

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

MARCELA BORGES DORNFELD

**AUMENTO DA ADESÃO DOS DIABÉTICOS AO TRATAMENTO POR
MEIO DE ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS EM GRUPO E INDIVIDUAL**

Uberaba/ MG

2015

MARCELA BORGES DORNFELD

**AUMENTO DA ADESÃO DOS DIABÉTICOS AO TRATAMENTO POR
MEIO DE ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS EM GRUPO E INDIVIDUAL**

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. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

Uberaba/ MG

2015

MARCELA BORGES DORNFELD

**AUMENTO DA ADESÃO DOS DIABÉTICOS AO TRATAMENTO POR
MEIO DE ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS EM GRUPO E INDIVIDUAL**

Banca examinadora

Examinador 1: Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Examinador 2: Regina Maura Rezende

Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Aprovado em Uberaba, 21 de dezembro de 2015.

RESUMO

DORNFELD, MARCELA BORGES. Aumento da adesão dos diabéticos ao tratamento por meio de estratégias educativas em grupo e individual. 2015. 26f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2015.

O Diabetes é um importante problema de saúde pública devido à sua grande morbimortalidade. Desta maneira, seu controle é muito importante para melhorar a condição de sobrevivência dos acometidos pela mesma. Diante disso, o presente trabalho teve como objetivo elaborar uma proposta de intervenção para aumentar a adesão das pessoas com diabetes ao tratamento. Para a realização do trabalho foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional de Saúde, um instrumento de gestão para identificação e resolução de problemas, no qual se inserem atores sociais que participam efetivamente da situação, o qual possibilita a explicação de um problema a partir da visão do ator que o declara, a identificação das possíveis causas e a busca por diferentes modos de abordar e propor soluções. Espera-se demonstrar com esse plano que a utilização da orientação grupal e individual como estratégia para aumentar a adesão ao tratamento de diabetes é eficiente, pois possibilita a criação de elo entre os participantes e entre a equipe da ESF e ao se entender que a Saúde também é um processo de relações, os possíveis benefícios produzidos pela orientação grupal e individual contemplam não apenas os pacientes, mas transcendem os limites do pessoal, pois o aprendizado que ocorreu no grupo e individualmente, os participantes irão compartilhar com membros da família e da sociedade.

Palavras-chave: Saúde Pública; Diabetes

ABSTRACT

DORNFELD, MARCELA BORGES. Increased adherence to treatment of diabetes through educational strategies group and individual. 2015. 26f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2015.

Diabetes is a major public health problem due to its high morbidity and mortality. In this way, its control is very important to improve the condition of survival of affected by it. Therefore, this study aimed to develop an intervention proposal to increase the membership of people with diabetes to treatment. To carry out the work we used the method of Health Situational Strategic Planning, a management tool for identifying and solving problems, which are part of stakeholders participating effectively in the situation, which allows the explanation of a problem from the actor vision that states, identification of possible causes and the search for different ways to address and propose solutions. Expected to demonstrate with this plan that the use of group and individual counseling as a strategy to increase adherence to the treatment of diabetes is efficient because it enables the creation of link between the participants and between the ESF team and to be understood that the Health is also a process of relationships, the potential benefits produced by the group and individual guidance include not only patients, but transcend the limits of staff, since learning that took place in the group and individually, participants will share with members of the family and society.

Key word: Public health; Diabetes.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	10
3 OBJETIVOS	11
3.1 Geral	11
3.2 Específicos	11
4 METODOLOGIA	12
5 REVISAO BIBLIOGRÁFICA	13
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	15
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	222

1 INTRODUÇÃO

A adesão ao tratamento de doenças crônicas é um problema enfrentado pelas equipes de saúde (TORRES, FERNANDES, CRUZ, 2007).

O Diabetes Mellitus (DM) é um problema de saúde altamente prevalente em nosso meio e considerado como uma das doenças de mais difícil controle por ser crônica, sistêmica, multifatorial e poder deixar muitas sequelas. Trata-se de um distúrbio metabólico causado pela completa ou parcial deficiência de insulina pelo pâncreas e/ou diminuição de sua ação nos tecidos, prejudicando o metabolismo dos lipídios, glicídios, proteínas, água, vitaminas e minerais. Com o passar dos anos e a depender do controle da doença, podem aparecer complicações crônicas que comprometem não apenas o indivíduo, mas também sua família e sociedade, uma vez que acarretam implicações psicossociais e econômicas (TORRES, FERNANDES, CRUZ, 2007).

Doentes crônicos, de um modo geral, principalmente os portadores de diabetes, constituem-se num desafio para profissionais de saúde que com eles lidam, pois a manutenção contínua do tratamento prescrito e a obediência consciente às condutas orientadas são de difícil aceitação e, principalmente, de incorporação de novos hábitos que poderão cercear suas vidas com base no diagnóstico da doença.

O controle inadequado do DM representa uma ameaça social e econômica ao país e à vida do indivíduo diabético, pois os riscos e a precocidade das suas complicações têm aumentado a incidência de doenças coronarianas, acidentes vasculares cerebrais, cegueira, insuficiência renal, amputações em membros inferiores, entre outros (ROCHA, 2001).

A porta de entrada para o portador de DM é a Unidade Básica de Saúde, que está estruturada de acordo com o Programa Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 1997).

A ESF José Nilton, situada no município de Santa Vitória, Minas Gerais possui aproximadamente 18.138 habitantes (IBGE, 2010). A população adstrita é de 3.350 habitantes e esta unidade é composta por uma equipe de saúde da família integrada por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e sete agentes comunitárias de saúde e ainda conta com apoio dos profissionais do Núcleo

de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma psicóloga, uma nutricionista e uma assistente social.

A equipe da ESF identificou alguns problemas de saúde na área, sendo considerado como o mais importante no território o grande número de pacientes com diabetes mellitus (DM), com dificuldade de aderir corretamente ao tratamento estando, por isso, com a doença descompensada, com níveis de glicemia muito altos.

No território de abrangência da equipe existem 154 diabéticos cadastrados e 136 deles são acompanhados regularmente na Unidade de Saúde, sendo a maioria mulheres acima do peso, estando mais da metade com níveis glicêmicos descontrolados.

As fontes utilizadas foram a observação ativa do território por toda a equipe e os registros existentes em prontuários, consultas e registros das visitas domiciliares realizadas semanalmente pela enfermagem na casa de diabéticos e hipertensos para aferição da pressão arterial e glicemia capilar.

A causa desse grande número de pessoas com a doença descontrolada parece ser multifatorial: o desconhecimento da doença e de sua gravidade, a falta de esclarecimento quanto ao uso correto das medicações, o estilo de vida sedentário, a alimentação rica em carboidratos e gorduras e pobre em fibras.

Tudo isso se deve principalmente a fatores socioeconômicos identificados através da observação ativa do território, como a baixa escolaridade da população, dificultando o entendimento da doença e a utilização correta dos medicamentos, a baixa renda impedindo a alimentação de melhor qualidade com alimentos integrais, proteínas, frutas e verduras que são alimentos mais caros, no lugar da dieta rica em carboidratos e gorduras, e a ocupação da população no geral, que dificulta a realização de atividades físicas por falta de tempo e de disposição após um dia de trabalho extenuante (RODRIGUES, 2003).

Sendo assim, este trabalho surge de minha inquietação enquanto profissional atuante na saúde pública e em contato diário com este quadro alarmante. Tem como foco propor uma estratégia de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes na ESF, localizado no município de Santa Vitória, Minas Gerais.

A ESF tem o objetivo de fortalecer os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), com uma proposta de replanejamento dos serviços de atenção

básica com serviços de promoção da saúde, de prevenção de agravos, de recuperação e de resolutividade na assistência com qualidade (COSTA et al., 2009).

Devido à diminuição na adesão ao tratamento de DM e com o aumento complicações cardiovasculares e cerebrovasculares o projeto de intervenção proposto visa atingir essa população.

2 JUSTIFICATIVA

O DM é um importante problema de saúde devido à sua grande morbimortalidade, sendo assim muito importante o seu controle para melhorar a sobrevivência dos pacientes portadores dessa doença. Exige esforços dos profissionais de saúde que devem diagnosticar a doença que inicialmente é silenciosa e esclarecer ao paciente o que é a mesma e suas consequências se não for corretamente tratada, além de optar pelo melhor tratamento medicamentoso, orientar quanto à importância da mudança no estilo de vida, mudança na dieta e a importância da prática de atividades físicas e da perda de peso. Porém, exige também do paciente, que deve seguir corretamente as orientações de mudança do estilo de vida e aderir corretamente ao tratamento medicamentoso (SALES, 2003).

As consequências desse problema de saúde para a população surgem em longo prazo. Após anos com a doença descontrolada começam a surgir sintomas, complicações cardiovasculares e cerebrovasculares, levando a um aumento no número de consultas, exames, encaminhamentos para especialistas, internações, faltas no trabalho, gerando um maior custo e maior consumo dos recursos destinados à saúde (RODRIGUES, 2007).

As dificuldades para enfrentamento desse problema são grandes. Apesar do comprometimento da equipe de saúde que realiza consultas e visitas frequentes com orientações, grupos de hipertensos e diabéticos com o apoio do NASF e do comprometimento do município que disponibiliza recursos financeiros e materiais, oferece espaços para a realização de atividades físicas e uma academia para a população, há uma dificuldade no controle desse problema, o que remete à necessidade da realização de outras ações que possam garantir a participação mais efetiva dessa população.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Elaborar proposta de intervenção para aumentar a adesão das pessoas com diabetes ao tratamento.

3.2 Específicos

- Orientar os diabéticos sobre a doença e suas complicações;
- Incentivar uma dieta balanceada;
- Estimular a realização de atividade física;
- Orientar sobre o tratamento medicamentoso.

4 METODOLOGIA

Para a realização do trabalho foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional de Saúde (PES). O PES é utilizado como um instrumento de gestão para identificação e resolução de problemas, no qual se inserem atores sociais que participam efetivamente da situação. O PES possibilita a explicação de um problema a partir da visão do ator que o declara, a identificação das possíveis causas e a busca por diferentes modos de abordar e propor soluções. Dessa forma, o planejamento é estruturado em cinco etapas: Momento Explicativo; Momento Normativo; Momento Estratégico; e Momento Tático-Operacional. Na Estratégia de Saúde da Família, é necessário lançar mão de ferramentas como o PES para possibilitar e qualificar as práticas cotidianas em saúde (CAMPOS, 2010).

Através desta metodologia foi feita a identificação e priorização dos problemas na área da ESF, a explicação do problema priorizado, bem como identificação dos nós críticos. Foi ainda utilizado para desenho das operações, análise de viabilidade do Plano, construção do Plano operativo e da gestão do plano.

Para subsidiar a elaboração da proposta de intervenção, foi realizada uma revisão de literatura, utilizando os seguintes descritores: diabetes mellitus, tratamento, adesão, educação em saúde e atenção primária à saúde. Posteriormente, foram utilizados dois critérios para refinar os resultados: a abrangência temporal dos estudos definida entre os anos de 2005 a 2015, e o idioma, somente textos completos em português e inglês. A busca foi feita nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e National Center for Biotechnology Information (NCBI).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O Brasil assiste, desde a década de 1960, a sua transição demográfica e epidemiológica caracterizada pelo envelhecimento populacional e aumento das doenças crônico-degenerativas (LOPES; OLIVEIRA, 2004). Dentre as doenças crônicas mais frequentes, destaca-se o DM, que consiste em uma disfunção metabólica crônica, grave, de evolução lenta e progressiva, caracterizada pela falta ou produção diminuída de insulina e/ou da incapacidade dessa em exercer adequadamente seus efeitos metabólicos, levando à hiperglicemia e glicosúria (MAIA; ARAÚJO, 2002).

Um estudo multicêntrico desenvolvido na população brasileira encontrou uma prevalência geral de DM de 7,6% em pessoas de 30 a 69 anos (MALERBI; FRANCO, 1992). A alta prevalência associada às complicações crônicas inerentes à doença torna o DM um dos principais problemas de saúde pública em nosso país, representando alto custo social e grande impacto na morbimortalidade da população.

As complicações do DM podem ser agudas ou crônicas. Entre as complicações agudas estão a hiperglicemia e a hipoglicemia. As complicações crônicas podem ser macrovasculares (doença cardíaca coronária, doença vascular periférica e doença cerebrovascular), microvasculares (retinopatia e nefropatia) e neurológicas (neuropatia) (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2002).

Atualmente, estima-se que existem em todo o mundo cerca de 150 milhões de pessoas portadoras de diabetes e esse número poderá duplicar até o ano de 2025. O DM, juntamente com outras doenças crônicas, atingiu proporções que atualmente permitem considerá-lo como uma pandemia, atingindo todos os países, independente do seu grau de desenvolvimento (TOSCANO, 2004).

Essa alta incidência e prevalência na população podem implicar problemas econômicos e sociais, tais como a diminuição da produtividade, altos custos do tratamento, piora da qualidade de vida e diminuição da sobrevivência dos pacientes.

O maior desafio para o controle da síndrome é manter a glicemia dentro de parâmetros adequados. É essencial uma reorganização de hábitos alimentares, atividade física e informação sobre a doença são essenciais para o controle do DM objetivando, finalmente, seu controle.

Os objetivos do tratamento dos problemas crônicos de saúde são reduzir a morbimortalidade e manter a qualidade de vida das pessoas enfermas. As crescentes evidências de várias partes do mundo sugerem que os pacientes melhoram ao receber tratamento eficiente e apoio regular (OMS, 2003). Por ser invariavelmente longo, um dos problemas que os profissionais de saúde encontram, com frequência, na atenção aos doentes é a dificuldade destes em seguir o tratamento de forma regular e sistemática. Embora seja necessária, a adesão ao tratamento não é um comportamento fácil de adquirir.

Adesão ao tratamento é muito mais que simplesmente cumprir determinações do profissional de saúde. Se entendida dessa maneira, supõe que o paciente não tenha autonomia, sendo completamente excluído do controle do seu estado de saúde, cabendo esse papel exclusivamente ao profissional. Supõe também que não haja influência ou interferência de familiares, amigos ou vizinhos, nem das representações de saúde, corpo e doença para o paciente.

De acordo com Pepe e Castro (2000), as formas como os profissionais de saúde interagem e se comunicam com o usuário são fatores determinantes para a adesão ao tratamento, uma vez que pacientes satisfeitos com a equipe apresentam melhor aceitação às orientações.

Para Barbosa e Lima (2006), a fidelidade ao tratamento é fundamental para o controle dos efeitos do DM. Adicionalmente, Milech e Peixoto (2004) salientam que, quando esta doença não é tratada adequadamente, os sintomas podem se agravar e, portanto, contribuir para a manifestação de outras doenças, como problemas cardíacos e visuais, acidente vascular cerebral, insuficiência renal e lesões de difícil cicatrização, dentre outras complicações.

A cronicidade da doença, associada às características do regime terapêutico e às responsabilidades do doente, pode contribuir para a baixa adesão vulgarmente encontrada nos diabéticos (COX; GONDER, 1992). Segundo estudo desenvolvido por Assunção e colaboradores em 2002, apenas 25% dos pacientes diabéticos que receberam orientações quanto às práticas de atividade física realizaram algum tipo de atividade; e dos pacientes que receberam orientações quanto à dieta, apenas metade seguiu as recomendações. Outro estudo realizado por Assunção e colaboradores em 2001 verificou que cerca de 53% dos pacientes relataram ter feito dieta nos últimos quinze dias, 10% não estavam fazendo nenhum tipo de tratamento e 26% afirmaram usar apenas medicamento no tratamento da doença.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O plano de intervenção teve como início o levantamento dos pacientes diabéticos que tem dificuldades de aderir ao tratamento. A partir desse momento foi realizada uma seleção de 15 pacientes, independente de idade, sexo e tipo de diabetes e que demonstraram interesse de participar do plano de intervenção.

Foram coletadas informações sociodemográficas de cada participante, bem como histórico ocupacional (trabalho, lazer e autocuidado), história da doença e o tratamento associado à dieta e atividade física.

A partir do problema prioritário estabelecido em equipe, a baixa adesão ao tratamento do diabetes, foram selecionados os seguintes nós críticos:

- Falta de informação sobre o diabetes;
- Falta de informação sobre a dieta;
- Falta de informação sobre atividade física;
- Falta de informação sobre o tratamento medicamentoso.

Para cada nó crítico foram concebidos projetos, cujas características encontram-se nos quadros 1, 2, 3 e 4.

Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico falta de informação sobre o diabetes”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Nilton.

Nó crítico 1	Falta de informação sobre o diabetes pelos pacientes
Operação	Aumentar o nível de conhecimento da população adscrita com diabetes mellitus por meio de grupo operativo e atendimento individual
Projeto	Grupo operativo e atendimento individual
Resultados esperados	Diabéticos melhor informados sobre a doença
Produtos esperados	Avaliação do nível de informação da população com a doença, orientando pacientes com a doença e familiares, favorecendo o autocuidado.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico e enfermeiro: Orientações específicas.
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimento sobre o tema Político: espaço para realização de grupos

	operativos e atendimento individual, mobilização social Organizativo: organização da agenda da equipe, organização de palestras
Recursos críticos	Organizativo: organização da agenda da equipe
Controle dos recursos críticos/ Viabilidade	Favorável
Ação estratégica de motivação	Desnecessária
Responsáveis:	Médico e Enfermeiro
Cronograma/prazo	3 meses de intervenção
Gestão, acompanhamento e avaliação	<p>A proposta de intervenção foi constituída por um grupo educativo e orientação individual e todos os pacientes participarão dos dois, visto que o objetivo do trabalho é avaliar o resultado da soma das duas estratégias.</p> <p>Os pacientes participaram quinzenalmente de um grupo operativo de mais ou menos uma hora e meia com a coordenação da enfermeira da unidade e nesses encontros foram apresentados temas envolvidos com o objetivo desse plano de intervenção.</p> <p>No atendimento médico individual foirealizada orientações quanto ao manejo da doença, dieta, da atividade física e tratamento medicamentoso, além das medidas antropométricas e o exame de hemoglobina glicada (HbA1c) no período inicial e após três meses de acompanhamento.</p>

Fonte: Dornfeld, 2015.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico falta de informação sobre a dieta”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Nilton

Nó crítico 1	Falta de informação sobre a dieta
Operação	Estimular uma dieta balanceada e aumentar o nível de conhecimento sobre os benefícios da dieta balanceada no controle da doença
Projeto	Grupo operativo e atendimento individual
Resultados esperados	Diabéticos melhor informados sobre a necessidade de uma dieta balanceada para controle da doença

Produtos esperados	Avaliação do nível de informação sobre dieta balanceada, orientando pacientes com a doença e familiares, favorecendo o autocuidado.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico e enfermeiro: Orientações específicas
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimento sobre o tema Político: espaço para realização de grupos operativos e atendimento individual, mobilização social Organizativo: organização da agenda da equipe, organização de palestras
Recursos críticos	Organizativo: organização da agenda da equipe
Controle dos recursos críticos/ Viabilidade	Favorável
Ação estratégica de motivação	Desnecessária
Responsáveis:	Médico e Enfermeiro
Cronograma/prazo	3 meses de intervenção
Gestão, acompanhamento e avaliação	<p>A proposta de intervenção foi constituída por um grupo educativo e orientação individual e todos os pacientes participarão dos dois, visto que o objetivo do trabalho é avaliar o resultado da soma das duas estratégias.</p> <p>Os pacientes participaram quinzenalmente de um grupo operativo de mais ou menos uma hora e meia com a coordenação da enfermeira da unidade e nesses encontros foram apresentados temas envolvidos com o objetivo desse plano de intervenção.</p> <p>No atendimento médico individual foi realizada orientações quanto ao manejo da doença, dieta, da atividade física e tratamento medicamentoso, além das medidas antropométricas e o exame de hemoglobina glicada (HbA1c) no período inicial e após três meses de acompanhamento.</p>

Fonte: Dornfeld, 2015.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico falta de informação sobre a prática de atividade física”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Nilton

Nó crítico 1	Falta de informação sobre o diabetes pelos pacientes
Operação	Estimular a prática de atividade física para o controle da doença
Projeto	Grupo operativo e atendimento individual
Resultados esperados	Diabéticos melhor informados sobre a importância da atividade física no controle da doença
Produtos esperados	Avaliação do nível de informação sobre a prática de exercícios físicos, orientando pacientes com a doença e familiares, favorecendo o autocuidado.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico e enfermeiro: Orientações específicas. Agentes comunitários em saúde: Orientações gerais, acompanhamento próximo das famílias e avaliação das necessidades do paciente.
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimento sobre o tema Político: espaço para realização de grupos operativos e atendimento individual, mobilização social Organizativo: organização da agenda da equipe, organização de palestras
Recursos críticos	Organizativo: organização da agenda da equipe
Controle dos recursos críticos/ Viabilidade	Favorável
Ação estratégica de motivação	Desnecessária
Responsáveis:	Médico e Enfermeiro
Cronograma/prazo	3 meses de intervenção
Gestão, acompanhamento e avaliação	A proposta de intervenção foi constituída por um grupo educativo e orientação individual e todos os pacientes participarão dos dois, visto que o objetivo do trabalho é avaliar o resultado da soma das duas estratégias. Os pacientes participaram quinzenalmente de um grupo operativo de mais

	<p>ou menos uma hora e meia com a coordenação da enfermeira da unidade e nesses encontros foram apresentados temas envolvidos com o objetivo desse plano de intervenção.</p> <p>No atendimento médico individual foi realizada orientações quanto ao manejo da doença, dieta, da atividade física e tratamento medicamentoso, além das medidas antropométricas e o exame de hemoglobina glicada (HbA1c) no período inicial e após três meses de acompanhamento.</p>
--	---

Fonte: Dornfeld, 2015.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico falta de informação sobre o tratamento medicamentoso”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Nilton

Nó crítico 1	Falta de informação sobre o diabetes pelos pacientes
Operação	Estimular e orientar sobre a necessidade de adesão ao tratamento farmacológico para o controle da doença
Projeto	Grupo operativo e atendimento individual
Resultados esperados	Diabéticos melhor informados sobre a doença
Produtos esperados	Avaliação do nível de informação sobre a necessidade de adesão ao tratamento farmacológico, orientando pacientes com a doença e familiares, favorecendo o autocuidado.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico e enfermeiro: Orientações específicas, Agentes comunitários em saúde: Orientações gerais, acompanhamento próximo das famílias e avaliação das necessidades do paciente.
Recursos necessários	<p>Cognitivo: conhecimento sobre o tema</p> <p>Político: espaço para realização de grupos operativos e atendimento individual, mobilização social</p> <p>Organizativo: organização da agenda da equipe, organização de palestras</p>
Recursos críticos	Organizativo: organização da agenda da equipe
Controle dos recursos críticos/	Favorável

Viabilidade	
Ação estratégica de motivação	Desnecessária
Responsáveis:	Médico e Enfermeiro
Cronograma/prazo	3 meses de intervenção
Gestão, acompanhamento e avaliação	<p>A proposta de intervenção foi constituída por um grupo educativo e orientação individual e todos os pacientes participarão dos dois, visto que o objetivo do trabalho é avaliar o resultado da soma das duas estratégias.</p> <p>Os pacientes participaram quinzenalmente de um grupo operativo de mais ou menos uma hora e meia com a coordenação da enfermeira da unidade e nesses encontros foram apresentados temas envolvidos com o objetivo desse plano de intervenção.</p> <p>No atendimento médico individual foi realizada orientações quanto ao manejo da doença, dieta, da atividade física e tratamento medicamentoso, além das medidas antropométricas e o exame de hemoglobina glicada (HbA1c) no período inicial e após três meses de acompanhamento.</p>

Fonte: Dornfeld, 2015.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta realização de um grupo operativo e orientação individual para aumentar adesão ao tratamento de DM dentro da ESF pedem a consciência crítica por parte da equipe, visto que deve ser compreendida a necessidade de valorização do limite de cada paciente. Além disso, ao se entender que a Saúde também é um processo de relações, os possíveis benefícios produzidos pela orientação grupal e individual contemplam não apenas os pacientes, mas transcendem os limites do pessoal, pois o aprendizado que ocorreu no grupo e individualmente, os participantes irão compartilhar com membros da família e da sociedade.

Portanto, a equipe da ESF pode e deve fazer orientação em grupo e individual como uma estratégia viável para aumentar a adesão ao tratamento de diabetes, pois pode aumentar entendimento sobre o tratamento medicamentoso associado a uma dieta equilibrada e a prática de exercícios físicos.

Mesmo diante dos limites de tempo e espaço em que este trabalho se propõe, nota-se que a aplicabilidade da orientação em grupo e individual exige dedicação e estudo, percebe-se ainda a importância de se dedicar mais aos conhecimentos técnico e metodológico sobre os mesmos, buscando, se possível formação especializada na área.

Espera-se evidenciar que grupo operativo e orientação individual como estratégias para aumentar a adesão ao tratamento de DM sejam terapêuticos e eficazes.

REFERÊNCIAS

- ASSUNÇÃO, M.C.F.; SANTOS, I.S.; COSTA, J.S. Avaliação do processo da atenção médica: adequação de pacientes com diabetes mellitus. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(1):205-211.
- ASSUNÇÃO, M.C.F.; SANTOS, I.S.; GIGANTE, D.P. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: Estrutura, processo e resultado. *Rev. Saúde Pública* 2001; 35(1):88-95.
- BARBOSA, R.G.B.; LIMA, N.K.C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. *RevBras Hipertensão* 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A.; Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2. ed. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2010.
- CODO, W. Educação: carinho e trabalho. Burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.
- COSTA, G.; COTTA, R.M.M.; FERREIRA, M.L.S.M.; REIS, J.R.; FRANCESCHINI, S.C.C. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm.* 2009, vol.62, n.1, pp.113-8.
- COX, D.J.; GONDER, F.L. Major Developments in Behavioral Diabetes Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992; 60(4):628-638.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico: Santa Vitória/ MG. 2010.
- JESUS, S.N. Perspectivas para o bem-estar docente: uma lição de síntese. *Cadernos do Centro de Recursos de Informação e Apoio Pedagógico* (v. 29). Lisboa: Edições ASA, 2001.
- LOPES, F.A.M.; OLIVEIRA, F.A. Fatores de risco para o desenvolvimento do pé diabético em sujeitos atendidos pelo programa saúde da família (PSF). *Patge* 2004; 9(15):154-166.
- MAHAN, L.K.; ESCOTT-STUMP, S. Krause – alimentos, nutrição e dietoterapia. 10ª ed. São Paulo: Roca; 2002.
- MAIA, F.F.R.; ARAÚJO, L.R. Projeto “Diabetes Weekend” Proposta de educação em diabetes mellitus tipo 1. *Arq Bras EndocrinolMetab* 2002; 46(5):550-556.

MALERBI, D.A.; FRANCO, L.J. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 years. *Diabetes Care* 1992; 15 (11):1509-1516.

MILECH, A.; PEIXOTO, M.C. Quadro clínico. In: Oliveira JEP, Milech A. *Diabetes mellitus. Clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar*. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 33-42.

Organização Mundial da Saúde. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais: de ação: Relatório Mundial*. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003

PEPE, V.L.E.; CASTRO, C.G.S.O. A Interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. *Cad Saúde Pública* 2000;16(3):815-22.

ROCHA, R.M. Riscos de úlceras nos pés: perfil de um grupo de diabéticos do tipo 2. 200 pés 1. 120f. *Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.*

RODRIGUES, M.T.M. Caminhos e descaminhos da adesão ao tratamento antihipertensivo: um estudo com usuários do PACHA do tensivo Hospital Universitário Onofre Lopes. 2003. 186 f. *Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003.*

SALES, Z.N. Representações sociais do cuidado no diabetes mellitus. 2003. 160 f. *Tese do cuidado no diabetes mellitus (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.*

TOSCANO, C.M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *CienSaúde Colet*. 2004.