

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MACIELE PEREIRA SANTOS

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA NA ABORDAGEM
DA DIABETES MELLITUS NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
VEREDAS NO MUNICÍPIO DE BURITIS - MINAS GERAIS**

UNAÍ /MINAS GERAIS

2019

MACIELE PEREIRA SANTOS

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA NA ABORDAGEM
DA DIABETES MELLITUS NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
VEREDAS NO MUNICÍPIO DE BURITIS - MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Professora Fernanda Magalhães Duarte Rocha

UNAÍ /MINAS GERAIS

2019

MACIELE PEREIRA SANTOS

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA NA ABORDAGEM
DA DIABETES MELLITUS NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
VEREDAS NO MUNICÍPIO DE BURITIS - MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Professor (a). Fernanda Magalhães Duarte Rocha (orientadora)

Professor (a). Ayla Norma Ferreira Matos

Aprovado em Belo Horizonte, em – de ----- de 2019.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a meus pais que sempre me incentivaram e nunca mediram esforços para que eu me tornasse médica, e a meu esposo Francisco por estar ao meu lado e apoiar sempre. Também a minha tutora que sempre foi muito atenciosa e compreensiva.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que é quem possibilita tudo, cada passo, cada conquista, obrigada Senhor! Depois à equipe da ESF Veredas que me recebeu e acolheu de maneira maravilhosa, sou muito feliz em fazer parte desta equipe, obrigado família por todo apoio de sempre. O meu muito obrigado também à tutora Lucimari, pela atenção e colaboração de sempre.

EPIGRAFE

“A verdadeira felicidade é impossível sem verdadeira saúde, e a verdadeira saúde é impossível sem um rigoroso controle da gula.”

Mahatma Gandhi

RESUMO

O Diabetes Mellitus tem se tornado um problema de saúde cada vez mais prevalente entre a população. A dificuldade dos pacientes em seguir uma dieta correta e adequar a alimentação a sua nova realidade, além da falta de informação, muitas vezes negligenciadas pela própria equipe de saúde, são fatores que tem conduzido a um aumento nos índices de pacientes portadores do diabetes mellitus descompensados. A falta de controle adequado dos valores glicêmicos leva a diversas complicações que, na maioria dos casos, se tornam irreversíveis e reduzem a qualidade de vida do portador de Diabetes. Foi identificado durante o trabalho diário na Estratégia de Saúde da Família Veredas, um número crescente de pacientes que buscam atendimento devido ao Diabetes Mellitus descompensado, o como resultado da falta de informações a respeito da doença e do tratamento. Por isso, este trabalho teve como objetivo elaborar um projeto de intervenção para o problema da priorização do atendimento ambulatorial, em detrimento das atividades educativas e de promoção da saúde, no controle do Diabetes Mellitus, pela equipe de saúde da família Veredas, no município de Buritis. Para tanto foi feita uma revisão de literatura, visando identificar maneiras de abordagem do problema, consequências desta condição e orientações dietéticas voltadas para a mesma. Por meio desta revisão, foi decidido que a melhor estratégia seria a criação de um grupo operativo multidisciplinar, a fim de discutir os principais temas relacionados ao Diabetes. Foi elaborado, então, o plano de Intervenção, que seguiu os passos do Planejamento Estratégico Situacional. Com este trabalho espera-se proporcionar informação a cerca da importância da criação de grupos operativos e disseminação de informações à população, bem como incentivar a equipe a promover e participar dessas atividades educativas.

Palavras-chave: Diabetes mellitus. Estratégia de Saúde da Família. Grupo operativo. Buritis.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus has become an increasingly prevalent health problem among the population. The patients' difficulty in following a correct diet and adjusting their diet to their new reality, in addition to the lack of information, often neglected by the health team itself, are factors that have led to an increase in the rates of patients with decompensated diabetes mellitus . The lack of adequate control of glycemic values leads to several complications that, in most cases, become irreversible and reduce the quality of life of patients with Diabetes. A growing number of patients seeking care due to decompensated Diabetes Mellitus were identified during the daily work in the Veredas Family Health Strategy as a result of a lack of information about the disease and treatment. Therefore, this study aimed to elaborate an intervention project for the problem of prioritizing outpatient care, in detriment of educational activities and health promotion, in the control of Diabetes Mellitus, by the health team of the Veredas family, in the municipality of Buritis. For this purpose, a review of the literature was made, aiming to identify ways of approaching the problem, consequences of this condition and dietary orientations directed towards it. Through this review, it was decided that the best strategy would be to create a multidisciplinary task force to discuss the main issues related to Diabetes. The intervention plan was then elaborated, which followed the steps of Situational Strategic Planning. With this work we hope to provide information about the importance of the creation of operative groups and dissemination of information to the population, as well as to encourage the team to promote and participate in these educational activities.

Key words: Diabetes mellitus. Family Health Strategy. Operative group. Buritis.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária a saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SISAB	Sistema de Informação de Saúde da Atenção Básica

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Veredas, Unidade Básica de Saúde Veredas, município de Buritis, estado de Minas Gerais. 19
- Quadro 2 - Critérios laboratoriais para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e DM,3 adotados pela SBD. 26
- Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Priorização do atendimento ambulatorial, em detrimento das atividades educativas e de promoção da saúde, no controle do Diabetes Mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Veredas, do município Buritis, estado de Minas Gerais 31
- Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Priorização do atendimento ambulatorial, em detrimento das atividades educativas e de promoção da saúde, no controle do Diabetes Mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Veredas, do município Buritis, estado de Minas Gerais 32
- Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Priorização do atendimento ambulatorial, em detrimento das atividades educativas e de promoção da saúde, no controle do Diabetes Mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Veredas, do município Buritis, estado de Minas Gerais 33

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais do município	12
1.2 Aspectos da comunidade	12
1.3 O sistema municipal de saúde	13
1.4 A Unidade Básica de Saúde Veredas.....	15
1.5 A Equipe de Saúde da Família Veredas	15
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Veredas.....	16
1.7 O dia a dia da equipe Veredas	16
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	17
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção.....	18
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo geral	21
3.2 Objetivos específicos	21
4 METODOLOGIA.....	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	23
5.1 Diabetes Mellitus.....	23
5.2 A importância da implantação de grupos operativos no controle de doenças	crônicas
.....	26
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	28
6.1 Descrição do problema selecionado.....	28
6.2 Explicação do problema.....	29
6.3 Seleção dos nós críticos.....	30
6.4 Desenho das operações.....	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35

INTRODUÇÃO

A Unidade de Saúde da Família Veredas atende parte da zona urbana da cidade de Buritis, Minas Gerais. O número de pessoas adscritas gira em torno de 4.107, número que não é exato devido a problemas com os registros feitos no prontuário eletrônico (SISAB, 2017). A agenda da equipe está dividida da seguinte maneira: segunda – feira: atendimento de pacientes agendados e demanda livre no período da manhã e da tarde, sendo 12 agendados e 3 urgências, além do acolhimento da demanda; Na terça – feira: visita domiciliar pela manhã, em média 7 a 9 visitas, e pela tarde consulta de agendados e livre demanda; Na quarta – feira é realizado pré – natal pela manhã e consultas agendadas e livre demanda pela tarde; Na quinta–feira pela é feita a consulta de agendados e livre demanda; A sexta–feira é o dia reservado para as atividades da especialização. Como se pode observar, não há dias ou horários disponíveis para grupos operativos, reuniões de equipe, educação continuada, e outras atividades educativas, há somente atendimento ambulatorial, o que tem se tornado um problema gradativo.

A parte educativa, de prevenção e promoção da saúde, é extremamente necessária, já que resultam em redução de índices, melhoria do quadro de adoecimento geral, padecimento de doenças crônicas e prevenção de suas complicações. Devido a esse panorama, o seguinte problema foi selecionado: Priorização do atendimento ambulatorial, em detrimento das atividades educativas e de promoção da saúde, no controle do Diabetes Mellitus. É sabido que o paciente ter conhecimento de sua condição contribui significativamente para que este se preocupe e se responsabilize por seu cuidado, para tanto, a equipe deve buscar atividades que levem a eles tal conhecimento.

1.1 Aspectos gerais do município

Buritis é um município brasileiro do estado de Minas Gerais. Situa-se, na divisa com Goiás, e está a 240 km de Brasília – DF. Encontra-se na Mesorregião do Noroeste de Minas, mais precisamente na Microrregião de Unaí. Sua população estimada em 2013 era de 23. 979 habitantes (IBGE, 2013). É dividido em 11 bairros: Centro, Canaã, Veredas, Taboquinha, São João, Israel Pinheiro, Jardim, Planalto, Ipês, Ipê 2 e Residencial extrema. Divide-se também em três distritos: Buritis, São

Pedro do Passa Três e Serra Bonita, além de diversas vilas e pequenos povoados, tais como: Vila Cordeiro, Vila Rosa, Vila Maravilha, Vila São Vicente, Copago, Vila Serrana e Vila Palmeira, e a zona rural, composta por fazendas, sítios e chácaras. (IBGE, 2017).

Buritis é o quarto maior produtor de grãos do estado de Minas Gerais e a economia local tem por base a agricultura, a pecuária de corte e de leite, comércio local e pequenas indústrias. (IBGE, 2017).

Na área da saúde, possui atendimento de urgência e emergência, porém não há estrutura hospitalar municipal, contando, no atendimento de segundo nível com pactuação, com um hospital particular que existe no município. Adotou a estratégia de saúde da família há 22 anos, que sustenta a organização do setor de saúde local. Atualmente, conta com 8 equipes, entre zonas urbana e rural, cobrindo 75% da população. Os profissionais inseridos na ESF não contam com estabilidade no trabalho, o que resulta uma grande rotatividade e dificuldade na longitudinalidade da assistência. (IBGE, 2017).

1.2 Aspectos da comunidade

O bairro Veredas se situa a esquerda da entrada da cidade e existe desde o surgimento de Buritis. Recebeu este nome por se situar em uma área da cidade que possui uma grande Vereda, que antigamente era farta em peixes e contribuía para a alimentação da população local, no entanto, atualmente, é uma área que está poluída em grande parte e com considerável assoreamento. Contudo, ainda existem hortas em suas redondezas que são irrigadas com as águas da Vereda. Atualmente, possui aproximadamente 4.107 habitantes, número que não contempla a realidade, pois os dados cadastrais não contam com uma atualização correta no sistema eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde. Em sua grande maioria, a população residente é de classe média baixa. Possui serviços de coleta de lixo e esgoto sanitário em 100% de sua área. Nos apoios sociais, conta com: uma escola estadual, uma igreja católica, uma igreja evangélica e duas casas espíritas. Não possui creche, sindicatos, associação de moradores ou opções de lazer.

1.3 O sistema municipal de saúde

O financiamento da saúde de Buritis recebe em transferências o valor de R\$ 47.611.234,23, sendo de recursos próprios utilizados em torno de R\$ 5.108.880,10. O gasto per capita/ano é de R\$ 598,99. (DATASUS, 2017)

A rede de serviços está formada e disposta da seguinte maneira:

- **ATENÇÃO PRIMÁRIA:** 8 unidades de Estratégia de Saúde da Família em funcionamento.
- **ATENÇÃO ESPECIALIZADA:** atendimento em média quinzenal de neurologia, pediatria, ginecologia, urologia, otorrinolaringologia, oftalmologia e ortopedia.
- **ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:** uma unidade Mista de Saúde equipada para os atendimentos de urgência e emergência e regulação de pacientes para as cidades polo de atendimento especializado que o município não conta.
- **ATENÇÃO HOSPITALAR:** o município não conta com hospital próprio, este tipo de atendimento é realizado por meio de convênio do Hospital São Lucas, que é particular, com o SUS.
- **APOIO DIAGNÓSTICO:** laboratório municipal que atende de segunda a sexta-feira, e em regime de plantão na Unidade Mista de Saúde até as 22:00, diariamente. Conta com radiografia realizada de segunda a sexta-feira, com agendamentos, e diariamente para urgências, e ultrassonografia realizada em média a cada 15 dias e, nos casos urgentes, todos os dias.
- **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA:** farmácia municipal que atende de segunda a sexta – feira em horário comercial.
- **VIGILÂNCIA DA SAÚDE:** possui um centro, onde se concentra a vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, endemias e zoonoses.
- **RELAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO:** trabalham em total harmonia por meio de seus coordenadores que promovem uma excelente integração dos serviços.
- **RELAÇÃO COM OUTROS MUNICÍPIOS:** possui pactuação com os municípios de Unaí, Patos de Minas, Paracatu e Distrito Federal, que por meio da central de regulação encaminha os pacientes de acordo com a necessidade e gravidade dos casos.

- CONSÓRCIO DE SAÚDE: Convales.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Veredas

A ESF Veredas, foi inaugurada há cerca de 15 anos, 6 anos após o início da Estratégia de Saúde da Família no município de Buritis. Está situada em área central do bairro. Funciona em uma casa alugada, que foi adaptada para contemplar às necessidades de funcionamento da ESF. É uma casa de estrutura razoável, bem conservada, porém é inadequada para a demanda de mais de 4 mil habitantes adscritos nesta unidade.

A unidade possui uma área que é bem aproveitada, porém o grande empecilho é a falta de uma área para atividades educativas, já que o local de espera dos pacientes é na área externa da casa e em alguns momentos do dia há sol nas laterais da casa, o que dificulta a realização de atividades, principalmente se há uma quantidade maior de participantes.

A unidade possui uma recepção, que é uma área pequena, sala de enfermagem, consultório médico, sala de vacina, sala de curativo e observação, banheiro de funcionários, banheiro de pacientes, cozinha e sala de agentes comunitários de saúde. De maneira geral, o espaço é bem utilizado e consegue suprir o básico para a realização do trabalho diário.

São realizados procedimentos gerais e minimamente invasivos, conta com equipamentos adequados para a realização destes, não em número suficiente, mas o mínimo para atender a população de forma adequada e razoavelmente satisfatória.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Veredas

A Equipe Veredas é formada pelos profissionais apresentados a seguir:

Adeane Alves Siqueira Cardoso, 31 anos, agente comunitária de saúde da microárea 72, que possui 208 famílias cadastradas.

Euzinete D Abadia Dos Reis Amorim, 35 anos, agente comunitária de saúde, atua na microárea 73, que tem 207 famílias cadastradas.

Cláudia Carneiro Ornelas, 42 anos, agente comunitária de saúde, atua na microárea 75, que tem 205 famílias cadastradas.

Ana Alice Rodrigues de Jesus, 20 anos, agente comunitária de saúde. Atua na microárea 74, que tem 205 famílias cadastradas.

Dileusa De Paula Medeiros, 36 anos, é agente comunitária de saúde. Atua na microárea 71, que tem 205 famílias cadastradas.

Ivódia Rodrigues de Aquino, 33 anos, é recepcionista. Atua na ESF a três anos.

Luciana Dias Rodrigues, 29 anos, é técnica de enfermagem. Compõe a equipe a 2 meses.

Maysa Iwender Cunha, 28 anos, enfermeira. Atua na equipe Veredas há sete meses, antes atuava em uma equipe de zona rural.

Maciele Pereira Santos, 33 anos, médica. Atua na equipe Veredas há sete meses.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Veredas

A Unidade de Saúde funciona de segunda a sexta – feira das 07:30 às 11:30h e das 13:30 às 17:30h.

1.7 O dia a dia da equipe Veredas

A ESF possui uma grande demanda diária de atendimentos, principalmente relacionados às consultas médicas agendadas, urgências e vacinas. Há um cronograma semanal para enfermeiro, médico e para os agentes comunitários de saúde (ACS), que contempla um tipo de atividade a cada dia, buscando englobar todas as necessidades, no caso do médico consultas, visita domiciliar, atendimento pré-natal, puericultura, hipertensos e diabéticos. Para a enfermeira, tem, além dos citados, o dia para coleta de exame preventivo de câncer de colo uterino e abertura de resultados, e para os ACS há um cronograma organizado para momentos de atualização de dados e organização de prontuários.

Vinculado à ESF Veredas está o grupo operativo de atividade visita ministrado pela educadora física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que acontece de segunda a sexta-feira das 07 às 08 da manhã, ademais, os outros profissionais do NASF que atuam na ESF são: uma assistente social, uma psicóloga e uma

fisioterapeuta, sendo que todos realizam atividades uma vez por semana. Infelizmente não contamos com mais grupos operativos atualmente, devido a grande demanda de atendimento e pouca aceitação da população a temática dos grupos. A ESF conta também com uma equipe de saúde bucal, no entanto, esta não atende na unidade por falta de espaço físico, atende em um centro especializado de odontologia do município.

A ESF possui contato direto com a Unidade Mista de Saúde para solicitação de ambulâncias e referência de pacientes para atendimentos de urgência, além de contato direto com o Hospital São Lucas que é conveniado ao município para encaminhamento de pacientes em estados que necessitam internação hospitalar.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.

Durante a exploração para desenvolvimento do diagnóstico situacional, pude evidenciar os seguintes problemas:

1. Falta de hospital municipal;
2. Falta de investimentos em infraestrutura, que não atende totalmente às necessidades;
3. Grande rotatividade de profissionais do setor de saúde.
4. Necessidade de quantidade maior de número de ultrassons disponíveis.
5. Número de especialistas não consegue suprir a demanda.
6. Falta de estrutura própria de 2 das unidades de saúde da família.
7. Falta de capacitação periódica dos profissionais inseridos nas ESF;
8. Baixo quantitativo de medicamentos disponíveis na Farmácia Básica Municipal;
9. Falta de cobertura odontológica para todas as ESF;
10. Falta de consultório odontológico nas ESF que não possuem unidade própria.
11. Falta de agenda da ESF que contemple reuniões de equipe periódicas;
12. Falta de agenda da ESF que contemple ações educativas e grupos operativos;
13. Priorização do atendimento ambulatorial, em detrimento das atividades educativas e de promoção da saúde, no controle do Diabetes Mellitus.
14. Não educação da população da área para o que é a Estratégia de Saúde da Família e no que está baseada sua atuação.

15. Problemas com a utilização do prontuário eletrônico que constantemente leva a perda de dados cadastrados e desconhecimento da realidade atual do território por parte da equipe.

16. Recente mudança no território de microáreas em território e ACS, o que acarretou perdas de dados.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção

Em abordagem aos problemas junto a equipe da ESF Veredas, decidimos por priorizar problemas em que influenciavam de maneira negativa neste momento do processo de trabalho.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Veredas, Unidade Básica de Saúde Veredas, município de Buritis, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
1. Falta de estrutura física própria do município para funcionamento da unidade de Saúde.	Alta	5	Fora	5
2. Rotatividade de profissionais do setor de saúde.	Alta	6	Fora	4
3. Capacitação periódica dos profissionais inseridos nas ESF;	Alta	5	Parcial	3
4. Priorização do atendimento ambulatorial, em detrimento das atividades	Alta	9	Parcial	1

educativas e de promoção da saúde, no controle do Diabetes Mellitus.				
5. Falta de agenda que contemple reuniões de equipe e atividades educativas periódicas.	Alta	5	Parcial	2
6. Falta de estrutura física própria do município para funcionamento da unidade de Saúde.	Alta	5	Fora	5

Fonte:

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Durante o desenvolvimento das atividades na Equipe de Saúde Veredas, foram identificados problemas que contribuem para as dificuldades de atendimento e acompanhamento nos diversos grupos de atenção prioritária, como é o caso dos diabéticos, pois na ESF não existem atividades educativas voltadas a esse público, e a agenda da equipe está baseada prioritariamente no atendimento ambulatorial.

Contudo, sabe-se que no SUS, a atenção primária a saúde (APS) tem, dentre outros atributos, a função de porta de entrada dos usuários, coordenação do cuidado, longitudinalidade do atendimento, estabelecimento de vínculo com a população, além dos princípios doutrinários de integralidade, universalidade, equidade e participação social. Sendo assim, é imprescindível que a equipe tenha um horário na agenda para estabelecer de maneira mais apropriada estes atributos (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Durante o trabalho diário, juntamente com os demais profissionais da equipe, foi notado um aumento quantitativo de pacientes portadores da Diabetes Mellitus com valores glicêmicos alterados, sendo identificado o uso incorreto da terapêutica e a falta de hábitos dietéticos saudáveis como os principais fatores que colaboram para este cenário, fatores que são totalmente modificáveis quando se promove a educação da população para o seu quadro de saúde. Logo, o problema priorizado pela equipe diz respeito à priorização do atendimento ambulatorial, em detrimento das atividades educativas e de promoção da saúde, no controle do Diabetes Mellitus, embasado na falta de atividades educativas na ESF, que são ferramentas importantes para o trabalho com portadores de doenças crônicas, no grande número de pacientes portadores de DM2 descompensados, que reflete a falta de estratégias eficientes para lidar com o problema, e no aumento progressivo de sua prevalência, que tem gerado aumento da demanda espontânea por quadros de hiperglicemia.

Dessa forma, buscar estratégias de intervenção para atender esse grupo de pessoas específico é de suma importância para melhorar a qualidade de vida desses indivíduos, bem como reduzir os gastos da saúde pública com a abordagem nas complicações decorrentes dessa morbidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para melhorar a abordagem da Diabetes Mellitus, pela equipe de saúde da família Veredas, no município de Buritis.

3.2 Objetivos específicos

1. Melhorar a prática da educação em saúde pela equipe de trabalho.
2. Elevar o nível de conhecimento dos usuários sobre a diabetes e seu controle através de ações educativas nos grupos de HIPERDIA, considerando os fatores inerentes ao paciente, à doença, à terapêutica e aos serviços de saúde.
3. Melhorar a relação entre equipe de saúde e os usuários para o bem-estar da população e do nosso trabalho.

4 METODOLOGIA

Para elaboração deste projeto, inicialmente, foram definidas as principais dificuldades enfrentadas pela ESF Veredas, por meio do diagnóstico situacional. Para a realização do diagnóstico situacional foi utilizado o método de Estimativa Rápida que possibilitou melhor conhecimento sobre os problemas da área de abrangência da equipe Veredas do município de Buritis. Após realizar este diagnóstico, foi feita a estruturação de um plano de ação, seguindo os passos do Planejamento Estratégico Situacional: identificação dos problemas, priorização dos mesmos, descrição e explicação do problema selecionado, identificação dos “nós críticos” e desenho das operações (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2017).

Para fundamentação teórica deste trabalho foi realizada uma revisão bibliográfica durante todo segundo semestre de 2018, através da busca de informações científicas sobre o tema na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e na Biblioteca Virtual em Saúde, do Ministério da Saúde. A busca foi norteada pelos descritores: Diabetes mellitus, Estratégia de Saúde da Família, Grupo operativo, Buritis. Não foi definido período de publicação.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1. Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus (DM) é definido como um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, que decorre de deficiência na produção, secreção ou na ação da insulina, ou em ambos os mecanismos, e por distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras. Essa elevação persistente da glicemia está associada a complicações crônicas, aumento de morbidade e da taxa de mortalidade e redução da qualidade de vida. Os fatores genéticos, biológicos e ambientais que causam os principais tipos de DM ainda não são completamente conhecidos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

Juntos o DM e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) configuram mais de 50% do diagnóstico primário em pessoas submetidas à diálise com insuficiência renal crônica e são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS). (SCHMIDT et al., 2009; SCHMIDT et al., 2011; ROSA, 2008 apud BRASIL, 2013). As complicações, tanto agudas quanto crônicas, do diabetes causam alta morbimortalidade e resultam em altos custos para os sistemas de saúde. A OMS realizou um estudo que mostrou que os custos governamentais de atenção ao DM podem variar de 2,5% a 15% dos orçamentos de Saúde anuais, e os custos de produção perdidos podem exceder os custos diretos de atenção à saúde, em até cinco vezes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003 apud BRASIL, 2013).

Dentre seus vários tipos, o diabetes mellitus pode ser classificado em: DM Tipo 1, tipo 2 e gestacional. O DM tipo 1 é uma doença autoimune, que advém da destruição das células beta pancreáticas, resultando na completa deficiência na produção da insulina. Corresponde em média a 10% dos casos de DM e é diagnosticada com mais frequência em crianças e adolescentes. Já o tipo 2, corresponde de 90 a 95% de todos os casos de diabetes mellitus, possui etiologia multifatorial, que envolve componentes genéticos, com forte herança familiar, e ambientais, dentre eles: dieta, sedentarismo e obesidade. Na maioria dos casos, a DM tipo 2 afeta indivíduos a partir dos 40 anos de idade e é o principal tipo de diabetes em que pode-se ter uma prevenção eficaz em nível de atenção básica. O diabetes mellitus gestacional é resultado da produção de hormônios

hiperglicemiantes e enzimas que degradam insulina pela placenta, consequentemente há um aumento compensatório na produção insulínica levando a resistência a ela. Trata-se de uma intolerância que se iniciou durante a atual gestação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

O DM pode permanecer assintomático por longo tempo e sua detecção clínica é frequentemente feita, não pelos sintomas, mas pelos seus fatores de risco. São eles: excesso de peso (IMC >25 kg/m²), história de pai ou mãe com diabetes, hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos), história de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg, dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo, exame prévio de HbA1c ≥5,7%, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada, obesidade severa, síndrome de ovários policísticos, história de doença cardiovascular, inatividade física, idade ≥ 45 anos e risco cardiovascular moderado. As pessoas que possuem algum destes fatores de risco para DM devem ser encaminhadas para uma consulta de rastreamento e solicitação do exame de glicemia. Por essa razão, é importante que as equipes de Atenção Básica estejam atentas e tenham conhecimento, não apenas para os sintomas de diabetes, mas principalmente para os fatores que a predispõem (BRASIL, 2013).

Quando presentes, os sinais e sintomas que caracterizam a suspeita de diabetes são os chamados “quatro P’s”: poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso sem explicação. Esses sinais podem estar presentes no DM tipo 2, no entanto são mais agudos no tipo 1, podendo progredir, especialmente na presença de estresse agudo, para desidratação, cetose e acidose metabólica. O início é insidioso no DM tipo 2, e frequentemente a pessoa não apresenta sintomas. A suspeita da doença é feita, não inconstante, pela presença de uma complicação tardia, como proteinúria, retinopatia, neuropatia periférica, doença arteriosclerótica ou por infecções de repetição. Além dos “quatro p’s”, outros elementos clínicos podem levantar a suspeita de DM, como sintomas menos específicos: fadiga, fraqueza e letargia, visão turva, prurido vulvar ou cutâneo, balanopostite, ou complicações crônicas/doenças intercorrentes: proteinúria, neuropatia diabética (câimbras, parestesias e/ou dor nos membros inferiores, mononeuropatia de nervo craniano), retinopatia diabética, catarata, doença arteriosclerótica e infecções de repetição (BRASIL, 2013).

O diagnóstico laboratorial de diabetes deve se basear na detecção da hiperglicemia, através de quatro tipos de exames: glicemia casual, glicemia de jejum,

teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 g em duas horas (TTG) e, em alguns casos, hemoglobina glicada (HbA1c). (BRASIL, 2013). Os valores utilizados como critérios para diagnóstico segundo a sociedade brasileira de diabetes (SBD) estão descritos no seguinte quadro:

Quadro 2 - Critérios laboratoriais para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e DM.

	Glicemia em jejum (mg/dL)	Glicose 2 horas após sobrecarga com 75g de glicose (mg/dL)	Glicose ao acaso	HbA1c (%)
Normoglicemia	<100	<140	-	< 5,7
Pré-Diabetes*	≥100 e <126	≥140 e <200	-	≥ 5,7 e <6,5
Diabetes estabelecido	≥126	≥200	≥200 com sintomas inequívocos de hiperglicemia	≥ 6,5

Fonte: Adaptado de SBD, 2017.

*Pré-diabetes: condição na qual os valores glicêmicos estão acima dos valores de referência considerados normais, mas abaixo dos valores diagnósticos de DM. Possuem maior risco de desenvolver o DM.

A abordagem terapêutica, o monitoramento e o controle da glicemia dos casos detectados, bem como o início do processo de educação em saúde são imprescindíveis para a prevenção de complicações e para manter e garantir a qualidade de vida dos portadores de diabetes (BRASIL, 2013).

O DM vem aumentando sua importância devido sua prevalência crescente, e é considerado como Condição Sensível à Atenção Primária, pois evidências demonstraram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita complicações cardiovascular e cerebrovascular, hospitalizações e mortes. (BRASIL, 2013)

5.2. A importância da implantação de atividades educativas no controle de doenças crônicas

Em 1994, o Ministério da Saúde criou a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o intuito de reformar a atenção básica no país, para melhorar a organização das práticas em saúde (FREITAS; MANDÚ, 2010). A ESF deve informar e conscientizar a população, por meio de estratégias educativas, sobre as várias formas de prevenção contra doenças e agravos, com foco na família, no ambiente físico e social na qual estão inseridos, para que, com isso, a população passe a compreender melhor o processo saúde/doença, gerando uma facilidade maior de assimilação das intervenções propostas, que vão muito além das práticas curativas (BOAS et al., 2008).

Um dos principais atributos da ESF é a promoção em saúde, que se refere às ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, ou seja, aspectos relativos à família, ao trabalho, à cultura e às situações sociais, e que devem ser dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida (FREITAS; MANDÚ, 2010). Dentre as propostas desenvolvidas para efetuar a promoção em saúde está o desenvolvimento de grupos operativos, procedimento desempenhado em conjunto entre os profissionais de saúde e a comunidade, resultando em troca de saberes e experiências (PICHON RIVIÈRE, 2000).

A técnica de grupos operativos é um instrumento eficaz, que tem como objetivo realizar atividades de aprendizagem para as pessoas envolvidas. Dentro de uma Estratégia de Saúde da Família, a realização de grupos operativos é de relevante importância, uma vez que, através da promoção e prevenção da saúde e maior vínculo dos profissionais de saúde com o paciente, se pode chegar a intervenções efetivas através da educação em saúde (GONÇALVES, 2015). A educação em saúde possibilita que profissionais informem à população a respeito dos fatores condicionantes do processo saúde-doença, oferecendo subsídios para a adoção de hábitos de vida mais benéficos à saúde (MENEZES; AVELINO, 2016).

Entre os grupos operativos destaca-se o HIPERDIA, que foi criado com o intuito de monitorar pacientes, portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, cadastrados na unidade e acompanhados pela equipe de Estratégia Saúde da Família. Esse grupo permite que a equipe conheça o perfil epidemiológico da HAS e do DM na população, gerando informações para toda a rede de saúde, e

possibilitando a intervenção dos profissionais para prevenção, diagnóstico e terapêutica das complicações de forma precoce (FERREIRA; FERREIRA, 2009).

Vincular o usuário a uma equipe multidisciplinar, que trabalha na perspectiva da integralidade dos cuidados, é um dos elementos que diferencia a Estratégia de Saúde da Família. Esse vínculo favorece a promoção da saúde e visa maior adesão às ações de controle da pressão arterial e manutenção da qualidade de vida dos usuários (SAITO, 2008).

É importante destacar que a educação em saúde deve fazer parte efetiva das práticas cotidianas da equipe de saúde, por meio de “palestras, visitas domiciliares, reuniões em grupos e atendimento individual, em consultas médicas e de enfermagem, o que favorece a adesão ao tratamento, na medida em que o sujeito é percebido como protagonista do processo” (CARVALHO; CLEMENTINO; PINHO, 2008 *apud* CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014, p.266).

Considerando-se a grande demanda de atendimento da ESF, é fundamental a implantação de atividades educativas, com o objetivo de ensinar a população ali assistida a respeito de mudanças nos hábitos de vida, proporcionando redução nas taxas de doenças crônicas adquiridas e de complicações advindas delas, promoção de saúde, maior vínculo entre comunidade e equipe de saúde, e educação permanente junto à população (GONÇALVES, 2015).

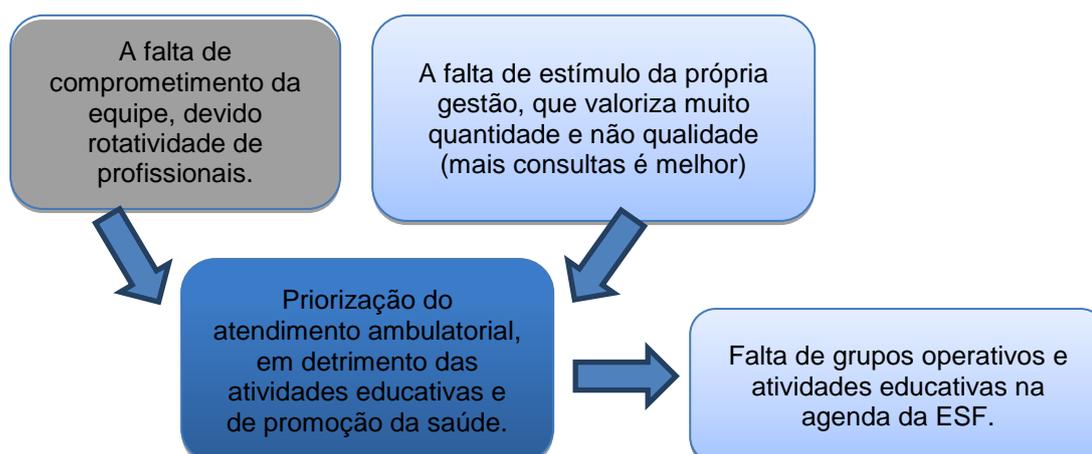
6 PLANO DE INTERVENÇÃO

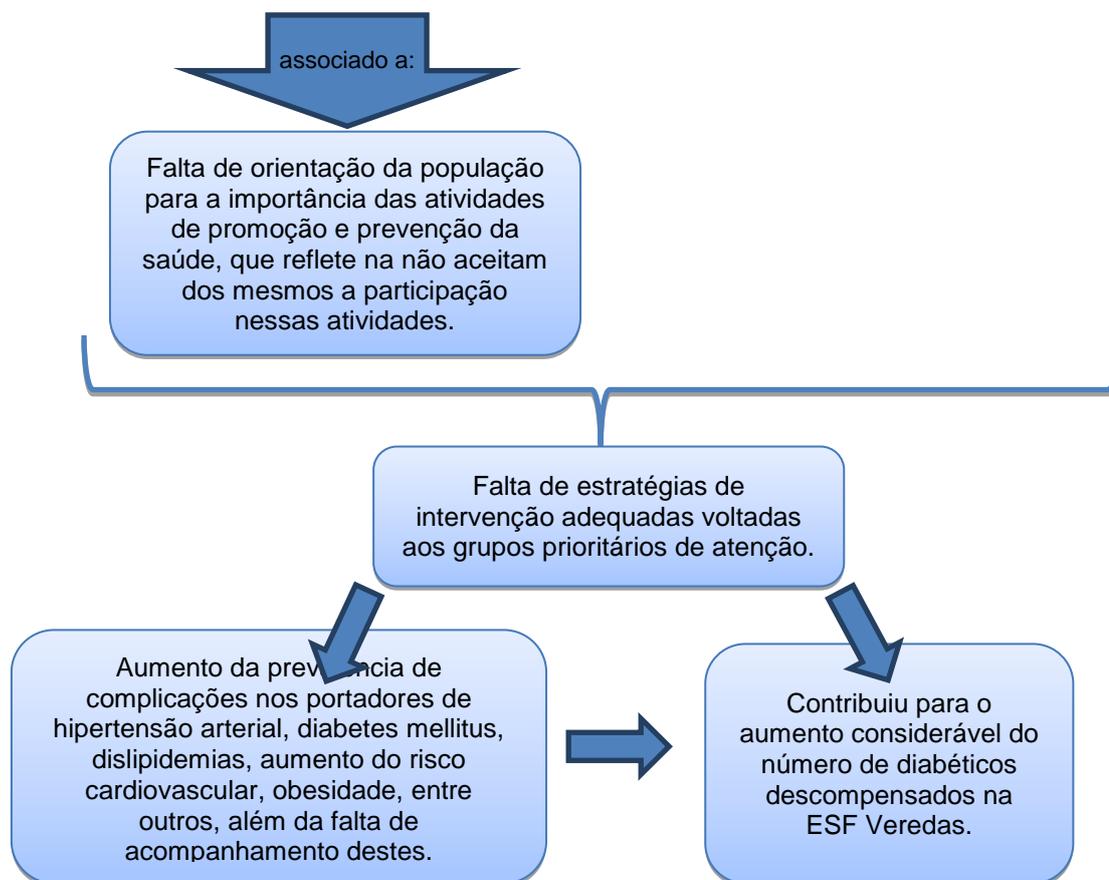
Essa proposta refere-se ao problema “Priorização do atendimento ambulatorial, em detrimento das atividades educativas e de promoção da saúde, no controle do Diabetes Mellitus”. Foi utilizado como modelo de plano de ação o planejamento estratégico (PES), que passa por vários momentos: explicativo, normativo e estratégico. Primeiramente, nas reuniões de equipe, definimos os principais problemas enfrentados pelo território e priorizamos um deles, como citado acima. Descrevemos o problema, identificamos suas causas e, assim, definimos os nós críticos para o seu enfrentamento. Então a partir do conhecimento do problema, iniciamos o planejamento das operações a serem realizadas. Fizemos uma análise dos recursos cognitivos, financeiros, organizacionais e políticos, definimos a viabilidade do projeto, os responsáveis por cada ação e os prazos a serem cumpridos.

6.1. Descrição do problema selecionado

A ESF Veredas conta com uma população de 148 pacientes diabéticos no momento, dos quais aproximadamente 50 estão descompensados (SISAB, 2017). O problema prioritário na ESF Veredas é a priorização do atendimento ambulatorial, em detrimento das atividades educativas e de promoção da saúde, no controle do Diabetes Mellitus, que reflete no alto número de pacientes descompensados, já que essas atividades ajudariam não só para evitar futuros diabéticos, mas também para o controle das doenças dos que já a possuem.

6.2 Explicação do problema selecionado





6.3 Seleção dos nós críticos

Os “nós críticos” observados diante deste problema, são principalmente:

- 1) Falta de conhecimento da população a respeito das consequências advindas do Diabetes Mellitus e da importância de atividades preventivas: a meu ver, desde a implantação da estratégia de saúde da família no município, a população não foi educada para a “filosofia” de trabalho adotada, portanto não compreendem que o nosso trabalho tem o seu lado curativo, mas também o lado preventivo que precisa ser incorporado diariamente na atenção ao usuário.
- 2) A não colaboração da própria equipe: a equipe de agentes comunitárias da unidade de saúde Veredas, composta por 5 mulheres, se mostram muito desmotivadas em promover esta face do nosso trabalho, pois alegam anos e anos de trabalho na busca dessa compreensão pela população sem resultado, onde muitas vezes as mesmas foram até “mal tratadas” ao tentar

ênfatizar tal importância. Além do que, os profissionais que atuam na atenção básica são celetistas e a cada ano ocorre um novo processo seletivo. A falta de estabilidade desses profissionais também contribui para a falta de compromisso dos mesmos.

- 3) A não colaboração da gestão de saúde: o que se observa, de maneira implícita, é que a gestão de saúde do município busca muito mais por números do que por qualidade, portanto, reduzir números de consultas com toda certeza é algo que se proposto receberá uma resposta negativa da gestão, o que nos impossibilita de instituir na unidade de saúde sem autorização das instâncias superiores

6.4 Desenho das operações

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Priorização do atendimento ambulatorial, em detrimento das atividades educativas e de promoção da saúde, no controle do Diabetes Mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Veredas, do município Buritis, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Falta de conhecimento da população a respeito das consequências advindas do Diabetes Mellitus e da importância de atividades preventivas
Operação	Proporcionar informação à população acerca da importância do seguimento correto do tratamento, das consequências do DM e da participação de atividades educativas para tratamento e controle da doença e prevenção de agravos
Projeto	+ informação, - complicação !
Resultados esperados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melhorar a educação em saúde da população 2. Implantação do grupo operativo para a população diabética.
Produtos esperados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agenda organizada para a realização quinzenal de atividades educativas como grupos operativos e campanhas na sala de espera. 2. População com conhecimento a respeito das consequências do Diabetes Mellitus
Recursos necessários	<p>Estrutural: profissionais da ESF e NASF para acompanhar os grupos operativos.</p> <p>Cognitivo: proporcionar informações pertinentes a cada grupo operativo.</p> <p>Financeiro: recurso para impressão de folder, aquisição de brindes para serem distribuídos e lanche.</p> <p>Político: conseguir apoio das igrejas e empresas da área.</p>
Recursos críticos	Financeiro: recurso para impressão de folder, aquisição de brindes para serem distribuídos e lanche.
Controle dos recursos críticos	Indiferente.
Ações estratégicas	Convocação da população por meio de convite feito pelos ACS Planejamento de ações educativas
Prazo	2 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Toda a equipe
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Relatórios serão desenvolvidos após cada atividade e utilizados como base para as análises seguintes.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Priorização do atendimento ambulatorial, em detrimento das atividades educativas e de promoção da saúde, no controle do Diabetes Mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Veredas, do município Buritis, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	A não colaboração da equipe.
Operação	Incentivar a equipe em promover e participar das atividades educativas e grupos operativos a serem criados.
Projeto	Conhecimento é Saúde.
Resultados esperados	Promover e estimular a participação efetiva da equipe nas atividades de prevenção e promoção.
Produtos esperados	Participação da equipe da ESF nas atividades propostas.
Recursos necessários	Estrutural: profissionais médico e enfermeiro da ESF para capacitar e estimular os demais. Cognitivo: capacitar a equipe. Financeiro: recurso para impressão de material. Político: conseguir apoio da gestão.
Recursos críticos	Estrutural: profissionais médico e enfermeiro da ESF para capacitar e estimular os demais.
Controle dos recursos críticos	Indiferente.
Ações estratégicas	Estabelecer agenda de reuniões de equipe semanal.
Prazo	1 mês.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico e enfermeiro da ESF.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Relatórios serão desenvolvidos após cada atividade e utilizados como base para as análises seguintes.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Priorização do atendimento ambulatorial, em detrimento das atividades educativas e de promoção da saúde, no controle do Diabetes Mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Veredas, do município Buritis, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	A não colaboração da gestão de saúde.
Operação	Sensibilizar a gestão de que será necessário reduzir o número de consultas médicas e de enfermagem para disponibilizar tempo para a implantação de grupos operativos e realização de atividades educativas.
Projeto	Prevenção é a solução!
Resultados esperados	Sensibilização da gestão quanto ao entendimento de que a redução das consultas não causará impacto negativo na assistência.
Produtos esperados	Agenda organizada para a realização semanal de educação permanente da equipe e atividades educativas para a comunidade.
Recursos necessários	Estrutural: médico e enfermeiro da ESF. Cognitivo: sensibilizar a gestão. Financeiro: nenhum. Político: conseguir apoio dos demais membros da equipe.
Recursos críticos	Cognitivo: sensibilizar a gestão.
Controle dos recursos críticos	Indiferente.
Ações estratégicas	Solicitar reunião com a coordenação da atenção básica e secretária de saúde.
Prazo	15 dias
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico e enfermeiro da ESF.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Confecção de ata da reunião.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Diabetes Mellitus, como foi exposto, é um distúrbio metabólico que se não tratado devidamente, e se o paciente não tomar os cuidados necessários, pode levar a severas complicações, como amputação de membros, cardiopatias, cegueira e até ao óbito. Por isso, é necessário que a equipe de saúde da família intervenha de forma significativa nos problemas da comunidade, tendo como foco a educação em saúde da população de forma a evitar agravos advindos do DM e novas ocorrências desta doença.

Atualmente, é demasiadamente importante realizar trabalhos educativos, pois os hábitos de vida mudaram, houve aumento do sedentarismo e de uma alimentação menos saudável, que são os principais fatores responsáveis pelo aumento de pacientes com diabetes. Esses fatores podem ser modificados a partir de intervenções para sensibilização sobre os riscos que a doença pode trazer, se não controlada, e adoção de um estilo de vida novo.

A resolução dos nós críticos expostos visa proporcionar informação a cerca da importância da criação de atividades de educação em saúde e a disseminação de informações à população, bem como incentivar a equipe a promover e participar delas. Espera-se que o plano de ação seja bem sucedido quando colocado em prática, no tempo estipulado e alcance com excelência os objetivos esperados a partir dele, resultando em diminuição da incidência de novos casos de diabetes mellitus e das complicações desta, e aumento de pacientes com a glicemia controlada e hábitos de vida adequados.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação em Saúde. Brasília 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso em: 10 Jan. 2018.

BÔAS, V. et al. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1355-1360, 2008.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 08 Jun. 2018

CARVALHO FILHA, F. S. S.; NOGUEIRA, L. T.; MEDINA, M. G.. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. **Saúde debate**, v.38, n.esp, p. 265-278, 2014.

CARVALHO, V. L. S.; CLEMENTINO, V. Q.; PINHO, L. M. O. Educação em saúde nas páginas da REBEn no período de 1995 a 2005. **Rev Bras Enferm**, v.61, n.2, p. 243-248, fev. 2008.

CORRÊA, E. J. ; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 08 de Jun 2018.

DATASUS 2017, disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 Jun 2018.

FARIA H.P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. Nescon/UFMG – 2 ed. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Processo_de_trabalho_em_saude_2/3. Acesso em: 10 Jun 2018

FERREIRA, C. L .R. A.; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 53, n. 1, p. 80-86, Feb. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302009000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Jan. 2019.

FREITAS, M. L. A.; MANDÚ, E. N. T.. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/08.pdf>. Acesso em: 15 dez 2018.

GONÇALVES, R. T. **Implantação de grupos operativos na Estratégia Saúde da Família de Presidente Bernardes**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Estratégia Saúde da Família) – UFMG. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Implanta%C3%A7ao_de_grupos_operativos_na_estrategia_saude_familia_de_presidente.pdf. Acesso em: 15 dez 2018.

MENEZES, K. K. P.; AVELINO, P. R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n1/1414-462X-cadsc-24-1-124.pdf>. Acesso em: 20 dez 2018.

OLIVEIRA, M. A. C., PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção Primária e a estratégia Saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267028669020>. Acesso em: 15 dez 2018.

PICHON-RIVÈRE, E. **Processo grupal**. Tradução de Marco Aurélio Fernandez Velloso e revisão Mônica SM da Silva. 2000.

ROSA, R. S. Diabetes mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999–2001. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 17, n. 2, p. 131–134, 2008.

SCHMIDT, M. I. et al. **Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco**. In: BRASIL, Ministério da Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2009:

SCHMIDT, M. I. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. The Lancet, London, 9 maio 2011.

Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018** / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo: Editora Clannad, 2017.