

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**DAIANE ANDREIA DINNEBIER**

**IMPORTÂNCIA DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS DE GRUPO DESENVOLVIDAS  
PELA ESF E NASF PARA OS PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS:  
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**DAIANE ANDREIA DINNEBIER**

**IMPORTÂNCIA DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS DE GRUPO DESENVOLVIDAS  
PELA ESF E NASF PARA OS PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS:  
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Bruna Pedroso Canaver**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **IMPORTÂNCIA DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS DE GRUPO DESENVOLVIDAS PELA ESF E NASF PARA OS PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA** de autoria do aluno DAIANE ANDRÉIA DINNEBIER foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

---

**Profa. Dda. Bruna Pedroso Canaver**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
**2014**

## **DEDICATÓRIA**

À Ramon Tartari, meu esposo, com quem amo partilhar a vida. Obrigada pelo carinho, pela força, pela coragem e por me apoiar nos momentos difíceis.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

Aos meus pais, Harri e Terezinha, pela força e incentivo para lutar pelos meus ideais, pelo carinho e amor.

Ao meu amado Ramon pelo apoio, compreensão, amor e principalmente pelo companheirismo, sempre estando ao meu lado quando precisei.

Agradeço também a todos os meus colegas de trabalho, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas. Em especial à Alexandra, Rita, Sandra e Bianca por todo ensinamento, preocupação, apoio, motivação e pela amizade.

Meus sinceros agradecimentos a equipe do NASF em especial à Gabriele Chiodelli e Maraysa Isensee, por toda dedicação e excelente trabalho realizado, vocês são demais.

À minha orientadora Bruna pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste TCC.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte deste projeto, sou muito obrigado.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>5</b>
<b>3 OBJETIVO.....</b>	<b>8</b>
<b>4 MÉTODO.....</b>	<b>9</b>
<b>5 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>10</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>16</b>
<b>7 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>17</b>

## **RESUMO**

Este estudo analisa o impacto das atividades educativas realizadas na atenção primária no controle adequado do diabetes mellitus. Descreve em detalhes as diferentes estratégias utilizadas pelas equipes de saúde da família e pelo núcleo de apoio à saúde da família em uma unidade básica de saúde e sua importância no controle desta condição crônica. Estão incluídas neste estudo quatro atividades educativas realizadas em grupos, denominadas: Convivendo com o Diabetes, Atividade Física Orientada, Hábitos Saudáveis e Tabagismo. O estudo reforça que a educação em saúde constitui-se em um dos principais pilares do controle da doença, uma vez que, empodera o portador de conhecimentos sobre sua condição, ampliando sua capacidade de entendimento da importância e necessidade de mudanças comportamentais como: abandono de hábitos e práticas prejudiciais à saúde, alimentação saudável e adequada ao diabético, exercícios físicos regulares, maior convívio social e atitude pró-ativa.

## **1 INTRODUÇÃO**

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como a HAS e o DM acometem grande número de pessoas principalmente em faixas etárias mais avançadas e estão intimamente relacionadas com elevada incidência de eventos agudos em decorrência das lesões em órgãos alvo tais como acidentes vasculares encefálicos, infartos agudos do miocárdio e com o desenvolvimento de insuficiência cardíaca e insuficiência renal.

Tais eventos podem levar o paciente à condição de disautonomia e dependência acarretando elevado custo social incluindo gastos com assistência médica, exames e medicamentos, além de incapacidade para o trabalho com aposentadoria precoce, bem como, a necessidade de adequações no núcleo familiar para os cuidados domiciliares contínuos.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda, são consideradas uma epidemia na atualidade (BRASIL, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2005) define como doenças crônicas as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus. Considera-se que todas elas requerem contínua atenção e esforços de um grande conjunto de equipamentos de políticas públicas e das pessoas em geral.

Ainda segundo a OMS no ano de 2005, cerca de 35 milhões de pessoas morreram de doenças crônicas no mundo, o que corresponde ao dobro das mortes relacionadas às doenças infecciosas (2005).

A análise epidemiológica, econômica e social do número crescente de pessoas que vivem com ou em risco de desenvolver HA e DM estabelece a necessidade de estabelecer programas e políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas, de suas famílias e de seus amigos, e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida. Fatores de risco, como o aumento do sobrepeso, obesidade e sedentarismo e a mudança de estilo de vida da população observados nos últimos anos



estão associados ao incremento na prevalência e complicações da HA e DM (OMS, 2005).

Brasil (2008) classifica os fatores de risco para DCNT em “não modificáveis” (sexo, idade e herança genética) e “comportamentais” (tabagismo, alimentação, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas). Os fatores de risco comportamentais são potencializados pelos fatores condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais.

Ao longo dos dois últimos séculos, a revolução tecnológica e industrial, com consequências econômicas e sociais, resultaram em uma mudança drástica do perfil de morbimortalidade da população com grande predomínio das doenças e mortes devidas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas o câncer e as doenças cardiovasculares. A carga econômica das DCNT produz elevados custos para os sistemas de saúde e da previdência social devido à mortalidade e invalidez precoces, e, sobretudo para a sociedade, famílias e as pessoas portadoras dessas doenças (BRASIL, 2006).

As doenças crônicas, de alta prevalência no quadro epidemiológico brasileiro e mundial, aumentam a frequência de usuários na atenção primária. Os motivos desta grande incidência são referidos a fatores socioeconômicos, culturais, religiosos, de época e escolaridade (SCHIRAIKER et al, 2000)

A doença cardiovascular representa hoje no Brasil a maior causa de mortes o número estimado de portadores de Diabetes e de Hipertensão é de 23.000.000; cerca de 1.700.000 pessoas têm doença renal crônica (DRC), sendo o diabetes e a hipertensão arterial responsáveis por 62,1% do diagnóstico primário dos submetidos à diálise (BRASIL, 2006).

Essas taxas tendem a crescer nos próximos anos, não só pelo crescimento e envelhecimento da população, mas, sobretudo, pela persistência de hábitos inadequados de alimentação e atividade física, além do tabagismo (BRASIL, 2006).

O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta

inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo (BRASIL, 2006). No Brasil, o diabetes junto com a hipertensão arterial, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise. É importante observar que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas complicações e que pessoas e comunidades progressivamente têm acesso a esses cuidados (BRASIL, 2006).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2010, foi estimado que há, na população brasileira, 12.054.827 pessoas com diabetes (DAMACENO, 2012).

Em razão da crescente incidência e elevada prevalência e do entendimento de que existem fatores predisponentes preveníveis é que o modelo assistencial vem modificando e passando a dar maior importância para a prevenção e controle adequado das condições crônicas como o diabetes.

O modelo de atenção implementado pela Estratégia Saúde da Família (ESF) constituiu-se em grande avanço no combate destas doenças.

A territorialização com dimensionamento de áreas e micro áreas, a eleição da população alvo para campanhas de prevenção e o cadastramento minucioso da população acometida por esta condição dá a atenção básica o perfil epidemiológico a partir do qual podem ser traçadas estratégias de prevenção e controle.

A Estratégia Saúde da Família é a principal política de saúde vigente no país, cujo início se deu em 1994, através do Programa Saúde da Família (PSF) com o objetivo geral de garantir a população o acesso às ações integradas dirigidas ao indivíduo, famílias, comunidades e ao meio ambiente (BRASIL, 2006). Trata-se de uma política de saúde que prioriza dentre outras ações, a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua.

A ESF é essencial para o fortalecimento das ações de promoção da saúde no cuidado integral das DCNT, fundamentando suas ações na integralidade, estímulo a participação popular,

controle social, relações de vínculo e responsabilização, promoção da equidade, valorização de saberes e práticas para abordagem integral e resolutiva (BRASIL, 2008).

O Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. É uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família.

Um NASF deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF (BRASIL, 2010).

O NASF deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010).

A atuação dos núcleos de atenção à saúde da família, com abordagem multidisciplinar, amplia o entendimento e o engajamento por parte do paciente na dinâmica de controle e tratamento.

Este trabalho levanta alguns aspectos relacionados às atividades de grupo desenvolvidas pelo centro de saúde, seja através da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou através do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), que visam reduzir os fatores de risco preveníveis para o desenvolvimento do diabetes mellitus, bem como, as abordagens de tratamento aplicadas e seus resultados no controle adequado desta condição.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A educação em saúde é considerada uma das estratégias mais acertadas, uma vez que, está muito bem fundamentado e estabelecido que os pacientes que conhecem aspectos relacionados ao como e porque desenvolveram a doença, ao como recuperar-se ou controlá-la e as consequências do mau controle para sua saúde, são aqueles que melhor aderem ao plano de tratamento quais sejam mudança de hábitos alimentares, controle rigoroso da glicemia capilar, atividade física rotineira, combate aos fatores de risco preveníveis ou modificáveis como obesidade, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo e dislipidemia. Esta estratégia deve perpassar o paciente diabético, alcançando também aquelas pessoas que embora ainda não tenham desenvolvido a doença apresentam fatores predisponentes e hábitos de vida inadequados. Desta forma, espera-se inculcir nestas pessoas a mudança de hábitos e o costume de realizar consultas e exames periódicos para o diagnóstico precoce no caso de desenvolvimento da doença (fase de intolerância a glicose ou pré-diabetes).

Segundo ALVES (2005), a educação em saúde é um recurso utilizado por profissionais de saúde para atuarem na vida cotidiana das pessoas por meio do conhecimento científico produzido no campo da saúde. Todavia, devemos primar por práticas que respeitem as diferenças dos atores envolvidos, tornando a educação em saúde uma verdadeira ferramenta de empoderamento do indivíduo.

Uma das formas de praticar educação em saúde ocorre por meio da formação de grupos de educação em saúde, nos quais pessoas que apresentam características semelhantes, ou necessidades em comum, têm oportunidade de aprenderem e partilharem conhecimentos, além da possibilidade de trocarem ideias acerca de suas experiências de vida.

Segundo SOUZA (2005) na promoção da saúde, o trabalho em grupo possibilita a quebra da relação vertical que tradicionalmente existe entre o profissional da saúde e o sujeito da ação. É uma estratégia facilitadora da expressão das necessidades, expectativas, angústias e circunstâncias de vida que tem algum impacto na saúde de indivíduos e de grupos.

O autocuidado deve ser estimulado em todos os grupos de educação em saúde, obviamente que por maior que seja a oferta de serviços de saúde o primeiro e principal cuidador da saúde do paciente deva ser ele próprio desde que empoderado de conhecimento suficiente e convencido da importância do autocuidado. Assim, o paciente diabético deve aprender alimentar-se adequadamente em horários regulares e praticar atividade física regular. Por outro lado, para aqueles em terapia medicamentosa, deve compreender a administração adequada dos medicamentos e o controle por glicemia capilar. Não seria estapafúrdio dizer que os pacientes bem controlados e com maior sobrevida e com menor número de hospitalizações por descompensação são aqueles que obedecem estes preceitos rigorosamente.

A promoção do autocuidado está intimamente ligada a área da saúde e vem sendo adotada há alguns anos com o intuito de compreender as ações e decisões que uma pessoa realiza para prevenir, diagnosticar e tratar uma enfermidade. As pessoas que se comprometem com seu cuidado preparam-se e capacitam-se para atuar sobre os fatores que afetam o seu funcionamento e desenvolvimento. O autocuidado como estratégia educativa congrega atividades para a promoção da saúde, para modificação do estilo de vida, diminuição dos fatores de risco e prevenção específica de doenças que provocam pequenas, mas importantes mudanças por longo tempo (CERVATO *et al.*, 2005).

A atenção em grupos facilita o exercício da autodeterminação e da independência, pois podem funcionar como rede de apoio que mobiliza as pessoas na busca de autonomia e sentido para a vida, na autoestima e, até mesmo na melhora do senso de humor, aspectos essenciais para ampliar a resistência e diminuir a vulnerabilidade. No convívio com as pessoas criam-se vínculos que possibilitarão o surgimento de organizações ou, no mínimo, o seu incentivo, promovendo a inclusão social (GARCIA; YAGI; SOUZA, 2006).

No trabalho em grupo se torna mais fácil aprofundar discussões, ampliar os conhecimentos sobre a saúde e conduzir o processo de educação em saúde, o que pode favorecer a adoção de hábitos saudáveis e a mudança de comportamento, favorecendo, assim, a adesão ao tratamento proposto (VICTOR *et al.*, 2007; SILVA *et al.*, 2003).

O engajamento do portador nas atividades desenvolvidas: são todas aquelas atividades coletivas desenvolvidas para promoção, prevenção da saúde e/ou recuperação ou controle da doença desenvolvidas por iniciativa de associações de portadores, organizações não governamentais, sociedades médicas de diabetes e principalmente pela atenção primária em saúde, principal porta do sistema único de saúde por onde são diagnosticados os novos caso e controlados os casos já existentes. Aqui inclui-se as consultas médicas e de enfermagem mas também e principalmente as atividades desenvolvidas por educadores físicos e nutricionistas. Estas últimas representam importante frente de combate a esta condição crônica que anualmente ceifa a vida de milhares de pessoas.

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado completo de bem-estar físico e mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como objetivo de viver (BRASIL, 2002).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Verificar a importância das atividades educativas realizadas em grupos desenvolvidos e orientados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no controle adequado do diabetes mellitus.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conhecer a dinâmica de funcionamento dos grupos de educação em saúde para pessoas com diabetes mellitus
- Identificar qual a indicação clínica dos grupos de educação em saúde
- Verificar qual a importância da realização dos diferentes grupos para as pessoas com diabetes mellitus oferecidos pela ESF e NASF

## **4 MÉTODO**

O produto desse trabalho é o próprio projeto e plano de ação desenvolvido – tecnologia de concepção. E por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais.

O Centro de Saúde (CS) Balneário é localizado no bairro Balneário em Florianópolis – SC. Tem em sua área de abrangência uma população de 8.223 pessoas, onde predominam os idosos. Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) existem 370 pessoas com diabetes mellitus cadastradas na Unidade de Saúde da Família (USF) em questão.

Possui duas equipes de Saúde da Família, sendo que as duas são compostas por dois médicos, dois enfermeiros, três técnicos de enfermagem, um odontólogo, dois administrativos e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A NASF é composto pela nutricionista, educadora física, psicólogo, psiquiatra, pediatra, fisioterapeuta e assistente social.

Os grupos para educação em saúde Convivendo com o Diabetes; Atividade Física Orientada; Hábitos Saudáveis e Tabagismo são desenvolvidos por profissionais da ESF e NASF na USF desde 2012.

Será realizado relato de experiência da aplicabilidade, importância e desenvolvimento dos grupos de educação em saúde acima citados.



## **5 RESULTADO E ANÁLISE**

Nesse capítulo serão apresentados os grupos desenvolvidos pela USF e suas características.

### **5.1 Plano de ação ou aplicação na realidade**

#### **5.1.1 Grupo de convivendo com o Diabetes**

O grupo convivendo com o diabetes foi criado com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos portadores e diabetes é um grupo aberto com encontros mensais e duração de aproximadamente duas horas. Nos encontros há roda de conversas e são abordados temas como: o que é o diabetes, valores normais de glicemia, sinais e sintomas relacionados a hipo e hiperglicemia, complicações do diabetes descompensado, tratamento, atividade física, alimentação saudável e equilibrada.

O grupo é coordenado pela nutricionista e educadora física e conta com a participação da equipe saúde da família.

O paciente diabético deve ser alertado para a importância do controle rigoroso da doença, pois as lesões em órgãos alvo costumam desenvolver-se de forma silenciosa culminando em sintomatologia apenas em estágios avançados de comprometimento sistêmico.

Segundo BRASIL (2001) a ação educativa para pacientes portadores de DM deve: informar sobre as consequências do DM não tratados ou mal controlados; reforçar a importância da alimentação como parte do tratamento; esclarecer sobre crendices, mitos, tabus e alternativas populares de tratamento; desfazer temores, inseguranças e ansiedade do paciente; enfatizar os benefícios da atividade física; orientar hábitos saudáveis de vida; ressaltar os benefícios da automonitoração; ensinar paciente e familiares como prevenir, detectar e tratar as complicações agudas em casa, até chegar a Unidade de saúde ou Hospital; ensinar como detectar sinais e sintomas de complicações crônicas, em particular nos pés; ressaltar a importância dos fatores de risco cardiovasculares; incentivar o paciente a se tornar auto-suficiente no seu controle.

Como estratégia estabelecida pelo Ministério da Saúde para promoção da saúde e prevenção das DCNT está a atuação para a mudança do estilo de vida que predispõe ao surgimento e agravamento dessas doenças :o sedentarismo, o tabagismo, a obesidade e o alcoolismo (BRASIL,2001)

### **5.1.2 O grupo de atividade física orientada**

O Grupo de Atividade Física Orientada foi criado visando oferecer e incentivar a prática regular de atividade física orientada para a comunidade local, bem como otimizar a utilização de espaços públicos e maior interação social, com isso buscando uma maior qualidade de vida.

O grupo ocorre todas as segundas e quintas-feiras, das 08:00 as 10:00 horas e é aberto à comunidade referenciada pela Unidade Básica de Saúde, sem restrição de faixa etária. A atividade é coordenada pelo profissional de Educação Física do Núcleo de Apoio à saúde da Família (NASF) e membros da Equipe de Saúde da Família (ESF). Os encontros têm duração de aproximadamente uma hora, estruturadas da seguinte forma: aquecimento, parte principal e parte final.

Aquecimento: exercícios de mobilização articular, equilíbrio, coordenação, propriocepção, organização espaço-temporal, dinâmicas de interação social.

Parte principal: Exercícios de condicionamento aeróbico (caminhada, corrida, deslocamentos orientados, dança, etc.) e exercícios de resistência muscular localizada (com ou sem a utilização dos aparelhos da academia ao ar livre).

Parte final: Alongamentos e dinâmicas em grupo.

O grupo de Atividade física Orientada proporciona uma opção de prática de atividade física comunitária acessível à todos os usuários de referência da Unidade Básica de Saúde. A prática além de visar um maior condicionamento físico dos praticantes, tem demonstrado

benefícios na saúde mental e social dos mesmos. O programa já alcançou uma média de 200 participantes desde seu início. Alguns benefícios puderam ser observados e relatados:

Tem-se como resultados dos grupos:

- Melhora do Condicionamento Físico;
- Controle do peso e tratamento de doenças crônicas como: Diabetes Mellitus, dislipidemias, hipertensão arterial, entre outras;
- Melhora da postura e redução de dores corporais;
- Maior vínculo social, apoio emocional e saúde mental;
- Melhora do vínculo entre ESF, NASF e comunidade;
- Incentivo à prática de hábitos saudáveis;

São realizadas discussões sobre a importância da atividade física e seus benefícios, alimentação saudável, redução do estresse e a importância da integração comunitária.

A interação entre ESF e NASF foi primordial para o planejamento e desenvolvimento do programa. Ambos estiveram envolvidos para o sucesso da atividade, visto que os pacientes tiveram acompanhamento de toda a equipe. A divulgação da atividade se deu na Unidade Básica de Saúde, por meio de cartazes e encaminhamentos, e também no conselho local de saúde.

O Grupo de Atividade Física Orientada promove maior estímulo para a prática de atividade física regular e adoção de hábitos saudáveis de vida, visto que a população tem demonstrado altos níveis de sedentarismo e obesidade. A atividade é oferecida para toda a população, incluindo idosos e pacientes crônico-degenerativos. São desenvolvidas em praças que estão localizadas no território de abrangência da Unidade Básica de Saúde, com fácil acesso aos participantes. O planejamento e desenvolvimento do programa é realizado em conjunto pela ESF, NASF e comunidade, sendo este espaço de educação permanente para todos os envolvidos.

Segundo Siqueira *et al.* (2008) a associação de atividade física com grupos de educação em saúde favorece a conquista de melhores condições de saúde.

A prática de atividade física regular é indicada a todos os pacientes com diabetes, diminui os riscos de doenças cardiovasculares, melhora o controle metabólico, reduz a necessidade de hioiglicemiantes e ajuda a promover o emagrecimento nos pacientes obeso, melhorando a qualidade de vida (BRASIL, 2006)

As pessoas devem incorporar a atividade física nas atividades rotineiras como caminhar, subir escadas, realizar atividades domésticas dentro e fora de casa (BRASIL, 2006).

Segundo BRASIL (2001) é importante desenvolver na população um estilo de vida mais ativo para melhorar os padrões de saúde e qualidade de vida. A mudança de hábitos é fundamental para diminuir os índices do risco de morte por doenças cardiovasculares.

Prover informação qualificada à população quanto aos benefícios das práticas corporais, garantir acesso à orientação de profissionais da saúde é uma intervenção de promoção de saúde no cuidado integral das DCNT (BRASIL, 2008).

A promoção de modos de vida saudáveis - em especial conjugando e articulando alimentação saudável e atividade física - deve ser enfatizada ao longo do curso da vida: da infância à velhice, permitindo uma vida longa, produtiva e saudável (BRASIL, 2006)

### **5.1.3 O grupo de hábitos saudáveis**

O grupo de hábitos saudáveis é um grupo fechado com uma média de 12 participantes, duração de quatro semanas, com encontros semanais com duração de duas horas. E encontros mensais para manutenção com temas variados relacionados a saúde.

No primeiro encontro é realizado uma roda de conversa com apresentação dos participantes, ocorre a sensibilização para a prática de hábitos saudáveis e o autocuidado, são abordados temas como conceitos de saúde, atividade física, importância da água, fracionamento das refeições, entre outros.

Nos encontros subsequentes são abordados com mais detalhamento as refeições, no segundo encontro o café da manhã e lanche da manhã, no terceiro encontro almoço e lanche da tarde, e no quarto encontro jantar e ceia. Em todos os encontros ocorre sensibilização para prática de atividades físicas.

Segundo Brasil (2008) A transição nutricional, deve-se à urbanização e à globalização, que resultaram em mudanças substanciais na alimentação, com a crescente oferta de alimentos industrializados (muito ricos em gorduras, açúcares e sódio), e a facilidade de acesso a alimentos caloricamente densos e baratos, redução de alimentos mais saudáveis, como cereais, leguminosas, frutas e verduras e redução generalizada da atividade física.

Brasil (2001) destaca que a intervenção sobre os fatores de risco comportamentais sedentarismo, dieta, fumo e álcool é sem dúvida a mais produtiva. E o controle de alguns desses fatores será benéfico para as doenças a eles associadas.

Brasil (2001) afirma que para se atingir um bom controle do diabetes é necessário uma alimentação adequada e os profissionais de saúde devem auxiliar os indivíduos a fazerem mudanças nos seus hábitos alimentares, favorecendo o controle de peso corporal, pressão arterial e controle metabólico.

#### **5.1.4 Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS**

Segue as recomendações do Ministério da Saúde com Abordagem cognitivo-comportamental, modelo de intervenção centrado na mudança de crenças e comportamentos.

Primeiramente é realizado uma consulta de avaliação clínica para avaliar a motivação, nível de dependência física, co-morbidades psiquiátricas, indicação e/ou contra-indicação de apoio medicamentoso, elaborar plano de tratamento, colher história clínica e acompanhar apoio medicamentoso.

No primeiro mês com quatro sessões estruturadas com grupos de 10 a 15 pessoas, uma vez por semana e duração de 1h30min. No segundo mês com duas sessões quinzenais de 1h. E do terceiro ao decimo segundo mês com uma sessão mensal de manutenção com uma hora de duração.

A abordagem pode ser individual ou em grupo e não visa apenas a parada do fumo, mas principalmente a manutenção da abstinência. O foco principal é a prevenção de recaídas através de habilidades para enfrentar as situações facilitadoras da recaída.

O grupo é coordenado pela equipe saúde da família e o NASF participa em algumas sessões, principalmente os profissionais de nutrição e educadora física.

Brasil (2001) considera o hábito de fumar o principal fator de risco para doenças do coração e dos vasos sanguíneos, bem como para o câncer e lesões pulmonares irreversíveis.

Segundo Brasil (2006) deve ser universal a recomendação para o abandono do tabagismo, o simples aconselhamento para parar de fumar é comprovadamente efetivo, resalta ainda que a farmacologia melhora, de maneira importante, a cessação do hábito de fumar, mas para o sucesso do tratamento é fundamental que o paciente esteja disposto a parar de fumar.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A atenção primária é a principal porta de acesso ao sistema de saúde pública em nosso país e a maioria dos diagnósticos de doenças crônicas não transmissíveis como o diabetes mellitus são realizados neste nível de atenção. Cabe, prioritariamente, a atenção primária o tratamento e controle da condição evitando o agravamento da doença com lesões de órgãos-alvo ou simples descompensações e hospitalizações. Fica evidente a importância de se estabelecer estratégias como atividades em grupo para portadores, realizadas regularmente e com diferentes enfoques, no sentido de manter o portador motivado e engajado continuamente no controle da sua doença. A consulta médica simples com renovação de receita e requisição de exames laboratoriais, embora indispensável em muitas situações, não oferece ao portador conhecimentos e segurança suficientes para uma mudança comportamental. Está claro que uma abordagem multiprofissional e atividades em grupo são estratégias acertadas no controle do diabetes mellitus. As atividades descritas neste estudo são bons exemplos desta abordagem. No entanto, consideramos que outras atividades podem ser agregadas, como as que envolvem terapia ocupacional ou psicologia em grupo por exemplo. Os profissionais que compõem as equipes de estratégia de saúde da família e o núcleo de apoio à saúde da família devem manter-se constantemente atualizados e estimular o compartilhamento de experiências bem sucedidas a fim de que possam estar aplicando novas atividades com o objetivo de melhorar continuamente a qualidade da atenção aos pacientes diabéticos.

## REFERÊNCIAS

ALVES, A. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.39-52. 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p. – (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 8) ISBN 978-85-334-1479-2

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira : promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 210p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.: il. (Série B. Textos Básicos em Saúde)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.152 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27)



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 56 p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-1197-9.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.102 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 59)

CERATO, A. M., DERNTL, A. M., LATORRE, M. R. D. O., et al. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. Rev. Nutr., jan./fev.2005, vol.18, no.1, p.41-52. ISSN 1415-5273

DAMACENO, L. São 12 milhões de diabéticos no Brasil. Sociedade Brasileira de Diabetes. 2012. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/sala-de-noticias/2116-sao-12-milhoes-de-diabeticos-no-brasil>>. Acesso em 17marc.2014.

GARCIA, M. A. A., YAGI, G. H., SOUZA, C. S., et al. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. Rev. Latino- Am. Enfermagem, v.14, n.2, p.175-182, mar./abr.2006. ISSN 0104-1169.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Brasília, 2005. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Estratégia Global para a Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde: 57.<sup>a</sup> Assembléia Mundial de Saúde: Wha 57.17 8.<sup>a</sup> sessão plenária de 22 de Maio de 2004 (versão em português, tradução não oficial). [S.I.], 2004

SCHRAIBER, L. B. et al; Saúde do adulto: Programas de Ações na Unidade Básica, 2º edição; São Paulo: Hucitec, p. 29-47, 2000.

SIQUEIRA, F.V. Et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em área de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões sul e nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v24, n.1, jan.2008.

SOUZA, A. C., et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre; v.26, n.2, p.147-53, 2005.

VICTOR, J. F.; VASCONCELOS, F. F.; ARAÚJO, A. R.; XIMENES, L. B.; ARAÚJO, T. L. Grupo Feliz Idade: Cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. Rev Esc Enferm USP, v.41, n.4, p. 724-30, 2007.