

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

**NANCY KARELIS PENA MOYA**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA A PACIENTES  
DIABÉTICOS**

**ALFENAS- MINAS GERAIS**  
**2016**

**NANCY KARELIS PENA MOYA**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA A PACIENTES  
DIABÉTICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao curso de Especialização Estratégia da Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria José Moraes Antunes

**ALFENAS- MINAS GERAIS  
2016**

**NANCY KARELIS PENA MOYA**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA A PACIENTES  
DIABÉTICOS**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria José Moraes Antunes

Examinador 2: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Marta Amancio Amorim

Aprovado em Belo Horizonte, em 24 de maio de 2016

## RESUMO

Este estudo apresenta um plano de intervenção para pacientes com diabetes *mellitus* na Unidade Básica de Saúde de Boa Vereda, no município de Bom Repouso - MG. Este problema vem aumentando gradativamente em nosso território de atuação e foi selecionado como prioritário no diagnóstico situacional de saúde e planejamento estratégico em saúde. O primeiro método de pesquisa utilizado no trabalho foi o diagnóstico situacional, quando foram identificados quatro nós críticos: os estilos de vida inadequados; o desconhecimento dos pacientes sobre as características e complicações de sua doença crônica, o escasso conhecimento desenvolvido por parte dos profissionais da área de saúde e a falta de distração para ocupar o tempo livre. O segundo método foi uma revisão narrativa, utilizando-se os sites da SCIELO e da biblioteca Virtual em saúde (BVS) sobre os temas: prevenção da diabetes e suas sequelas e educação em saúde para a equipe e pessoas com diabetes mellitus, na atenção primária à saúde. Em seguida foi realizado elaborado um plano de intervenção a ser desenvolvido, com a participação da comunidade. A equipe de Boa Vereda em conjunto com os planejadores e executores do plano de ação irão acompanhar a execução das operações no prazo proposto, tendo em conta a disponibilidade dos recursos demandados. A cada mês será realizada uma reunião de avaliação, onde cada responsável pelas operações programadas irá prestar contas sobre o cumprimento da operação da qual é responsável e justificando as dificuldades que encontra para cumprir suas tarefas. Esta avaliação contínua permitirá o cumprimento e o desenvolvimento com sucesso do plano de intervenção proposto.

Palavras-chave: Diabetes *Mellitus*. Saúde da Família. Educação em Saúde.

## **ABSTRACT**

This study presents an action plan for patients with diabetes mellitus in the Basic Health Unit of Boa Vereda, in Bom Home - MG. This problem is increasing in our service territory and was selected as a priority in the situational diagnosis of health and strategic planning in health, first research method used at work when four critical nodes were identified: inadequate lifestyles; the lack of patients on the characteristics and complications of a chronic disease, the lack of knowledge developed by the health healthcare professionals and the lack of distraction to occupy the free time. The second method was a narrative review, using the sites SCIELO and health Virtual Library (VHL) on the themes: prevention of diabetes and its sequelae and health education for staff and people with diabetes in primary care the health. Next was conducted elaborate an action plan to be developed with community participation. The team of Boa Vereda together with the planners and executors of the action plan will monitor the implementation of operations within the proposed timeframe, taking into account the availability of resources required. Each month will be held an evaluation meeting, where each responsible for scheduled operations will account for the fulfillment of which is responsible for operation and justifying the difficulties encountered to fulfill their tasks. This review continues enable compliance and the successful development of the proposed action plan.

**Keywords:** Diabetes Mellitus. Family Health. Health Education.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>06</b>
<b>JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>10</b>
<b>OBJETIVO .....</b>	<b>11</b>
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>12</b>
<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>13</b>
<b>PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>28</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>29</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O presente estudo busca elaborar um plano de intervenção para pacientes com diabetes *mellitus* (*D.M*), na atenção primária à saúde, tendo como contexto a Unidade de Saúde da Família (USF) de Boa Vereda do município Bom Repouso-MG.

Bom Repouso é um município brasileiro do estado de Minas Gerais. Sua população estimada em 2010 era de 10 457 habitantes, que ocupa uma área total de 229 845 km<sup>2</sup>, com uma densidade demográfica de 45,50 habitantes/km<sup>2</sup>. O município está dividido em uma área urbana e uma área rural e tem como prefeito ao Sr. Edmilson Andrade (gestão 2012-2016) e como secretária de saúde municipal a Sra. Maria de Lurdes de Costa (DIÁRIO ELETRÔNICO, 2013).

A existência de uma "fortaleza em ruínas" nas cercanias da cidade, pelo seu estilo e tipo de construção, faz crer que o início da povoação ocorreu nos primórdios da era colonial. Somente apontamentos religiosos, anteriores a 1828, dão conta de que já residiam na localidade, os padres Francisco Figueira de Assunção e Florentino José Maria de Medeiros, tidos como primeiros moradores. Em 1831, o Padre Florentino Medeiros conseguia provisão de Capela Curada de São Sebastião e São Roque, erigindo-se uma capela. As condições climáticas, as propriedades terapêuticas de suas águas e fertilidade do solo, atraíram novos moradores, descendentes de franceses e espanhóis, originando-se as famílias Andradas, Brandões e Garcias. Posteriormente, o incremento à fruticultura, à exploração de tubérculos e madeira, à pecuária e culturas agrícolas em geral, determinaram o desenvolvimento da comunidade. Lendariamente, uma gigantesca "paineira" cuja sombra era aproveitada para acampamento de viandantes que por ali passavam, teria dado ao local o nome, ainda hoje adotado em de Bom Repouso (BRASIL, 2016).

Seu relevo é montanhoso e está a uma altitude média de 1371 metros acima do nível do mar, chegando a atingir uma altitude máxima de 1680 metros em seu ponto mais alto. Seu clima é ameno e úmido durante o verão e seco e frio durante o inverno. A temperatura média anual é de 19°C. Os padroeiros da cidade são São Roque e São Sebastião (BRASIL, 2016).

A cidade também é privilegiada por abrigar a nascente do Rio Mogi, um dos rios maiores do país, possuindo no município mais de 28 cachoeiras. Bom Repouso possui também a segunda maior imagem de Nossa Senhora das Graças do Brasil, medindo 20 metros de altura. A imagem foi inteiramente constituída em argamassa, equivale a um prédio de 6 andares e se encontra a 1410 m de altitude do mar (BRASIL, 2016).

## **DIAGNÓSTICO SITUACIONAL**

### **Aspectos Socioeconômicos**

As principais atividades socioeconômicas de Bom Repouso são a agricultura e a pecuária de leite e corte. Os produtos comercializados são: o morango e a batata inglesa. Na cidade existe uma fábrica de tecelagem e uma pasteurizadora de leite, que constituem fontes de emprego e traz benefícios para o município.

As fontes de recursos financeiros para a saúde são:

- Fundo de participação Municipal (FMP)
- Imposto sobre o serviço do quaisquer naturezas (ISSQN),
- PAB Fixo (Piso de Atenção Básica),
- Programa Saúde da Família (PSF),
- Epidemiologia Controle das Doenças,

### **Saneamento Básico**

A estrutura de saneamento básico em nossa área de abrangência do USF Boa Vereda é regular, lembrando-se que é uma área rural, as residências contam com fossa séptica ou rudimentar, nem todas tem acesso a coleta do lixo por encontrar-se a maioria das residências da estrada principal por onde passa o caminhão de coleta do lixo, duas vezes por semana. A maioria dos moradores queima ou enterra o lixo e outros o jogam fora. O abastecimento de água é através de poço artesiano ou nascente na propriedade.

### **Educação**

Em nossa área de abrangência contam-se com 5 escolas primárias que acolhem todas as crianças em idade escolar de 5 a 10 anos de idade. As crianças de maior idade vão às escolas que ficam na cidade; há ônibus escolar encarregado do transporte diário deles. A maioria das pessoas tem o ensino fundamental incompleto e a minoria, principalmente os idosos, é analfabeta ou não concluíram o ensino primário.

### **Recursos da Comunidade**

A área de abrangência está dividida em 6 bairros, todos contam com uma igreja e 5 deles tem uma escola primária. As casas têm luz elétrica e serviço de telefonia celular e fixo na maioria. Os recursos de correio, banco, hospital e Unidade Básica de saúde (UBS), entre outros, encontram-se no centro da cidade.



## **SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Aproximadamente 90% da população do município é dependente do Sistema Único de saúde (SUS), constituído de 3 UBS e 5 equipes de saúde da família, 2 que prestam atenção na zona rural e 3 na zona urbana. Nossa equipe conta com 2 postos de apoio localizados cada um em um bairro na zona rural onde prestamos atenção médica. Além disso, no centro da cidade existe um pronto atendimento para serviços de urgência e emergência nas 24 horas do dia de segunda a domingo.

O município conta com 3 ambulâncias para transporte de pacientes que precisam de atenção fora da cidade e um micro-ônibus para tratamento fora do município. Também tem um Conselho Municipal de Saúde em pleno funcionamento, constituído por um presidente e 15 membros, sendo eles políticos, líderes religiosos e da comunidade; as reuniões tem lugar uma vez por mês, onde são discutidos todos os problemas que vem acontecendo no município chegando-se acordos e à tomada de decisões.

As referências para alta e média complexidade vão para o município de Pouso Alegre a 60 km, onde fica o Hospital Regional de Saúde. Nossa equipe presta atenção básica de saúde 8 horas por dia de segunda a sexta visitando cada dia um bairro diferente pela manhã para a prestação de consulta médica e visita domiciliar, segundo o que estiver planejado pela equipe. À tarde fazemos consulta na UBS.

### **Unidade de Saúde da Família (USF)**

A região correspondente à área de abrangência é na zona rural, com relevo montanhoso e estradas de terra, mas a USF está localizada na cidade, em uma sede própria, funciona de segunda a sexta de 8 às 17 horas.

Recursos Humanos: A USF Boa Vereda está composta por:

- 1 enfermeira.
- 1 técnica de enfermagem
- 1 médica
- 1 dentista
- 1 auxiliar de dentista
- 1 recepcionista
- 1 coordenadora
- 2 auxiliares de limpeza
- 6 agentes de saúde comunitária

Alguns funcionários são concursados e outros contratados, trabalham 40 horas semanais, menos o médico que tem um dia de folga para atualização profissional.

A USF está situada em um dos extremos da cidade de Bom Repouso; é uma construção de planta baixa composta por uma recepção com cadeiras suficientes para que os pacientes fiquem acomodados, em espera para ser atendido, 3 consultórios médicos, um deles com todo o equipamento para fazer as consultas de ginecologia e obstetrícia, uma sala de reuniões, um consultório, uma sala de esterilização, uma sala de curativos, uma sala para consulta de enfermagem, pré- consulta, sala para inalação, sala dos agentes de saúde. A USF encontra-se equipada com todos os recursos necessários para o bom funcionamento da equipe. No município não há hospital, mas conta-se com um laboratório e farmácia do SUS, além disso, existem laboratórios privados e uma clinica privada onde os exames e consultas são realizados, através de convênio com a prefeitura.

Tabela 1: Distribuição da população da área de abrangência da USF de Boa Vereda, segundo a faixa etária para o ano 2015.

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PERCENTUAL %</b>
>1	19	0.98
1-4	61	3.1
5-9	118	6.12
10-14	121	6.27
15-19	153	7.93
20-24	139	7.20
25-39	466	24.17
40-59	576	29.87
60 e +	275	14.26
<b>Total</b>	<b>1928</b>	<b>100%</b>

Fonte: Estatística da UBS Boa Vereda, Bom Repouso- MG, 2015.

Observa-se na Tabela 1 que cerca de 40% da população tem mais de 40 anos. Segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), elaborado pela minha equipe, existiam em 2015, 376 hipertensos, 98 diabéticos cadastrados. Não há casos de dengue na área da UBS, mas foram registrados 4 casos no município. A maioria das internações é causada: Acidente Vascular Cerebral, complicações do diabetes, hipertensão arterial e câncer. As principais causas de morte são: o câncer, o infarto agudo do miocárdio (IAM) e as complicações do diabetes. A taxa de mortalidade infantil na área da equipe é zero e a cobertura vacinal da população de menores de 5 cinco anos foi de um 96 %.

## 2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta incidência de pacientes diabéticos na comunidade da USF de Boa Vereda e o grande descontrole da doença entre eles. A equipe fez uma análise dos problemas levantados e considerou que temos todos os recursos necessários, tanto humanos como materiais, para fazer um projeto de intervenção e melhorar a qualidade de vida dos pacientes diabéticos de nossa área de abrangência. Portanto a proposta é viável e se justifica pela relevância do problema, de abrangência nacional.

No Brasil, em 2013 pesquisa estimou a existência de um total de aproximadamente 9 milhões de pessoas com diabetes no país, cerca de 3,5 milhões delas com 65 anos ou mais de idade.(ISER *et al.*, 2015)

As complicações da diabetes podem ser agudas ou crônicas sendo causadas por fatores relacionados ao estilo de vida do indivíduo, de que maneira ele controla sua glicemia, uma vez que uma hiperglicemia persistente pode causar sérios problemas. Dentre as incapacidades crônicas podem ocorrer problemas microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia periférica) e macrovasculares (doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular periférica). Ao longo da vida, um paciente diabético pode desenvolver úlceras de membros inferiores, causando danos e incapacidades (MORAIS *et al.*, 2009).

Considerando o caráter crônico e as complicações que o diabetes pode causar no indivíduo, torna-se urgente iniciar um projeto de intervenção que trabalhe, através da educação em saúde, aspectos do tratamento e da prevenção desta doença.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar proposta de intervenção capaz de aprimorar os conhecimentos referentes a Diabetes Mellitus pelos pacientes diabéticos, por meio de um programa de educação em saúde na USF de Boa Vereda, no município Bom Repouso-MG.

#### 4 METODOLOGIA

Inicialmente foi realizado um diagnóstico situacional das condições de saúde da população residente no território de atuação da USF Boa Vereda, onde foi possível elencar os maiores problemas de saúde apresentados por aquela população. A DM foi diagnosticada como problema prioritário, sendo identificados quatro nós críticos: os estilos de vida inadequados; o desconhecimento dos pacientes sobre as características e complicações de sua doença crônica, o escasso conhecimento desenvolvido por parte dos profissionais da saúde da área de saúde, a falta de distração para ocupar o tempo livre. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Através do planejamento estratégico em Saúde (PES) foi possível fazer um desenho das ações a serem desenvolvidas para enfrentar o problema da DM em nosso território.

Para o embasamento teórico foi realizada uma revisão narrativa, (CORRÊA, VASCONCELOS, SOUZA, 2002) utilizando-se os sites da Scientific Electronic Library Online - SCIELO e da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS sobre os temas: prevenção da diabetes e suas sequelas e da educação em saúde para a equipe e pessoas com diabetes mellitus na atenção primária à saúde.

A partir dos dados coletados no diagnóstico situacional e da revisão narrativa realizada, foi elaborado um plano de intervenção que está organizado em quadros e que será desenvolvido, com a participação da comunidade.

A equipe de Boa Vereda em conjunto com os planejadores e executores do plano de ação irão acompanhar a execução das operações no prazo proposto, tendo em conta a disponibilidade dos recursos demandados.

A cada mês será realizada uma reunião de avaliação, onde cada responsável pelas operações programadas vai prestar contas sobre o cumprimento da operação da qual é responsável e justificando as dificuldades que encontra para cumprir suas tarefas.

Esta avaliação contínua permitirá o cumprimento e o desenvolvimento com sucesso do plano de intervenção proposto.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A DM é uma grande epidemia na atualidade e um dos maiores problemas de saúde pública em diversos países. Esta situação alarmante deve-se, sobretudo ao envelhecimento da população mundial e aos hábitos da vida da sociedade neste século. Devido ao impacto na saúde das pessoas, a incidência de casos de DM é um fato alarmante. A doença representa 5,2% das causas de morte no país, é fator de risco importante para as doenças cardiovasculares que são responsáveis por 31,3% dos óbitos e está frequentemente associado a outros fatores de risco cardiovascular, como a hipertensão e dislipidemia.

### 5.1 Diabetes na atenção básica em saúde: dificuldades dos diabéticos no enfrentamento da doença.

A DM vem configurando-se como uma doença de grande impacto social nas últimas décadas, e os hábitos de vida da população em geral, nos dias de hoje, tem grande impacto sobre esta realidade. A correria do dia a dia, o estresse que já não é mais característico apenas das grandes cidades, os hábitos alimentares com dietas hipercalóricas, consumo exagerado de produtos industrializados, inatividade física, uso intensivo de tecnologias, acesso rápido a produtos e alimentos industrializados e gordurosos, tabagismo, diminuição do consumo de alimentos naturais, aumento da expectativa de vida, são fatores que vem favorecendo o aumento dos casos de diabetes (ORTIZ e ZANETTI, 2000).

Pereira *et al* (2012) pontuam em estudo que a padronização americana da educação para o automanejo em diabetes (Diabetes Self Management Education - DSME) assinala a importância de se conhecer as necessidades educacionais da população, traduzidas pela história clínica do indivíduo, idade, influência cultural, crenças e atitudes em saúde, conhecimento sobre diabetes, disponibilidade para aprender, nível de escolaridade, apoio familiar e status financeiro para propor qualquer ação educativa sobre o tema. Trata-se de um ponto de fundamental importância para as equipes de saúde da família, pois, ao atuarem na atenção básica, pressupõe-se que possuam estas informações acerca da população de seu território, o que torna possível planejar uma intervenção considerando as particularidades e singularidades das pessoas específicas com as quais vão atuar.

Em Minas Gerais o hábito alimentar é característico, com as quitandas, doces, carnes gordurosos, muita gordura no cozimento dos alimentos, excesso de carboidratos. A boa prosa com os amigos sempre acompanhada de uma boa comida configura-se como um fator de risco para o aparecimento da DM. Em nossa área de abrangência ainda temos a pouca oferta de

possibilidades de lazer, o que torna mais propício ainda o hábito de uma comidinha nas horas vagas. Esta situação, por si só, configura-se como uma grande dificuldade no enfrentamento da diabetes. Portanto é um dos pontos que merecem atenção ao propormos um plano de intervenção.

Um dos maiores agravos que a DM pode trazer na vida de uma pessoa são as consequências orgânicas que surgem como complicações de um quadro de diabetes mal cuidada, dentre elas a insuficiência renal, a amputação de membros inferiores, a cegueira e as doenças cardiovasculares, o que aumenta consideravelmente a seriedade desta doença. Conhecer, o quanto antes possível, e ter consciência do que é a doença, o que ela pode causar e o que o autocuidado pode ajudar a prevenir, contribui para a detecção precoce da doença e para a redução da velocidade de instalação das complicações crônicas (PEREIRA *et al.*, 2012).

As estratégias para o enfrentamento da doença devem, necessariamente, incluir: mudança nos hábitos alimentares com controle da dieta, atividade física regular, habilidades para o autocuidado, conhecimento acerca da doença.

Morais *et al.* (2009) apontam para a necessidade da equipe de saúde organizar as ações de educação em saúde para os pacientes diabéticos, apontando dois temas prioritários: primeiro o estímulo ao autocuidado e a adoção das medidas de controle e prevenção das complicações clínicas, pelos próprios pacientes. Segundo a necessidade de aumentar o grau de conhecimento sobre a doença e suas complicações crônicas.

Com isso pode-se manter um bom controle glicêmico, e da saúde em geral, obter mudanças no estilo de vida e desenvolvimento de habilidades para o autocuidado, considerando a individualidade de cada um.

O estudo realizado por Pereira *et al.* (2012) através da pedagogia problematizadora/conscientizadora com grupos de pessoas diabéticas concluiu que trata-se de uma abordagem que favorece o conhecimento da doença, estimula uma reflexão sobre a condição de ser diabético e elaborar medidas de autocuidado, o que fica perceptível através da mudança de comportamento, adoção de hábitos saudáveis e prática de atividade física observados após a realização do trabalho. Inclusive estes resultados podem ser considerados como pontos de avaliação dos programas de educação em saúde a serem implantados nas unidades básicas de saúde.

Rodrigues *et al.* (2009) também encontraram, como resultado do estudo realizado, a maioria dos participantes com bom conhecimento de DM e das estratégias necessárias para adesão ao autocuidado, ao explorarem os conhecimentos e atitudes das pessoas com diabetes

participantes do programa educativo para o autocuidado em diabetes proposto pelos pesquisadores.

Estudo de Silva, Costa e Firmino (2008) corroboram a importância e eficácia das ações de educação em saúde para o manejo da diabetes e ressalta a importância de constante avaliação do significado dos projetos de intervenção em DM baseados em práticas de educação em saúde para as pessoas com diabetes. Outro ponto que precisa de permanente atenção é a participação e prontidão para o aprendizado por parte dos pacientes e também da equipe de saúde que atua nestes projetos.

## **5.2 Educação em saúde para diabéticos, incentivando o autocuidado na Atenção Primária em Saúde.**

No campo da saúde pública o diabetes tem se configurado como um grande problema tanto em termos econômicos quanto sociais, cujas ações em prevenção ainda têm sido um grande desafio para as equipes de saúde, sobretudo na atenção básica. Encontrar mecanismos para abordar a multifatorialidade que esta doença abarca não tem sido tarefa fácil (PEREIRA *et al.* 2012).

Educação em saúde faz parte da natureza das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, uma vez que a prioridade da estratégia é a promoção de saúde, prevenção de doenças e de agravos às condições de saúde da população.

São pontos de partida para ações educativas sobre a doença: o conhecimento acerca da DM, suas principais complicações, fatores de risco, formas de prevenção e autocuidado Tanto os pacientes, como os profissionais de saúde e os familiares precisam estar bem informados, uma vez que a abordagem é multifatorial, incluindo a mudança de hábitos, que necessariamente precisam ser apoiados por todos que convivem com a pessoa diabética. (MORAIS *et al.*, 2009).

No caso da DM, o apoio e orientação para o autocuidado, as ações visando aumentar o nível de conhecimento acerca da doença e a mudança de hábitos como a diminuição do tabagismo ou do sedentarismo são ações primordiais de educação em saúde (ALMEIDA *et al.*, 2014).

A educação em saúde tem um lugar de destaque e de suma importância nas ações relacionadas ao diabetes realizadas no nível da atenção básica em saúde. O termo educação em saúde vem sendo considerado, através de vários estudos, como uma estratégia eficaz para abordar o problema da diabetes. Ao preparar a pessoa para o seu autocuidado através do



conhecimento, a educação em saúde proporciona uma nova atitude de enfrentamento da doença, gerando uma mudança de comportamento com incorporação de novos hábitos de vida, adesão ao tratamento, prática regular de atividades físicas, controle da glicemia, entre outros. A autoconsciência da doença e dos riscos de agravos à saúde que ela carrega possibilita um manejo diferente e uma autoresponsabilidade por parte da pessoa com DM (RODRIGUES *et al.*, 2009).

A conscientização dos profissionais da saúde e da comunidade em geral acerca da importância da prevenção, bem como do grau de conhecimento acerca das características e dos agravos desta doença, colaboram para um aumento na adesão ao tratamento, minimizando os riscos de possíveis complicações crônicas causadas pela DM (MORAIS *et al.*, 2009).

Em educação para a saúde, todo aprendizado precisa ser significativo, senão corre-se o risco de ser percebido como simples repassar de ordens de um manual (ALMEIDA *et al.*, 2014).

Assim, a capacidade da USF de orientar os pacientes diabéticos para o autocuidado está relacionada com o desenvolvimento de ações que permitam a essas pessoas ter a capacidade de gerenciar a sua doença crônica, através de escolhas conscientes, do reconhecimento de seus problemas de saúde e da sua responsabilidade pelo cuidado do seu corpo doente e em atender suas reais necessidades (ALMEIDA *et al.*, 2014).

A mudança de hábitos e de estilo de vida é considerada uma das estratégias mais importantes tanto para a prevenção como para o tratamento de doenças crônicas como a DM. Quanto mais precoce for o início de um trabalho que estimule as pessoas a praticar exercícios e se alimentarem de maneira saudável maiores as chances de um resultado positivo. (ALMEIDA *et al.*, 2014).

Uma vez que a pessoa está mais comprometida com o seu tratamento, possui mais conhecimento e domínio das ações que deve tomar em seu cotidiano, há uma diminuição do estresse que a doença impõe, há uma maior e melhor receptividade ao tratamento proposto, aceitação e naturalidade ao lidar com a doença. A doença passa a ser vista não mais como um entrave à qualidade de vida, pelo contrário, os cuidados passam a ter centralidade e são tidos como promotores desta mesma qualidade de vida (RODRIGUES *et al.*, 2009).

Ortiz e Zanetti (2000) realizaram um estudo em uma instituição de ensino superior com o objetivo de fornecer subsídios para o planejamento de ações que pudessem promover estilos de vida saudáveis, com o fim de prevenir o aparecimento da DM. Concluíram que a obesidade, o estresse e a inatividade física foram os itens que merecem mais atenção dentre os fatores de risco prevalentes naquela população.

### 5.3 Métodos de educação em saúde para pacientes diabéticos

As práticas educativas no campo da atenção básica em saúde, especificamente direcionadas ao paciente diabético, têm o foco central no desenvolvimento da capacidade de autocuidado e prevenção de agravos à saúde.

As atividades em grupo tem demonstrado ser uma importante estratégia de conscientização e troca de experiências. Qualquer método que se utilize para abordar o problema da diabetes precisa ter como alicerce alguns pressupostos: as escolhas conscientes dos usuários, considerando-se os saberes populares, devem ser fundamentadas em uma visão totalizante do indivíduo considerando os aspectos biopsicossociais e a realidade de vida de cada população; sair da centralidade nos problemas e extrapolar para discussões sobre promoção de saúde, bem estar e qualidade de vida (ALMEIDA *et al.*, 2014).

Diversos estudos comprovam que a educação em saúde deve ser parte integrante de todo tratamento de pacientes com DM. As ações educativas requerem tempo, espaço, planejamento, materiais didáticos e profissionais capacitados. Há diversas maneiras de realizar atividades educativas em DM, tais como dinâmicas de grupos, folhetos informativos, palestras para a população carente, colônias de fim de semana, dentre outras (MAIA e ARAÚJO, 2002).

No cotidiano do nosso trabalho percebemos que os profissionais da USF precisam estar capacitados sobre os aspectos técnicos da DM, mas também sobre aspectos como mobilização social, manejo de atividades grupais, elaboração, acompanhamento e avaliação das ações que desenvolvem para que as estratégias possam ser duradouras e resolutivas.

Maia e Araújo (2002) descrevem o projeto educacional "*Diabetes Weekend*" como sendo "uma oportunidade para o diabético aprender a conviver com sua doença harmoniosamente, na busca de uma melhor qualidade de vida, aprendendo a lidar com as complicações agudas e evitar as complicações crônicas da doença".

Em estudo de revisão integrativa da literatura, Borba *et al* (2012) descrevem que as ações educativas em saúde devem se basear em alguns pontos chave: ter como objetivo a promoção de práticas saudáveis e buscar a manutenção da saúde; contar com a participação da família como fator contributivo para o apoio e facilitação da adesão à terapêutica; compreender que o cuidado é um referencial teórico e filosófico para as ações propostas; mudança no modelo de prática educativa, excluindo a metodologia pedagógica autoritária, reflexo do modelo sanitarista e inserindo práticas construtivistas, dialógicas,

problematizadora/conscientizadora, onde os saberes de todos os participantes são importantes na construção de uma nova forma de agir diante da DM.

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

### PRIMEIRO PASSO: IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS

Após a análise com a equipe foram identificados vários problemas em nossa área de abrangência que está afetando os nossos pacientes. Encontram-se a DM, Hipertensão Arterial Sistêmica, sedentarismo e obesidade, uso indiscriminado de benzodiazepínicos, alto número de pacientes alcoólatras e fumantes. Foram analisadas as causas e consequências de cada problema encontrado de forma geral, mas a equipe destacou o alto número de pacientes diabéticos e hipertensos descontrolados, principalmente idosos, seja por estilos de vidas inadequados, desconhecimentos sobre as características da doença e as complicações ou a deficiente informação recebida por parte dos profissionais de saúde acrescentando-se também o uso de álcool.

### SEGUNDO PASSO: PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

Quadro 1: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da equipe Boa Vereda- Bom Repouso- MG 2015

<b>PRINCIPAIS PROBLEMAS</b>	<b>IMPORTÂNCIA</b>	<b>URGÊNCIA</b> *	<b>CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO</b>	<b>SELEÇÃO</b>
Alta incidência de diabetes mellitus	Alta	8	Parcial	1
Alta incidência de hipertensão arterial sistêmica	Alta	7	Parcial	2
Sedentarismo e obesidade	Alta	5	Parcial	4
Uso indiscriminado de benzodiazepínicos	Alta	6	Parcial	3
Alcoolismo e tabagismo	Alta	4	Parcial	5

### TERCEIRO PASSO: DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

O problema de saúde principal e objeto deste estudo, a DM, foi eleito a partir de um estudo da incidência dos problemas de saúde na USF Nova Vereda, conforme demonstrado a seguir.

Quadro 2: Descritores do problema Alta incidência de DM

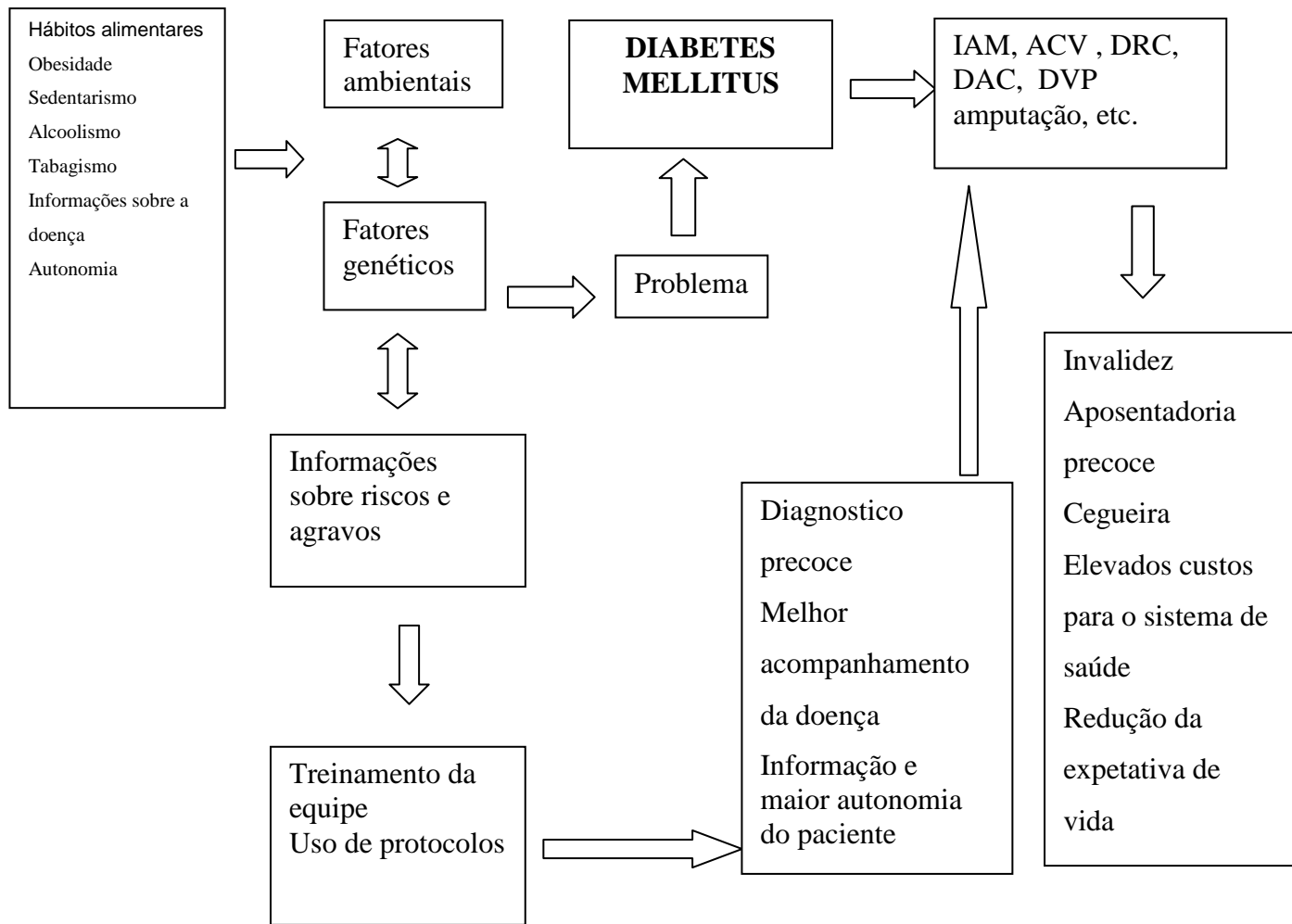
DESCRITORES	VALORES	FONTE
Obesidade e/ou sobrepeso	52	Registro da equipe
Portadores de hiperlipidemias	13	Registro da equipe
Sedentários	14	Registro da equipe
Tabagistas	21	Registro da equipe
Genética	5	Registro da equipe
Alcoólatras	3	Registro da equipe
Internações por DM	21	Registro da equipe

### QUARTO PASSO: EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

A DM é uma doença crônica não transmissível e constitui um dos principais problemas em saúde pública no mundo e em minha área de abrangência, com prevalência crescente. O DM está relacionado a importante queda na qualidade de vida e, sem dúvida, representa um desafio entre os problemas de saúde no século 21. As complicações decorrentes da doença como doença arterial coronária, acidente vascular cerebral (AVC), neuropatia diabética, amputação e cegueira, relacionam-se a elevados custos para o sistema de saúde, bem como a elevada morbimortalidade, a redução da expectativa de vida, a perda de produtividade no trabalho e a aposentadoria precoce.

Entre os fatores de risco para a DM destacam-se a dieta inadequada, o sedentarismo, a obesidade, e o tabagismo os quais são modificáveis, além disso, também temos os fatores não modificáveis como os genéticos, a HAS, etnias como japoneses e índios. O planteado anteriormente resume-se na figura 1.

Figura 1: Arvore explicativa do problema Alta Incidência de Diabetes Mellitus



## **QUINTO PASSO: IDENTIFICAÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS**

Estilos de vida inadequados. A maioria dos pacientes que tem DM não tem alimentação saudável, não fazem nenhum tipo de exercício físico, muitos bebem álcool, são fumantes, tem uma vida sedentária, e gostam de tomar medicamentos para dormir e esquecem de tomar o comprimido de sua doença.

Desconhecimento que tem os pacientes sobre as características de sua doença crônica e as complicações.

Escasso conhecimento desenvolvido por uma parte dos profissionais da área de saúde do município para enfrentar a DM.

Falta de distração da população para ocupar seu tempo livre, a cidade possui vários bares e um Clube, que estimula o consumo de bebidas alcoólicas.

## SEXTO PASSO: DESENHO DAS OPERAÇÕES

No quadro abaixo apresenta-se os resultados do planejamento das ações partindo da definição dos nós críticos e demonstrando um desenho das operações e projetos a serem desenvolvidos.

Quadro 3: Desenho de operações para os nós críticos no problema da alta incidência de pacientes diabéticos.

<b>NÓS CRÍTICOS</b>	<b>OPERAÇÕES/ PROJETO</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>PRODUTOS</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS</b>
Estilos de vida inadequados	<b>MAIS SAÚDE</b> Modificar hábitos e estilos de vida	Diminuir em até 20% obesos, tabagistas e sedentários.	Programa de educação para a saúde na rádio local, escolas e centros de saúde	Organizacional-local para o desenvolvimento das campanhas profissionais Cognitivo-estratégias para capacitação dos pacientes Político-Ajuda política para espaço na rádio Financeiro-ajuda na compra de materiais, audiovisuais, folhetos etc.
Desconhecimento dos pacientes sobre as características e complicações de sua doença crônica	<b>APRENDER SAÚDE</b> Aumentar o nível de conhecimentos em pacientes diabéticos sobre as características e complicações de sua doença	Diminuir a incidência de diabéticos e as complicações	Campanha educativa nas escolas e centros de saúde a todos os pacientes que sofrem DM	Financeiro- recursos financeiros para a confecção dos materiais Organizacional-recurso humano para o desenvolvimento da campanha Cognitivo-para elaboração e gestão das campanhas
Escasso conhecimento desenvolvido por parte dos profissionais da saúde da área de saúde	<b>CUIDAR MELHOR</b> Aumentar o nível de conhecimento dos profissionais da saúde da área de saúde	Melhorar a qualidade do atendimento Orientar melhor aos pacientes sobre sua doença e saber reconhecer as complicações em eles	Cursos de capacitação dos profissionais da área de saúde Reuniões semanais Discussões em grupo	Organizacional-Recrutamento do pessoal Financeiro - recursos financeiros para o desenvolvimento dos cursos Político- apoio para fomentar as propostas feitas. Cognitivo-para o desenvolvimento dos cursos
Falta de distração para ocupar o	<b>VIVER MELHOR</b> Aumentar a	Conhecer como ocupar o tempo livre	Campanhas educativas	Financeiro-recursos financeiros para a compra de materiais



tempo livre	motivação das pessoas de participar em atividades saudáveis Fomentar a cultura das pessoas	sem necessidade de beber álcool Diminuir 20% dos alcoólatras	na rádio local, escolas e centros de saúde Criar grupos de dança, adulto maior, crochêiras , incentivar as visitas a bibliotecas etc	Político- apoio das distintas instituições da cidade Organizacional-recrutamento do pessoal e local Cognitivo-elaboração da gestão dos grupos
-------------	---	---	--	---

### SÉTIMO PASSO: IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS.

Nossa equipe identificou os recursos críticos para as operações propostas, os quais se encontram resumidos no quadro 4.

Quadro 4: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos no críticos do problema alta incidência de pacientes diabéticos.

<b>OPERAÇÃO/PROJETO</b>	
Mais Saúde	Políticos-conseguir espaço na rádio local Financeiro-para aquisição de médios audiovisuais, folhetos educativos etc
Aprender Saúde	Político- articulação intersetorial
Cuidar Melhor	Político- articulação entre os setores da saúde e adesão aos profissionais Financeiros-recursos necessários para capacitar ao pessoal
Viver Melhor	Político-articulação intersetorial e aprovação do projeto Financeiro-financiamento do projeto Organizacional-mobilização social em torno das formas de ocupar o tempo livre

### OITAVO PASSO: ANÁLISE DE VIABILIDADE DO PLANO E ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO

Para analisar a viabilidade das propostas de intervenção foi elaborado, dentro do planejamento estratégico, as formas de controlar as ações bem como a descrição dos recursos necessários para viabilizar as ações, conforme o quadro abaixo.

Quadro 5: Propostas de ações para motivação dos atores

<b>OPERAÇÕES/ PROJETO</b>	<b>RECURSOS CRÍTICOS</b>	<b>CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS</b>		<b>AÇÕES ESTRATÉGICAS</b>
Modificar hábitos e estilos de vida	Organizacional-local para o desenvolvimento das campanhas profissionais Político-ajuda para espaço na radio Financeiros-recursos para ajudar na compra de materiais	Secretaria de saúde  Prefeito	Favorável  Indiferente	Elaborar e demonstrar o projeto
<b>APRENDER SAÚDE</b> Desconhecimento dos pacientes sobre as características e complicações de sua doença crônica	Financeiro-recurso para a elaboração dos materiais Cognitivo-para elaboração e gestão das campanhas Organizacional-recurso humano para o desenvolvimento da campanha	Secretaria de saúde  Prefeito	Favorável  Indiferente	Elaborar e demonstrar o projeto
<b>CUIDAR MELHOR</b> Escasso conhecimento desenvolvido por parte dos profissionais da saúde da área de saúde	Organizacional-recrutamento do pessoal Político- apoio das propostas feitas Financeiro-recursos financeiros para o desenvolvimento dos cursos	Prefeito  Secretaria de saúde  Coordenadora	Favoravel  Favoravel  Favoravel	
<b>VIVER MELHOR</b> Falta de distração para ocupar o tempo livre	Financeiros-recursos financeiros para a compra de materiais Político-apoio das distintas instituições da cidade Organizacional-recrutamento do pessoal e local Cognitivo- elaboração da gestão dos grupos	Prefeito  associações de barros  Coordenadora	Indiferente  Favorável  Favorável	Elaborar e demonstrar o projeto

## 9º PASSO. ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO

Na elaboração do plano operativo foi elaborado um quadro descritivo que retrata de forma objetiva todas as ações a serem desenvolvidas, sendo nomeados os responsáveis pela execução de cada passo, como demonstra o quadro a seguir.

Quadro 6 : ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO

<b>OPERAÇÕES</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>ENDEMIAS E EPIDEMIAS ADULTAS</b>	<b>AÇÕES ESTRATÉGICAS</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>PRAZO</b>
<b>MAIS SAÚDE</b> Modificar hábitos e estilos de vida	Diminuir até 20% obesos, tabagistas e sedentários	Orientação por meio da rádio local, escolas e centros de saúde	Elaborar e demonstrar o projeto	Nancy e Elaine	6 a 12 meses
<b>APRENDER SAÚDE</b> Desconhecimento dos pacientes, das características e complicações de sua doença crônica	Aumentar o nível de conhecimentos em pacientes diabéticos sobre as características e complicações de sua doença	Campanhas educacionais em escolas e no interior do PSF	Elaborar e demonstrar o projeto	Elaine e Priscila	3 a 6 meses
<b>CUIDAR MELHOR</b> Escasso conhecimento desenvolvido por parte dos profissionais da área de saúde	Aumentar o nível de conhecimentos dos profissionais de saúde da área de saúde	Reuniões semanais Capacitação dos profissionais Discussões em grupo		Talita	3 a 6 meses
<b>VIVER MELHOR</b> Falta de distração para ocupar o tempo livre	Aumentar a motivação das pessoas de participar em atividades saudáveis Fomentar a cultura	Incentivar as visitas a bibliotecas, Criação de grupos de dança, adulto maior, oficinas de crochê, Campanhas educativas nas escolas e na rádio local	Elaborar e demonstrar o projeto Apoio das associações dos bairros	Talita	6 a 12 meses

A USF de Boa Vereda em conjunto com os planejadores e executores do plano de ação irão acompanhar a execução das operações no prazo proposto tendo em conta a disponibilidade dos recursos demandados.

A cada mês será feita uma reunião, aonde cada executor irá esclarecer sobre o cumprimento da operação sob sua responsabilidade, justificando o que tem feito até aquele momento e o que não tem conseguido fazer ou cumprir, por falta de algum recurso.

A partir deste relato a equipe irá tratar de resolver o problema com os fatores correspondentes e dependendo do prazo de cumprimento das operações, o responsável será supervisionado. Nos casos de não terem sido cumpridos os resultados esperados serão analisadas as causas e será dado um novo prazo para o total cumprimento e desenvolvimento da operação com sucesso.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho permitiu conhecer melhor a realidade local da USF Boa Vereda e as reais necessidades de intervenções junto aos pacientes com DM à luz das teorias de educação em saúde.

Repensar todos os envolvidos nas atividades propostas, as responsabilidades de cada um, os recursos necessários e, sobretudo, a necessidade de planejamento e uma prática baseada na participação dos usuários e centrada em suas reais necessidades.

Foi possível perceber que as ações de educação em saúde com o paciente diabético precisam ter como objetivo final o desenvolvimento de uma capacidade para o autocuidado, quando o paciente adquire conhecimento e autocritica, tornando-se responsável pelo seu cuidado e, sobretudo, deixando de enxergar apenas a doença diabetes e passando a vislumbrar as possibilidades de ter uma vida saudável e sem agravos à saúde.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. S. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 328-337, jun. 2014, Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000200328&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000200328&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 17 abr. 2016.

BORBA, A. K. O. L; MARQUES, A. P. O; LEAL, M. C. C; RAMOS, R. S. P. S. Práticas educativas em diabetes Mellitus: revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 33,n. 1, p. 169-176, mar. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000100022&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100022&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 16 maio 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades@. Brasília,[online], 2016. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=310790&search=bom-reposu> Acesso em 11 de abr de 2016.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento\\_e\\_avaliacao\\_das\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3)>. Acesso em: em 15 abr. 2016.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. Iniciação à metodologia: textos científicos. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em 10 abr. 2016.

DIÁRIO ELETRÔNICO da Prefeitura Municipal de Bom Repouso 2013-2014- Estratégia de Saúde da Família em Bom Repouso – dados estatísticos. 2013.

Estatística da UBS Boa Vereda, Bom Repouso- MG, 2015.

ISER, B.P.M.; STOPA, S.R.; CHUEIRI, P.S.; SZWARCOWALD, C.L.; MALTA, D.C.; MONTEIRO, H.O.C.; DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I. Prevalência de diabetes auto referido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 305 Brasília, 24(2): 305-314, abr-jun 2015 Disponível em:

<[www.scielo.org/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00305.pdf](http://www.scielo.org/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00305.pdf)>. Acesso em 20 de abr de 2016.

MAIA, F.R., ARAÚJO, L.R.. Projeto "Diabetes Weekend": Proposta de Educação em Diabetes Mellitus Tipo 1. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo , v. 46, n. 5, p. 566-573, out. 2002 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27302002000500011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302002000500011&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 31 maio 2016.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302002000500011>.

MORAIS, G. F. C. SOARES, M. J. G. O.; COSTA, M. M. L; SANTO, I. B. C. O diabético diante do tratamento, fatores de risco e complicações crônicas. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, jun. 2009. Disponível em <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-35522009000200018&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522009000200018&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 20 abr. 2016.

ORTIZ, M C A; ZANETTI, M L. Diabetes Mellitus: fatores de risco em uma instituição de ensino na área da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 8, n. 6, p. 128-132, dez. 2000 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692000000600019&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000600019&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 19 abr. 2016.

PEREIRA, D. A; COSTA, N. M. S. C. C.; SOUZA, A. L. L; JARDIM, P. C. B. V.; ZANINI, C. R.O.. Efeito de intervenção educativa sobre o conhecimento da doença em pacientes com diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 478-485, June 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692012000300008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000300008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 06 mai 3016

RODRIGUES, F. F. L; Zanetti, M. L; SANTOS, M. A; MARTINS, T.A;SOUZA, V.D;TEIXEIRA, C.R.S. Conhecimento e atitudes: componentes para a educação em diabetes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 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](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000400006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 06 mai 3016

SILVA, R. V.; COSTA, P. P.; FERMINO, J. S.. Vivência de educação em saúde: o grupo enquanto proposta de atuação. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 633-644, 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462008000300014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300014&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 10 abr. 2016.