a população, reunindo os participantes em grupos, onde se cria um ambiente para a aprendizagem coletiva.

Com a realização desse estudo, acredita-se que o trabalho com grupos educativos pode ser considerado uma prática facilitadora, onde os usuários podem falar sobre si e suas expectativas, suas limitações e novas oportunidades dentro de um contexto de união. Dessa forma irão perceber que vivenciam experiências muito comuns dentro da comunidade e assim, profissionais e usuários podem desenvolver planos de ação para modificar realidades que necessitam de intervenção.

Espera-se que este trabalho possa incentivar os colegas da área da saúde a buscarem maiores conquistas através do trabalho com grupos, de educação em saúde, a fim de promover a qualidade dos serviços de assistência à saúde e promovendo melhores qualidades de vida para os usuários, principalmente para aqueles portadores de doenças crônicas como o DM.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Grupos Operativos com Adolescentes**. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Cadernos, juventude saúde e desenvolvimento, v.1. Brasília: 1999. 303p.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**: manual técnico. 2. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2007. 168 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocao_saude_prevencao_riscos_doencas.pdf>. Acesso em 01 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Promoção do envelhecimento saudável**: vivendo bem até mais que 100! Cartilha do profissional de saúde/Cristina Padilha Lemos, Sandra R. S. Ferreira; ilustrações de Maria Lúcia Lenz. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009. 80 p. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/promocaoenvelhecimentoprofissional.pdf>>. Acesso em 16 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica, n. 16. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: 2006. 64p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF>. Acesso em 04 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Bases para a Educação em Saúde nos Serviços do SUS**. Brasília: 2008. 10 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/texto_base_prat_educ_dagep.pdf>. Acesso em 30 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**: as cartas da promoção da Saúde. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em 13 abr 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Educação Permanente**. Brasília: 2000,44p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cad03_educacao.pdf>. Acesso em 16 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde. Leis, normas e portarias atuais. Brasil, 2001. p. 129-186. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007pereira-pmh.pdf>>. Acesso em: 14 Jun. 2013.

CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 118p. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em 16 fev. 2013.

COSTA, J. A; et al. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, Mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/34.pdf> >. Acesso em: 17 Mar. 2013.

DORES DO INDAIÁ. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, Relatórios das Fichas PMA2 e SSA2**. Secretaria Municipal de Dores do Indaiá/ Unidade de Saúde da Família Juiz de Fora, 2011. Acesso em 14 set. 2011.

MERCURY N., ASSAD, D. Atividade física e diabetes mellitus. **Diabetes Clínica** 2001; 4: 347-349p. Disponível em: <<http://bmesportes.hd1.com.br/artigos/diabetes/diabetes13.pdf> >. Acesso em 27 abr. 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte: 2006. 198 p. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaHiperdia.pdf>>. Acesso em 04 fev. 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Resolução SES nº. 1186, de 18 de maio de 2007** - Dispõe sobre o Programa Físico das Unidades Básicas de Saúde/UBS e das Unidades Básicas de Saúde Rural/UBS-R. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolucao1186.pdf>>. Acesso em 17 maio 2013.

MOLENA-FERNANDES, C. A.; et al. A importância da associação de dieta e de atividade física na prevenção e controle do *diabetes* mellitus tipo 2. **Acta Sci Health Sci**. 2005; 27 (2): 195-205p. Disponível em: <<http://bmesportes.hd1.com.br/artigos/diabetes/diabetes5.pdf>>. Acesso em 27 abr. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde.** Brasília, 2003. 60p.

QUEIROZ, D. T.; et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, p. 276-283, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>>. Acesso em 16 fev. 2013.

SANTOS, L.; TORRES, H. de C. Práticas educativas em diabetes mellitus: compreendendo as competências dos profissionais da saúde. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 21, n. 3, Sept. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php? =script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 mar. 2013.

SCAIN, S. F. et al. Type 2 diabetics patients attending a nurse educator have improved metabolic control. Apud SANTOS, L.; TORRES, H. de C. Práticas educativas em diabetes mellitus: compreendendo as competências dos profissionais da saúde. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 21, n. 3, Sept. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a12.pdf>>. Acesso em 02 mar. 2013.

SILVA, R. V.; COSTA, P. P.; FIRMINO, J. de S. Vivência de educação em saúde: o grupo enquanto proposta de atuação. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, 2008. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/tes/v6n3/14.pdf> >. Acesso em 02 mar. 2013.

SILVEIRA, M. F. A. et al. A dança das descobertas. **International Journal of Qualitative Methods**, 1 (1) Winter, 16:1-18. 2002. Apud TORRES, H. de 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, agosto de 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16853.pdf>>. Acesso em 17 mar. de 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Atualização brasileira sobre diabetes.** Rio de Janeiro: Diagraphic, 2005. 140p. Disponível em <<http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/atualizacaodiabetes2006.pdf> >. Acesso em 27 abr. 2013.

TORRES, H. de 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, agosto de 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16853.pdf> >. Acesso em 17 mar. de 2013.

VALLA, V. V.; VASCONCELOS, E. M. **Saúde e Educação: O Sentido da Escola.** [s.l.]:Editora Sepe, 2000. 115p.