

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

GABRIELA DE LOURDES ALMEIDA SOUZA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ADESÃO AO TRATAMENTO DA DIABETES: UMA
ABORDAGEM EDUCATIVA**

Lagoa Santa

2015

GABRIELA DE LOURDES ALMEIDA SOUZA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ADESÃO AO TRATAMENTO DA DIABETES: UMA
ABORDAGEM EDUCATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde – CEFPEPS, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Miguir Terezinha Donoso

Lagoa Santa

2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

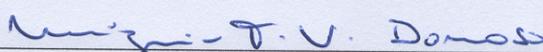
SOUZA, GABRIELA DE LOURDES ALMEIDA
PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ADESÃO AO TRATAMENTO DA DIABETES: UMA ABORDAGEM EDUCATIVA [manuscrito] / GABRIELA DE LOURDES ALMEIDA SOUZA. - 2015.
45 f.
Orientador: Míguir Terezinha Vieccelli Donoso.
Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde .
1.Diabetes Mellitus. 2.Educação em Saúde. 3.Adesão ao Tratamento. I.Donoso, Míguir Terezinha Vieccelli. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

Gabriela de Lourdes Almeida Souza

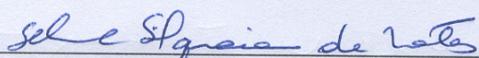
**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA ADESÃO AO TRATAMENTO DE
PESSOAS COM DIABETES: UMA ABORDAGEM EDUCATIVA**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:



Profa. Dra. Miguir Terezinha Viecelli Donoso (Orientadora)



Profa. Dra. Selme Silqueira de Matos

Data de aprovação: **27/06/2015**

Dedico este trabalho aos meus eternos alunos, que me mostraram a alegria e o fascínio de aprender a ensinar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois sem Sua doce e terna presença eu não existiria. Minha gratidão e meu amor a Ele que me concedeu a salvação. Por Ele e para Ele é tudo que sou e tenho.

As pessoas com quem convivi ao longo dessa trajetória que, de alguma forma, contribuíram para o meu pensar e o meu fazer na direção desse trabalho.

À Selme pela docilidade em cada atitude e pela credibilidade depositada em mim.

À Miguir Terezinha Vieccelli Donoso pela atenção e cuidado e por decidir caminhar comigo na construção desse projeto.

À Leticia Rubião, pela paciência, pelos ensinamentos, pela orientação e apoio nesse processo e pelas valiosas contribuições para o desenvolvimento desse trabalho.

Ao meu esposo Ricardo Souza, pela cumplicidade, pelo carinho e por estar sempre disposto a me apoiar.

Aos meus filhos Asafe Souza e Joabe Souza, por serem a razão pela qual eu me torno alguém melhor a cada dia.

À minha mãe, Samira Almeida pelo apoio incondicional, pelo carinho e amor.

À minha família, pela presença, pela alegria e pela compreensão.

Aos meus ex-alunos por me apresentarem esse lindo e desafiador horizonte da prática educativa.

“Melhor é a sabedoria do que a força”

Eclesiastes 9:16

RESUMO

Introdução: O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. A adesão ao tratamento da pessoa com diabetes é um desafio para a equipe de saúde, especialmente diante da necessidade de mudança do seu modo de viver, para tanto se faz necessário a estratégia da educação em saúde por meio de práticas educativas que realmente alcancem as necessidades do indivíduo. Objetivo: Propor um programa de educação em saúde que favoreça a adesão ao tratamento de pessoas com diabetes. Metodologia: Primeiramente foi realizada a pesquisa bibliográfica através da consulta de artigos científicos. Foi elaborado um projeto de intervenção com dez passos utilizando-se a metodologia de Campos; Faria; Santos (2010) Esse projeto propõe a melhora na adesão ao tratamento de pessoas com diabetes que participam de grupos de apoio, para tanto haverá capacitação da equipe, adoção de práticas educativas eficazes e elaboração de um material didático apropriado. Resultados esperados: utilizar praticas educativas eficazes que promovam educação em saúde de forma a aumentar a adesão ao tratamento de pessoas com diabetes.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Educação em Saúde. Adesão ao Tratamento.

ABSTRACT

Nowadays, Diabetes Mellitus is a worldwide epidemic, which shows up as a challenge for healthcare systems around the world. Adhering to the treatment of people with diabetes is a challenge to the health professionals, particularly in the process of facing a change in the way of the patient's life. In order to attain this goal, it is necessary to have a strategy of health education through educational practices capable of meeting the needs of the patient. Objective: Suggest a health education project supporting the process of adhering to the treatment of people with diabetes. Methodology: Primarily, scientific papers were studied as source of literature. Then, the methods established by Campos; Faria; Santos (2010) assisted in the creation of an intervention project with ten steps. With the intention of improving the adherence in the support groups to the treatment of people with diabetes, this project recommends training health team, applying effective educational practices, and elaborating appropriate educational material. Expected results: Increasing the adherence to the treatment of people with diabetes by applying effective educational practices capable of fomenting health education.

Keywords: Diabetes Mellitus, health education, adherence to the treatment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1: Árvore explicativa do problema: Métodos ineficazes de educação em saúde utilizados em grupos de apoio a DM.....	33
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Priorização dos problemas.....	31
Tabela 2: desenho das operações para os nós críticos do problema: Métodos ineficazes de educação em saúde nos grupos de apoio a DM.....	35
Tabela 3: Identificação dos recursos críticos frente as operações.....	36
Tabela 4: Análise da viabilidade para as operações do projeto de intervenção.....	38
Tabela 5: Plano operativo.....	39

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – ATENÇÃO BÁSICA

APS – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

DM – DIABETES MELLITUS

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVO.....	15
3 JUSTIFICATIVA.....	16
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
4.1 Diabetes Mellitus.....	18
5 REFERENCIAL TEORICO.....	22
5.1 Educação em Saúde.....	22
5.2 Educação em Saúde nos grupos de apoio.....	24
5.3 Adesão ao tratamento através da educação em saúde nos grupos de apoio.....	26
6 METODOLOGIA.....	27
7 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	29
7.1 Local.....	29
7.2 Definição dos problemas.....	30
7.3 Priorização dos problemas.....	31
7.4 Descrição do problema selecionado.....	31
7.5 Explicação do problema.....	33
7.6 Seleção dos nós críticos.....	34
7.7 Desenho das operações.....	35
7.8 Identificação dos recursos críticos.....	36
7.9 Análise da viabilidade do plano.....	37

7.10	Elaboração do plano operativo.....	38
7.11	Gestão do plano.....	38
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
	REFERÊNCIAS.....	40

1 INTRODUÇÃO

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. 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).

Devido a elevada carga de morbi-mortalidade, a prevenção do diabetes e de suas complicações e a adesão ao tratamento é hoje prioridade de saúde pública. Na atenção primária à saúde (APS), ela pode ser efetuada por meio da prevenção de fatores de risco como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis; da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes; da identificação de casos não diagnosticados de diabetes para tratamento; e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados visando prevenir complicações agudas e crônicas (BRASIL, 2006). Na perspectiva de Alves e Calixto (2012), a prevenção e tratamento dessa doença é um processo lento, sendo necessário ensinar a população a cuidar de sua saúde, com ações educativas relacionadas a mudanças do estilo de vida, aceitação e adesão ao tratamento.

O acompanhamento da diabetes mellitus envolve a capacidade de uma equipe multidisciplinar em atender as necessidades de um tratamento ideal, apresentando um grande desafio para a saúde pública. Para minimizar as consequências do diabetes, por meio da adesão ao tratamento se faz necessário a estratégia da Educação em Saúde que, de acordo com Portaria Ministerial visa promover mudanças nas práticas de saúde do SUS e produzir resultados sanitários satisfatórios ao cidadão e a coletividade (SANTOS, 2012).

É fato que a educação em saúde representa um importante campo de conhecimento e de prática para os profissionais que atuam na APS, pois é uma atividade essencial para a promoção da saúde dos indivíduos e das populações. A educação em saúde é um campo de teoria e prática interdisciplinar, comprometido com a implementação e avaliação de processos educativos voltados para a promoção da autonomia, da participação, da postura ética, corresponsável e segura

dos indivíduos e das comunidades frente às suas questões de saúde e de meio ambiente no cotidiano (FLISCH, 2012). Ela deve estar ancorada na concepção da educação como potencial para contribuir para o desenvolvimento do indivíduo, de modo a estimulá-lo a refletir, desenvolver a consciência crítica, exercer a sua autonomia e cidadania, e criar, possibilitando-lhe transformar a realidade e escrever a sua própria história (FIGUEIREDO; NETO; LEITE, 2012)

Considerando que as ações educativas têm por objetivo desenvolver habilidades e fortalecer as práticas para o controle da diabetes, a prática educativa constitui uma ferramenta eficiente para aumentar a adesão ao tratamento, de forma a incentivar os usuários a uma reflexão crítica, interpretando e atuando com corresponsabilidade em sua realidade de saúde e ambiente.

A educação em saúde trabalha a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas. Assim, a aprendizagem acontece como uma resposta natural, onde há transposição de uma visão sincrética do problema para uma visão analítica e corresponsável, onde através da apreensão do problema surgirão hipóteses de solução e consequente atividade transformadora da realidade.

A adesão ao tratamento da pessoa com diabetes é um desafio para a equipe de saúde, especialmente diante da necessidade de mudança do seu modo de viver, o que estará diretamente ligado ao gerenciamento de sua vida com diabetes por meio de um processo que vise qualidade de vida e autonomia (BRASIL, 2006). Nesse contexto, é fundamental a adoção de práticas educativas que realmente alcancem as necessidades do usuário, considerando o contexto de vida e a complexidade do adoecer e do viver com uma doença crônica, que exige da pessoa uma série de condutas em benefício de sua própria saúde. Por ser uma doença permanente e de complexo tratamento e controle, as abordagens curativas e tradicionais direcionadas aos usuários com diabetes, baseada na transmissão de informações e no cumprimento de prescrições não alcançam as reais necessidades desse público em aderir ao tratamento (COSTA, 2014).

Atualmente a APS utiliza nas unidades básicas de saúde (UBS) a abordagem grupal como estratégia de educação em saúde. Esses grupos com pacientes somáticos tem sido muito valorizados e os enfoques teórico metodológicos utilizados para fundamentar as intervenções são extremamente variáveis, de acordo

com o procedimento eleito pela equipe, o tipo de problemática em questão, os objetivos a serem alcançados e a instituição em que se reúne o grupo. Percebe-se que como prática educativa na abordagem grupal há predomínio do modelo tradicional de educação em saúde, que frequentemente deixa escapar aspectos culturais, sociais e subjetivos que permeiam o processo saúde-doença. Nesse sentido, muitos programas de educação em saúde fracassam, pois negligenciam os aspectos psicológicos, socioculturais, interpessoais e as reais necessidades dos usuários (SANTOS; PERES; OTERO, 2007). Ao observar os grupos é notório a existência de dificuldades para atingir o sucesso prático esperado, pois a abordagem educativa adotada utiliza em sua maioria estratégias que reduzem o sujeito a meros objetos do processo educativo, instaurando a pedagogia da transmissão, de quem supostamente detém mais saber e poder, para quem supostamente não os detém.

Estudos atuais revelam que, na ABS têm sido desenvolvidas ações educativas em saúde, que não favorecem o diálogo, priorizam a imposição de conhecimentos, centram-se na transmissão verticalizada de conhecimentos e são pouco pautadas no desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, conforme verificado nos estudos teóricos bibliográficos de Alves e Aerts (2011) e Figueiredo, Rodrigues-Neto e Leite (2010) e os empíricos de Besen et al. (2007) e Pinafo et al. (2011). Estes estudos demonstram que prevalecem as intervenções normalizadoras de transmissão de conhecimentos, em que profissionais da saúde somente prescrevem comportamentos adequados aos usuários.

Por esse motivo os programas que visam à educação da pessoa com diabetes não se apresentam como elemento significativo e eficaz para aumentar a aquisição de conhecimentos, atitudes e habilidades que resultam na adesão ao tratamento e conseqüente controle da doença e seus agravos.

Diante disso, considera-se como problema desse estudo a abordagem educativa ineficaz nos grupos de apoio as pessoas com diabetes no centro de saúde Oswaldo Cruz em Belo Horizonte Minas Gerais.

2 OBJETIVO

Propor um programa de educação em saúde que favoreça a adesão ao tratamento de pessoas com diabetes.

3 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela importância da educação em saúde na adesão ao tratamento de pessoas com diabetes que participam de grupos de apoio. A adesão ao tratamento é fundamental para o gerenciamento do diabetes. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), adesão ao tratamento “é a medida com que o comportamento de uma pessoa – tomar a sua medicação, seguir a dieta e/ ou mudar seu estilo de vida – corresponde às recomendações apresentadas por um profissional de saúde”. Apesar da importância de aderir ao tratamento, em muitos casos as pessoas não o fazem. Segundo a OMS, “não há como negar que há dificuldade em seguir o tratamento recomendado”. A falta de adesão ao tratamento da DM é um grave problema de saúde pública, pois resulta na morte de trinta e seis mil diabéticos por ano. Também acarretam graves complicações, evoluindo para hospitalizações, agravos sociais por absenteísmo no trabalho, elevados custos com internações de longa permanência, invalidez, aposentadoria precoce e outros (ALVES; CALIXTO, 2012).

A melhoria da adesão ao tratamento não é uma tarefa fácil, necessita de uma revisão sistemática de intervenções baseadas em recursos educativos, tecnológicos e comportamentais da população e do serviço de saúde, adaptadas às necessidades da população abrangente (ALVES; CALIXTO, 2012).

As ações educativas coletivas realizadas pelos profissionais aumentam a adesão e eficácia do tratamento se abordarem a dialogicidade entre educador e educando e possibilitar a ambos aprenderem juntos, por meio de um processo emancipatório e de liberdade (BECKER, 2013). Os benefícios da adesão ao tratamento se estendem aos pacientes, às famílias, aos sistemas de saúde e à economia do país. A pessoa com diabetes passa a ter a sua condição controlada, podendo, na maioria das vezes, manter uma vida normal e economicamente ativa. A família pode se dedicar a outras atividades e deixar de lado seu papel de cuidadora. O sistema de saúde economiza com a redução de internações emergenciais e intervenções cirúrgicas e a economia ganha com o aumento da produtividade.

Portanto, a mudança na prática educativa em saúde para as pessoas com diabetes se consolida uma ferramenta ideal para que esses resultados sejam alcançados.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 DIABETES MELLITUS

O Diabetes Mellitus é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da capacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica, frequentemente acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2003).

A classificação atual da doença baseia-se na etiologia do diabetes e se distingue em:

- Diabetes tipo 1, que resulta primariamente da destruição das células beta pancreáticas, acometendo principalmente crianças e jovens;
- Diabetes tipo 2, que resulta em geral de graus variados de resistência à insulina e deficiência relativa de secreção da insulina.
- Outros tipos de diabetes, que contém várias formas de DM decorrentes de alterações genéticas ou o uso de fármacos, e o diabetes gestacional, diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2003).

A DM apresenta crescente preocupação, pois constitui a primeira causa de hospitalização no sistema público de saúde (BRASIL, 2010). Sendo assim, apresenta grande impacto econômico nos serviços de saúde, relacionados aos custos do tratamento e complicações da doença, tais como doença cardiovascular, diálise por insuficiência renal crônica, cirurgias por amputações de membros inferiores, amaurose e óbitos (BRASIL, 2013).

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2009) o diabetes mellitus é uma doença onerosa para os indivíduos afetados e seus familiares, para o sistema único de saúde devido a sua natureza crônica, gravidades das complicações e os meios necessários para controlá-las. Os custos diretos com DM variam entre 2,5% e 15% do orçamento anual da saúde, dependendo do grau de

sofisticação do tratamento disponível e de sua prevalência. Estimativas dos custos diretos para o Brasil oscilam em torno de 3,9 bilhões de dólares americanos. Em decorrência de complicações crônicas desencadeadas pelo DM ou por alguma limitação no desempenho profissional, muitos indivíduos tornam-se incapazes de permanecer no trabalho (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009). Corroborando, Alves e Calixto (2012) acrescentam que a falta de adesão ao tratamento resulta na morte de 36 mil diabéticos por ano, acarretando complicações graves, necessidades de hospitalizações, custos elevados em internações de longa permanência, agravos sociais por absenteísmo no trabalho, invalidez, aposentadoria precoce, dentre outros.

Goulart (2011) afirma que para as doenças crônicas não transmissíveis, em geral patologias de longa duração, o objetivo do tratamento é o controle, de modo a prevenir co-morbidades e, sobretudo a mortalidade precoce. O acompanhamento e controle do diabetes, no âmbito da atenção básica, evitam o agravamento dessas patologias e o surgimento de complicações, reduzindo o número de internações hospitalares, bem como, a mortalidade por doenças cardiovasculares e a diabetes.

A finalidade da linha de cuidado do DM na atenção básica é fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com esta doença por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção.

“A Atenção Básica (AB) 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. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior 26 freqüência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.” (BRASIL, 2006)

A atenção ao diabetes exige uma abordagem interssetorial, pois são complexos os fatores relacionados ao desenvolvimento da doença. Segundo a

Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001) as responsabilidades e ações estratégicas mínimas de atenção básica ao diabetes incluem:

- Diagnóstico de casos, pela investigação de usuários com fatores de risco;
- Cadastramento dos portadores;
- Busca ativa de casos;
- Tratamento dos casos, no acompanhamento ambulatorial e domiciliar e na educação terapêutica;
- Fornecimento de medicamentos e curativos;
- Monitoramento dos níveis de glicose dos pacientes;
- Diagnóstico precoce de complicações;
- Primeiro atendimento de urgência;
- Encaminhamento de casos graves;
- Medidas preventivas e de promoção da saúde (BRASIL, 2001).

Apesar de toda a mobilização, em atividades que se estenderam desde campanhas para o rastreamento da população diabética até a formulação de programas de capacitação para profissionais da atenção básica, estudos recentes de impacto demonstraram alguns problemas relacionadas à estratégia utilizada, dentre as quais se destacaram: a dificuldade de confirmação diagnóstica dos casos suspeitos e uma baixa vinculação dos casos diagnosticados às unidades básicas de saúde dificultam o controle da doença (BRASIL, 2004).

Neste contexto, as pessoas com diabetes mellitus, em particular, necessitam de acompanhamento sistemático por uma equipe multiprofissional de saúde que ofereça ferramentas necessárias para a adesão ao tratamento e manejando da doença com vistas ao autocuidado. Essas ferramentas estão relacionadas às informações que possibilitem ao usuário lidar com situações no dia a dia, advindas da doença tais como a aceitação, a tomada de decisões frente aos episódios de hipoglicemia e hiperglicemia, o valor calórico dos alimentos, a utilização

correta dos medicamentos prescritos, a monitorização da glicemia capilar no domicílio, e as comorbidades (OLIVEIRA; ZANETTI, 2010).

No intuito do cumprimento dessas ações, a integralidade da atenção é um dos conceitos fundamentais dentro do marco teórico do Sistema Único de Saúde (SUS). Prevê a oferta de ações de promoção de saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência e reabilitação, segundo as tecnologias disponíveis para atuação nos âmbitos individual e coletivo (BRASIL, 2001). Para tanto a educação em saúde é uma ferramenta que, se bem utilizada, proporciona expressiva diminuição dos dificultadores ao tratamento proposto.

O Ministério da Saúde (MS) recomenda que uma das estratégias para aumento da adesão ao tratamento e maior controle da DM seja a realização de atividades educativas em grupo na APS (LIMA et al, 2014). Portanto, a atenção básica pode ser considerada um espaço privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde (ALVES, 2005).

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Segundo Machado *et. al* (2007), o conceito de educação em saúde está ancorado no conceito de promoção da saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana. A autora destaca a educação em saúde, no processo de conscientização individual e coletiva de responsabilidades e de direitos à saúde, estimulando ações que atendam aos princípios do SUS.

A prática educativa realizada no campo da saúde, por várias décadas, se configurou como uma atividade normalizadora, com um discurso higienista e com a finalidade de controlar e prevenir doenças, responsabilizando individualmente o sujeito pela sua condição de saúde (FIGUEIREDO; NETO; LEITE, 2012; ALVES, 2005). Esse contexto foi influenciado por uma concepção de educação baseada na transmissão e na reprodução de conhecimentos, sem uma reflexão crítica, e na condição de passividade do educando, cujo pensamento e ação são controlados pelo educador (FIGUEIREDO; NETO; LEITE, 2012).

No início do século XX, as responsabilidades referentes às ações de educação em saúde foram divididas entre os trabalhadores da saúde e os da educação. Essa lógica, além de fragmentar o conhecimento, não levava em consideração os problemas cotidianos vivenciados pela população e as ações educativas não eram vistas como prioridade e, quando praticadas, seu objetivo era domesticar as pessoas para obedecerem normas de conduta. Assim, os trabalhadores da saúde tiveram poucas oportunidades de refletir sobre as práticas educativas por eles desenvolvidas nos serviços de saúde. Portanto, se a educação em saúde fundamenta-se na perspectiva de responsabilizar os indivíduos pelos seus problemas de saúde, estando sua atenção voltada para a transmissão do conhecimento e a domesticação da população, de modo a seguir as regras impostas haverá dificuldade em se alcançar o objetivo da abordagem educativa que é o de estimular os usuários a se responsabilizarem por sua saúde (ALVES, 2005).

Acredita-se que a potencialidade de gerar transformações através das práticas educativas em saúde está intimamente relacionada ao modo como tais ações estão sendo estruturadas e desenvolvidas pelos profissionais de saúde e à maneira como eles concebem as práticas educativas que realizam (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009). Os métodos e as estratégias utilizadas pelos profissionais para consecução de uma proposta na prática, independentemente de sua natureza, são os elementos que dão unidade e identidade a todo o processo educativo, favorecendo o encontro entre o epistemológico, o didático e o político (GODINHO, 2011). Então, o processo não deve ser normativo e centrado na culpabilização do educando e, sim, estimulando a adoção voluntária de mudanças de comportamento, sem nenhuma forma de coação ou manipulação. Isso significa que as informações sobre saúde e doença devem ser discutidas com os indivíduos e grupos populacionais para, a partir dessa reflexão, ser possível a opção por uma vida mais saudável através da adesão ao tratamento. Essa opção deve estar fundamentada na análise da realidade que se faz a partir da identificação de problemas e necessidades de saúde da população. A partir de então, deve-se estimular a reflexão crítica da realidade. Para tanto, as ações de educação em saúde devem estar voltadas para a melhoria dos determinantes de saúde (ALVES; AERTES, 2011).

Atualmente a educação em saúde para pessoa com diabetes mellitus é aspecto fundamental na prevenção, controle e tratamento da doença. Para que a educação seja efetiva é necessário treinamento, conhecimento, habilidades pedagógicas, capacidade de comunicação e de escuta, compreensão e capacidade de negociação pela equipe multiprofissional de saúde (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011).

Ao considerar a complexidade do tratamento e as comorbidades associadas ao DM, os gestores e profissionais de saúde têm procurado estabelecer práticas educativas estruturadas em programas de intervenção para que o usuário tenha aderência ao tratamento, e assim alcance e mantenha a qualidade de vida (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011). Ou seja, há necessidade de desenvolver atividades de ensino direcionadas à pessoa com diabetes mellitus, centradas na disponibilização do conhecimento e atitude frente à doença. Nesse sentido, as atividades educativas em saúde devem orientar a construção de conhecimentos e o desenvolvimento de práticas com vistas à prevenção e à promoção da saúde, de forma a abranger a

participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana (FIGUEIREDO; NETO; LEITE, 2012).

Na perspectiva de Becker (2013), as práticas educativas assumem um novo caráter, uma vez que seu eixo norteador é o fortalecimento da capacidade de escolha dos sujeitos. No entanto, para que isso ocorra, as informações sobre saúde necessitam ser trabalhadas de forma simples e contextualizadas, instrumentalizando as pessoas para fazerem escolhas mais saudáveis de vida.

5.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NOS GRUPOS DE APOIO

Figueiredo, Neto e Leite (2012) ressaltam que os programas educativos são mais intensos e frequentes quando há uma interação pessoa com pessoa, proporcionando uma maior retenção dos conhecimentos e benefícios para a saúde. A oportunidade de discutir dificuldades e vivências entre pessoas que possuem problemas semelhantes amplia a compreensão acerca da doença e o compromisso para assumir mudanças. Nesse cenário os grupos de apoio consistem numa técnica de trabalho coletivo, cujo objetivo é promover o processo de aprendizagem por meio da realização de práticas educativas em saúde (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Segundo Santos (2012) os grupos de apoio propiciam uma oportunidade para a discussão das estratégias para lidar com o diabetes e seu tratamento e para esclarecer e verificar as informações com os profissionais de saúde e pode promover a adesão ao plano de tratamento e ao auto cuidado. Portanto, deve ser encorajada a participação frequente dos pacientes diabéticos em grupos de apoio, pois esta ação ajuda o paciente e a família no enfrentamento das alterações no estilo de vida que acontecem com o início do diabetes e suas complicações, além de compartilhar informações e experiências valiosas e aprenderem com os outros.

Os grupos de apoio devem executar ações com a finalidade de abordar práticas educativas que desenvolvam a autonomia para o auto cuidado, construção de habilidades e desenvolvimento de atitudes que conduzam o portador de diabetes à contínua melhoria do controle sobre a doença, alcançando o progressivo aumento

da qualidade de vida e a redução das complicações do diabetes mellitus (SARRETA, 2009).

Segundo o estudo realizado por Francioni e Silva (2007), o compartilhar experiências no grupo possibilita que novas diretrizes sejam traçadas no que se refere às práticas assistenciais às pessoas com diabetes, visto que, a partir do grupo de apoio pode-se entender certos anseios, necessidades, revoltas e situações de convivialidade que, em determinados momentos não são percebidas pelo profissional de saúde. No que tange a percepção de como as pessoas com diabetes constroem seu processo de viver e ser saudável, pode-se evidenciar que há um reconhecimento de sua condição como algo que demanda cuidados e mudanças expressivas no seu cotidiano. O grupo torna-se então, um espaço onde as pessoas podem se expressar, havendo uma aproximação a partir das experiências pessoais com sua condição de saúde. Ainda ancorada nesses autores, os profissionais de saúde participantes do grupo ao utilizarem métodos eficazes de educação em saúde podem facilitar as pessoas com diabetes a construir novas alternativas de tratamento.

A realização do grupo de apoio com pessoas com diabetes evidenciou que o sucesso de ser saudável ancora-se na perspectiva de que a doença faz parte do seu viver, mas não é todo o seu viver, ou seja, não é o centro de sua existência. As pessoas conseguem transcender suas limitações, encontrando forças para enfrentar impossibilidades e limitações. Com o desenvolvimento medos, mais fácil torna-se conviver com a doença. As pessoas ao participarem do grupo passam a ter mais autonomia em suas decisões, conseguem negociar ações que promovam a sua saúde e proporcionem uma vida melhor, possibilitando o comando de sua vida, o que torna o sujeito mais responsável e consciente de que suas decisões (FRANCIONE; SILVA, 2007).

5.3 ADESÃO AO TRATAMENTO ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NOS GRUPOS DE APOIO

Para que as pessoas possam aderir ao tratamento, é necessário que haja um processo de interação entre o conteúdo teórico e a experiência de vida de cada um e o estabelecimento da confiança e da vinculação do sujeito ao serviço de saúde

e ao profissional. Ao desencadear um diálogo com o usuário, a partir da troca de informações, crenças e valores, acordos que orientem comportamentos e viabilizem a saúde e a vida podem existir (ALVES; AERTES, 2011).

A adesão ao tratamento requer aprendizado. Aprender é um processo complexo; não acontece de forma linear, por acréscimo, de modo a somar alguns novos elementos ao que sabíamos antes. Estrutura-se mediante redes de conexão que cada sujeito faz, reelaborando associações singulares que se ampliam e ganham novos sentidos à medida que é capaz de desenvolver novas relações, envolver-se na resolução de problemas que esclarecem novas questões abrindo-se para aprendizagens mais complexas (CYRINO; PEREIRA, 2004). Nesse sentido, educação em saúde deve ser compreendida como uma proposta que tem como finalidade desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar de forma crítica a sua realidade, como também, de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações, de modo a organizar e realizar a ação e de avaliá-la com espírito crítico (FIGUEIREDO; NETO; LEITE, 2011). Portanto, quando aprender algo novo é importante para o sujeito, há uma aprendizagem significativa, e, isso ocorre quando a novidade responde a um diálogo com o que já era sabido anteriormente, contribuindo para transformar as suas prática frente à doença e ao tratamento (BRASIL, 2005).

6 METODOLOGIA

O público alvo do projeto de intervenção são as pessoas com diabetes atendidas no Centro de Saúde Oswaldo Cruz, Belo Horizonte – MG e que participam de grupos de apoio a DM.

Para elaboração desse trabalho utilizou-se pesquisa bibliográfica, modalidade narrativa, através de consulta de artigos científicos com os descritores “diabetes mellitus”, “diabetes na atenção básica”, “educação em saúde”, “grupos de apoio”, nas bases de dados de pesquisa do Bireme, Literatura Latino Americana e do Caribe em Saúde Pública (Lilacs), Acientific Eletronic Library Online (SciELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) no período de 2005 a 2015. Também foram consultadas publicações do Ministério da Saúde e utilizados Trabalhos de Conclusão de Curso e Teses de Mestrado, além dos textos do Módulo 7 – “Investigando questões de educação na área da saúde” do Curso de Especialização em Formação Pedagógica para Profissionais da Área da Saúde (CEFPEPS – UFMG).

Os textos foram avaliados quanto à relevância e relação com a proposta de um programa de educação em saúde que favoreça a adesão ao tratamento de pessoas com diabetes. Após análise, serviram de referencial teórico para o estudo. Assim, para alcançar o objetivo foi elaborado um projeto de intervenção utilizando-se a metodologia de Campos, Santos e Faria (2010).

Para que a educação em saúde promova melhora na adesão ao tratamento, devem-se priorizar encontros programados com ações educativas dinâmicas e emancipadoras, trazendo o sujeito para ser agente da sua terapêutica, criando assim, um espaço favorável para a discussão e esclarecimento das dúvidas, além do compartilhamento dos saberes e o real entendimento da importância do autocuidado. As reuniões educativas convidam as pessoas com diabetes a participar e interagir com o tema e com o grupo, valorizando o saber individual. Baseando-se nesse saber, os participantes propõem intervenções que serão avaliadas pelo grupo, visando à percepção da necessidade de se apropriarem de novas informações, que se transformarão em ferramentas para modificar os comportamentos que não

auxiliam no controle e tratamento da doença. Essas reuniões devem ocorrer semanalmente visando o estreitamento de laços afetivos com a equipe e os outros participantes do grupo, onde será enfatizada a importância do sujeito como o agente transformador da sua realidade. Os grupos serão acompanhados por uma equipe multidisciplinar, abrangendo aspectos comportamentais, emocionais, fisiológicos e cognitivos. Deve-se propor a confecção materiais educativos pelos profissionais, orientando melhor as pessoas com diabetes quanto à sua alimentação, na escolha de alimentos mais saudáveis; quanto ao acompanhamento clínico da doença; quanto à terapêutica; quanto a mudança no estilo de vida como abandono do tabagismo e à prática de atividades físicas e quanto as vantagens em adotar hábitos de vida saudáveis.

Deve-se juntamente com as ações acima descritas implementar o controle da frequência dos participantes do grupo por meio de um diário de presença.

7 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Uma proposta de intervenção segundo Campos, Faria e Santos (2010) nunca está totalmente completa e acabada, mas deve estar sempre pronta para orientar a equipe que a planeja. Esta proposta é destinada aos grupos de apoio às pessoas com diabetes assistidas pela Unidade Básica de Saúde Oswaldo Cruz, no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Para tanto, estabelecer os passos da proposta é essencial, e neste trabalho serão utilizados os recomendados por esses mesmos autores.

- Primeiro passo: definição dos problemas;
- Segundo passo: priorização dos problemas;
- Terceiro passo: descrição do problema selecionado;
- Quarto passo: explicação do problema;
- Quinto passo: seleção dos “nós” críticos;
- Sexto passo: desenho das operações;
- Sétimo passo: identificação dos recursos críticos;
- Oitavo passo: análise de viabilidade do plano;
- Nono passo: elaboração do plano operativo;
- Décimo passo: gestão do plano.

7.1 LOCAL

A Unidade Básica de Saúde que é objeto deste estudo denomina-se Oswaldo Cruz e está localizada em Belo Horizonte, Minas Gerais. Atua no bairro Barro Preto e pertence a regional Centro sul. A UBS funciona de 07:00h às 17:00h. São realizados atendimentos de demanda espontânea, de consultas agendadas, de agendamento de consultas especializadas, coleta de exames laboratoriais e preventivos para câncer de colo de útero, além de consultas ginecológicas e pré-natal, acompanhamento e controle de hanseníase e tuberculose, vacinação e

curativos. A unidade conta com duas equipes de Saúde da família e realiza educação em saúde por meio de grupos de apoio a hipertensos, diabéticos e planejamento familiar.

7.2 DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS

Após convivência na UBS no que concerne à educação em saúde direcionada aos grupos de apoio as pessoas diabéticas, identificaram-se os seguintes problemas:

- Métodos ineficazes de educação em saúde utilizados nos grupos de apoio a DM;
- Baixa frequência nos grupos de apoio oferecidos pela UBS;
- Baixa adesão ao tratamento pelos pacientes que frequentavam os grupos de apoio;
- Ausência de planejamento e avaliação das condutas pela equipe que conduzia os grupos.

7.3 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

Após os problemas serem avaliados, foram elencados segundo: importância (alta, média ou baixa), urgência (de 0 a 5), capacidade de enfrentamento (dentro, parcialmente ou fora da área de enfrentamento) e seleção (ordem de prioridade).

Tabela 1: Priorização dos problemas

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Métodos ineficazes de educação em saúde utilizados nos grupos de apoio a DM	Alta	5	Dentro	1°
Ausência de planejamento e avaliação das condutas pela equipe que conduzia os grupos	Alta	4	Dentro	2°
Baixa frequência nos grupos de apoio oferecido pela UBS	Alta	3	Dentro	3°
Baixa adesão ao tratamento pelos pacientes que frequentavam o grupo de apoio	Alta	4	Dentro	4°

7.4 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO

A partir dos critérios apresentados acima, o problema: “Métodos ineficazes de educação em saúde utilizados nos grupos de apoio a DM” foi escolhido como o mais importante e de maior governabilidade para ação.

Para descrição do problema priorizado utilizaram-se dados fornecidos pela revisão bibliográfica narrativa. Segundo Rodrigues *Et.al* (2009), apesar das pessoas com diabetes apresentarem um bom escore para o conhecimento de diabetes e seu autocuidado, ainda assim não modificam as atitudes para enfrentamento mais adequado da doença, reforçando-se a necessidade permanente de avaliação de programas de educação em diabetes para redirecionamento de estratégias educacionais que tenham significado para as pessoas acometidas,

aprimorando a prontidão para o aprendizado e, conseqüentemente, uma atitude positiva no enfrentamento da doença. Corroborando, Becker (2013) apresenta o estudo realizado por Assunção e Ursine (2008) sobre os fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em pessoas com diabetes mellitus, assistidos pelo Programa Saúde da Família em Belo Horizonte, onde se estima 50% de adesão ao tratamento em relação às recomendações dos profissionais de saúde. Para a melhora na adesão ao tratamento entre as principais estratégias destacam-se: a motivação do paciente, familiares e pessoas que convivem com pessoas com DM; participação em grupos de apoio; presença da equipe multidisciplinar com educação em saúde; apoio social e acesso à informação. Esses autores, afirmam que a educação em saúde apresenta papel importante no processo de adesão ao tratamento, pois possui ferramentas que facilitam e mobilizam o desenvolvimento da capacidade do indivíduo para o autocuidado, através da conscientização e mudança de comportamento (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008).

7.5 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

A seguir a árvore explicativa do problema: Métodos ineficazes de educação em saúde utilizados nos grupos de apoio a DM.

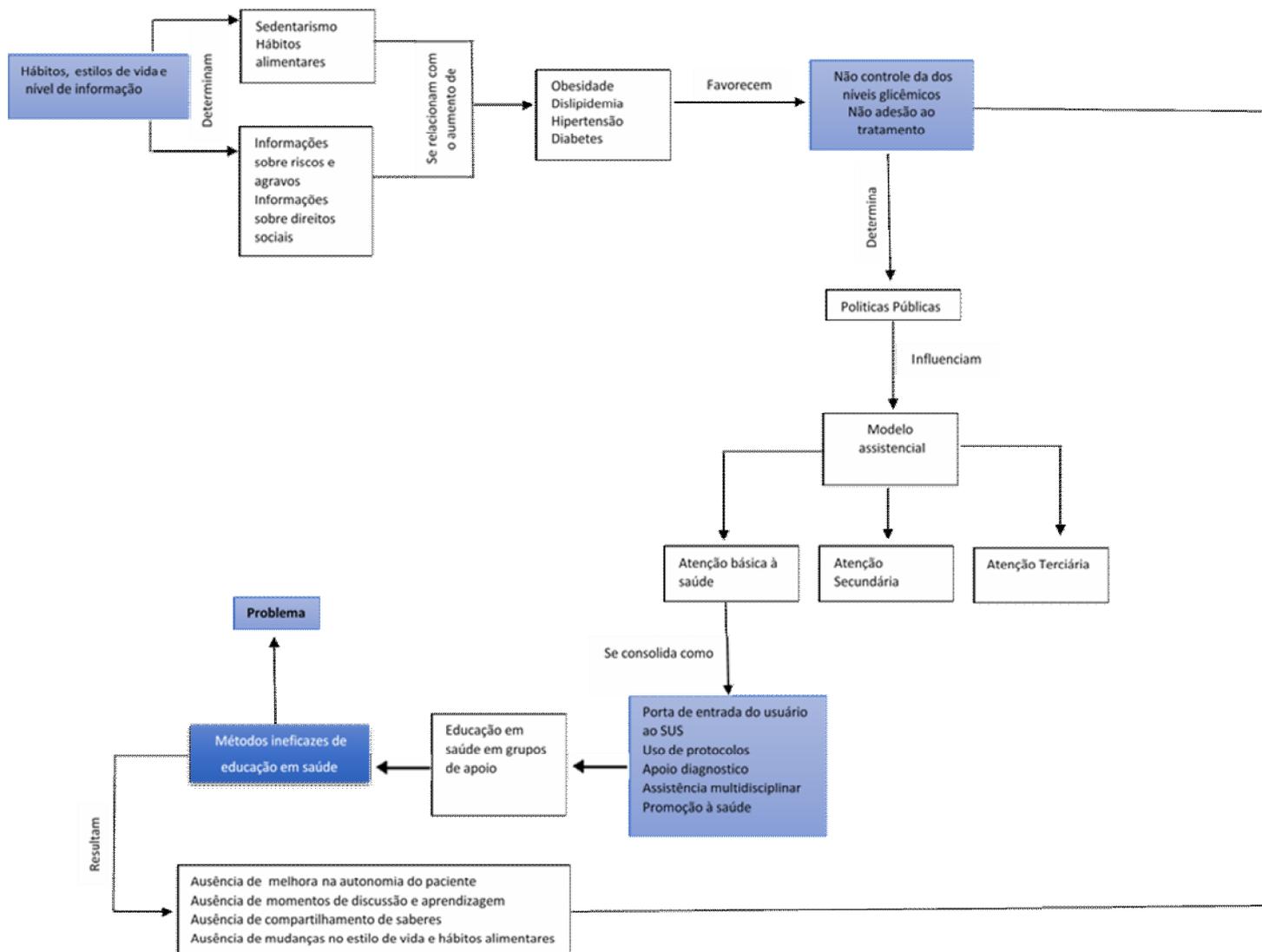


FIGURA 1: Árvore explicativa do problema: Métodos ineficazes de educação em saúde utilizados em grupos de apoio a DM

7.6 SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS

Entende-se o nó crítico como “um tipo de causa do problema que quando *enfrentado* é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Os nós críticos relacionados aos Métodos ineficazes de educação em saúde nos grupos de apoio a DM são:

- Despreparo dos profissionais quanto à condução dos grupos de apoio;
- Práticas pedagógicas inadequadas;
- Ausência de um material didático apropriado.

7.7 DESENHO DAS OPERAÇÕES

No desenho das operações descreveram-se as soluções e estratégias para o enfrentamento dos nós críticos a partir de um plano de ação conforme tabela abaixo:

Tabela 2: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema Métodos ineficazes de educação em saúde nos grupos de apoio a DM

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO/ PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
Despreparo dos profissionais quanto a condução dos grupos de apoio	Capacitação dos profissionais	Análise constante do processo de trabalho; Planejamento das ações de educação em saúde baseada em evidências; Aprimorar as habilidades profissionais.	Profissionais qualificados, capacitados e preparados para realização de ações em educação em saúde	Organizacional: Grupos de discussão e estudo Cognitivo: pesquisa e aprendizado individual Político: oferta de cursos de capacitação pelo governo
Práticas pedagógicas inadequadas	Estudar estratégias pedagógicas e desenvolvê-las junto à equipe.	Equipe capacitada e preparada para condução dos grupos de apoio	Adoção de práticas pedagógicas baseadas na ABP	Organizacional: articulação entre os membros da equipe Cognitivo: capacitação dos membros da equipe Financeiro: recursos didáticos
Ausência de um material didático apropriado	Elaboração de folders, cartilhas, banners, jornal, vídeos, estudos de caso.	Utilização de um material didático que favoreça a educação em saúde e a prática pedagógica efetiva e emancipadora	Adesão e participação das pessoas com diabetes nas reuniões do grupo de apoio; Melhora do conhecimento sobre a doença pelos participantes do grupo, Maior autonomia frente as decisões de saúde; Adesão a hábitos de vida saudáveis e ao tratamento	Organizacional: Sala de reuniões, computador, impressora, dvd, televisão, data show Cognitivo: Informação sobre o tema, elaboração e gestão dos recursos didáticos Político: articulação interssetorial (parceria com o setor de educação da Secretaria de Saúde do Município e Estado) Financeiro: Recursos didáticos para subsidiar a elaboração do material

7.8 IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS

Avançando na compreensão do trabalho é necessário identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação.

Tabela 3: Identificação dos recursos críticos frente as operações

OPERAÇÃO/ PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS
Capacitação dos profissionais	<u>Organizacional:</u> Treinamentos, palestras e discussões de problemas <u>Político:</u> Articulação entre gerencia da unidade e Secretaria Municipal de saúde
Estudo de estratégias pedagógicas a serem desenvolvidas junto à equipe	<u>Organizacional:</u> Estimular e articular os membros da equipe <u>Cognitivo:</u> Capacitar a equipe quanto as diversas praticas educativas no contexto da educação em saúde
Elaboração de folders, cartilhas, banners, jornal, vídeos, estudos de caso	<u>Cognitivo:</u> informações sobre o tema, elaboração e gestão de matérias educativos <u>Financeiro:</u> <ul style="list-style-type: none">• Custeio de materiais apropriados para elaboração de material didático;• Aquisição de recursos audiovisuais,

7.9 ANÁLISE DE VIABILIDADE DE DO PLANO

Nessa etapa será analisada as viabilidades para implementação do plano. Inicialmente serão identificados os atores que controlam os recursos críticos necessários para implementação de cada operação; analisar a motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano e desenhar as ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação.

Tabela 4: Análise da viabilidade para as operações do projeto de intervenção

OPERAÇÕES/ PROJETOS	RECURSOS CRÍTICOS	ATOR QUE CONTROLA OS RECURSOS	MOTIVAÇÃO DO ATOR	AÇÃO ESTRATÉGICA
Capacitação dos profissionais	<p>Organizacional: Treinamentos, palestras e discussões de problemas</p> <p>Político: Articulação entre gerencia da unidade e Secretaria Municipal de saúde</p>	Gerente da Unidade Enfermeira responsável pela unidade	Favorável	Promover cursos, palestras e treinamentos com profissionais especialistas no assunto que não estejam vinculados a UBS
Estudo de estratégias pedagógicas a serem desenvolvidas junto à equipe	<p>Organizacional: Estimular e articular os membros da equipe</p> <p>Cognitivo: Capacitar a equipe quanto as diversas praticas educativas no contexto da educação em saúde</p>	Membros da equipe	Favorável	<p>Apresentar literatura de referência para discussão das práticas pedagógicas</p> <p>Realizar grupos de estudo semanal</p> <p>Planejar e avaliar as ações de educação em saúde utilizadas nos grupos</p>
Elaboração de folders, cartilhas, banners, jornal, vídeos, estudos de caso	<p>Cognitivo: informações sobre o tema, elaboração e gestão de matérias educativos</p> <p>Financeiro: Custeio de materiais apropriados para elaboração de material didático; Aquisição de recursos audiovisuais,</p>	Gerente da unidade Membros da equipe	<p>Membros da equipe favorável</p> <p>Gerente da unidade indiferente</p>	Apresentar o material elaborado

7.10 ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO

Após análise da viabilidade do plano, nessa etapa serão designados os responsáveis pelos projetos e operações estratégicas e se estabelecerão os prazos para cumprimento das ações necessárias.

Tabela 5: Plano operativo

OPERAÇÕES/ PROJETOS	RESULTADOS ESPERADOS	AÇÃO ESTRATÉGICA	RESPONSÁVEL	PRAZO
Capacitação dos profissionais	Análise constante do processo de trabalho; Planejamento das ações de educação em saúde baseada em evidências; Aprimorar as habilidades profissionais.	Promover cursos, palestras e treinamentos com profissionais especialistas no assunto que não estejam vinculados a UBS	Enfermeiro da UBS	3 meses para primeiro curso, posteriormente reciclagem a cada 6 meses
Estudo de estratégias pedagógicas a serem desenvolvidas junto à equipe	Equipe capacitada e preparada para condução dos grupos de apoio	Apresentar literatura de referência para discussão das práticas pedagógicas Realizar grupos de estudo semanal Planejar e avaliar as ações de educação em saúde utilizadas nos grupos	Todos os membros da equipe	Início imediato para pesquisa individual; 1 mês para iniciar a discussão de temas sobre a prática pedagógica selecionados pela equipe, baseada em literatura de referência
Elaboração de folders, cartilhas, banners, jornal, vídeos, estudos de caso	Utilização de um material didático que favoreça a educação em saúde e a prática pedagógica efetiva e emancipadora	Apresentar o material elaborado	Todos os membros da equipe	4 meses para início da confecção do material e posteriormente 2 meses para entrega do material pronto

7.11 GESTÃO DO PLANO

Para o êxito do projeto além de um plano de ação bem formulado e com garantia de viabilidade é necessário um sistema de gestão que coordene e acompanhe a execução das operações, garantindo a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores, indicando as correções necessárias. Para tanto as etapas serão:

- Verificação do andamento das operações;
- Identificação dos obstáculos;
- Reavaliação contínua de definições, metas e prazos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabidamente a adesão ao tratamento de pessoas com diabetes é complexa e difícil. Em Centro de Saúde como o descrito no presente estudo, tal dificuldade se eleva consideravelmente devido à adoção de métodos ineficazes de educação em saúde pela equipe.

Considerando este fato, o trabalho a ser desenvolvido no Centro de Saúde Oswaldo Cruz tem como alvo a capacitação da equipe que conduz os grupos de apoio às pessoas com diabetes, utilizando-se práticas pedagógicas eficazes e elaborando um material didático metodologicamente adequado às necessidades apresentadas pelos participantes do grupo. Este projeto permitirá um maior acompanhamento das pessoas com diabetes que frequentam o grupo, além da maior adesão ao tratamento.

Objetiva-se que os métodos adequados de educação em saúde utilizados nos grupos de apoio a pessoas com diabetes estimulem a reflexão, o desenvolvimento da consciência crítica, da autonomia e da cidadania, possibilitando os participantes transformar a realidade e escrever sua própria história.

REFERENCIAS

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04>. Acesso em: 29 mai. 2015.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, jan. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100034&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 mai. 2015.

ALVES, B. A.; CALIXTO, A.A.T.F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento e hipertensão e diabetes em uma unidade básica de saúde do interior de São Paulo. *J.Health Sci.Inst.*, Campinas, v.30, n.3, p. 255-260, jul./set., 2012. Disponível em: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/03_jul-set/V30_n3_2012_p255a260.pdf. Acesso em: 27 mai.2015.

ASSUNCAO, Thaís Silva; URSINE, Priscila Guedes Santana. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2189-2197, Dec. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900024&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 Mai. 2015.

BECKER, L.T.N. *Idosos Hipertensos e Diabéticos: Aspectos que interferem na adesão ao tratamento*. 2013. 43f. Monografia (Especialização em Gestão da Atenção à Saúde do Idoso) – centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde, Instituto Federal de Educação , Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

BESEN, C. B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 57-68, jan./abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 Mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, e Norma Operacional de Assistência à Saúde, de 26 de janeiro de 2001, 2001a. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde. *Leis, normas e portarias atuais*. Brasil, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação do Plano de Reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde*. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica nº16 – Diabetes Mellitus*. Brasília, 2006.

BRASIL: *Sistemas de Planejamento do SUS*. Uma construção coletiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série cadernos de Planejamento).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica nº36 – Diabetes Mellitus*. Brasília, 2013.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. *Planejamento e avaliação das ações em saúde*. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 110p.

COSTA, D.V.P. *Empoderamento na educação em grupo de diabetes na atenção primária à saúde*. 106 f. 2014. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da UFMG, Universidade Federal de Minas Gerais, BeloHorizonte,2014.

CYRINO, E.G.; PEREIRA, M. L.T. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, June 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Mai. 2015.

DSBD - Diretrizes Da Sociedade Brasileira De Diabetes 2009 / Sociedade Brasileira de Diabetes. 3. ed., Itapevi/SP: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009.

FIGUEIREDO, M.F.S.; RODRIGUES-NETO, J.F.; LEITE, M.T.S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Rev. Bras. Enferm.*, v.63, n.1, p.117-21, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a19.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2015.

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 - Enferm.*, Florianópolis, v 16, n. 1, p. 105-111, março 2007. Disponível a partir <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 de maio de 2015.

FLISCH, T.M.P. *Práticas coletivas de educação em saúde na Atenção Primária à Saúde em Contagem, MG*. 100f. 2012. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da UFMG, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

FIGUEIREDO, M. F. S.; NETO, J. F.D.; LEITE, M.T.S. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 315-329, June 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Mai. 2015.

GODINHO. L.K. *Práticas Educativas na Atenção Básica: um estudo de caso sobre métodos de ensino*. 119 f. 2011. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da UFMG, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

GOULARD, F.A.A. *Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde*. Ministério da Saúde, Brasília. 2011.

LIMA. M.G. et al. Grupos operativos de hipertensos e diabéticos no pet-saúde. *Rev. Bras. Pesq. Saúde.*, v.16, n.1, p. 133-138, jan. 2014/mar.2014. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/8501/5997>. Acesso em: 27 Mai. 2015.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, Apr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Mai. 2015.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *Formação pedagógica para profissionais da saúde: Investigando questões de educação na área da saúde*, 2014, Belo Horizonte.

OLIVEIRA, K. C. L.; ZANETTI, M. L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica à saúde. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 862-868, Aug. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Mai. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Declaração de Sundsvall: Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde. 1991. Disponível em: <http://www.crfdf.org.br/materias/pdf/PromocaoSaude/DECLARACAO_DE_SUNDSVALL.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2015.

PINAFO, E.; NUNES, E. F. P.; GONZÁLEZ, A. D.; GARANHANI, M. L. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de 24 saúde da família. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9 n. 2 p. 201-221, jul./out. 2011.

RODRIGUES, F. F. L. et al. Conhecimento e atitudes: Componentes para a Educação em diabetes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem de Ribeirão Preto*, v. 17, n. 4, p. 468-473, ago 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Mai. 2015.

SANTOS, M.S. *Educação em saúde para idosos portadores de Diabetes Mellitus no município de Gramado*. 2012. 24f. Monografia (Especialização em Gestão da Atenção à Saúde do Idoso) – centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SANTOS, M.A. PERES, D.S. ZANETTI, M.L. Otero LM. Grupo Operativo como estratégia para atenção integral ao diabético. *Rev Enferm UERJ*. v. 15, n. 2. P. 242-247, abr/jun 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a14.pdf>>. Acesso em: 27 Mai. 2015.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa. *Educação em Saúde. Planejando as ações educativas teoria e prática: manual para operacionalização para as ações educativas no SUS*. São Paulo, 2001.

SARRETA, F.O. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. ISBN 978-85-7983-009-9.

SBD - Sociedade Brasileira De Diabetes. Consenso Brasileiro sobre Diabetes 2002: Diagnóstico e Classificação do Diabetes Mellitus e Tratamento do Diabetes Mellitus do Tipo 2. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2003.

SILVA, C. P.; DIAS, M. S. A.; RODRIGUES, A. B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1453-1462, Oct. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Mai. 2015.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.91-104, set.2004/fev.2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a08.pdf>>. Acesso em: 27 Mai. 2015.