



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU/FIOCRUZ**

NAYARA FERREIRA DA SILVA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE SOBRE DIABETES
MELLITUS TIPO 2: INTERVENÇÃO COM UMA EQUIPE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA EM CAMPO GRANDE - MS**

CAMPO GRANDE - MS

2022

NAYARA FERREIRA DA SILVA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE SOBRE DIABETES
MELLITUS TIPO 2: INTERVENÇÃO COM UMA EQUIPE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA EM CAMPO GRANDE - MS**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado
como requisito parcial para conclusão da Residência
Multiprofissional em Saúde da Família
SESAU/FIOCRUZ, de Mato Grosso do Sul.

Orientador: Américo Basílio Nogueira
Co-orientador: Moysés Martins Tosta Storti

**Residência Multiprofissional
em Saúde da Família**

**SESAU/FIOCRUZ
CAMPO GRANDE - MS**

2022

Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde - Campo Grande - Mato Grosso do Sul



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU/FIOCRUZ**

TERMO DE APROVAÇÃO

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE SOBRE DIABETES
MELLITUS TIPO 2: INTERVENÇÃO COM UMA EQUIPE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA EM CAMPO GRANDE – MS**

por

NAYARA FERREIRA DA SILVA

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi apresentado no dia 02 de fevereiro de 2022, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ. A candidata foi arguida pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho APROVADO.

BANCA EXAMINADORA

Américo Basílio Nogueira

Professor Orientador

Marcos Antônio Rodrigues

Membro Titular 1

Anderson Holsbach

Membro Titular 2

A Folha de Aprovação assinada eletronicamente encontra-se na Secretaria Acadêmica da Coordenação do Programa.

AGRADECIMENTOS

Primordialmente, à minha mãe, Rita, e minha tia, Rosângela, pelo amor, incentivo e oportunidade para que meus objetivos fossem alcançados.

Agradeço às minhas amigas, Jhenyfer, Luana, Meirielly, Saniely, Déborah e Andreza, que constituem minha principal base de apoio há anos e permanecem em minha vida.

À minha amada, companheira de trabalho, residência, e de vida, Giovana, agradeço pelo afago no dia a dia, pelo aconchego após dias árduos e amargurantes e, principalmente, pela escuta. Sou grata ao acaso de te encontrar e obrigada por me permitir compartilhar a vida, anseio pelas próximas conquistas ao seu lado, meu amor.

A todos colegas de trabalho do Coophavila II que compartilharam os dias comigo, que concederam o ouvir, durante meus dias e sobre minhas angústias, por oportunizarem em eu ser farmacêutica, em atendimentos clínicos, reuniões, espaços de estudos, em educação permanentes, em que eu pude reconhecer e aprimorar a farmacêutica eu me tornei, em enxergar o que é saúde da família, e a oportunidade de reconhecer o que o sistema precisa de verdade.

Agradeço aos colegas de residência de outras unidades pelos ensinamentos e reconhecimentos de processos da vida como profissional da saúde.

Ao meu coorientador, Moysés, pela sua chegada e pela abertura de caminhos dispostos, que iluminou meu segundo ano de residência.

À minha psicóloga, Kamila, pelo encontro e pelo processo terapêutico, que tornaram exequível ser profissional de saúde em tempos dolorosos.

RESUMO

SILVA, Nayara. **Educação Permanente em Saúde sobre diabetes mellitus Tipo 2: Intervenção com uma Equipe de Saúde da Família em Campo Grande – MS. 2022.** 37p. Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é um grave problema de saúde pública e requer cuidados contínuos, onde ações em saúde reduzem as complicações e agravos consequentes desse problema. A intervenção educativa através da Educação Permanente em Saúde (EPS) traz a mudança do processo de trabalho através do aprendizado e almeja a melhora da qualidade dos serviços ofertados. Buscou-se qualificar o cuidado aos usuários diabéticos de uma Unidade Saúde da Família Dr. Alfredo Neder - Coophavila II no município de Campo Grande – MS, e além disso, aprimorar os conhecimentos sobre DM2, identificar dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde em relação à educação em saúde do paciente diabético e promover espaço de EPS no processo de trabalho. Diante disso, foi utilizado a metodologia de problematização, com base no Arco de Maguerez. Foram realizadas quatro oficinas para a abordagem sobre DM2. As dificuldades encontradas envolveram a pouquidade de ambiência no local de oficinas e ausência de horário exclusivo para EPS. As potencialidades contempladas foram participação ativa de todos os participantes e envolvimento interprofissional. Através dos encontros, a equipe identificou maiores dificuldades com pacientes presentes na etapa de mudança de comportamento "pré-contemplação" e "contemplação" e com abordagem familiar. Conclui-se que a inserção da EPS no processo de trabalho é importante, motivando os profissionais de saúde diante aos desafios do cotidiano de trabalho.

Palavras chaves: Diabetes mellitus. Educação Permanente em Saúde. Método do Arco. Metodologia da problematização.

ABSTRACT

SILVA, Nayara. **Permanent Health Education about Type 2 diabetes mellitus: Intervention with a Family Health Team in Campo Grande - MS. 2022.** 37p. Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUFIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

The type 2 diabetes (T2D) is a serious public health problem and requires continuous care, where health actions reduce the complications and injuries resulting from this problem. The educational intervention through Permanent Health Education (PHE) brings about a change in the work process through learning and aims at improving the quality of the services offered. We sought to qualify the care for diabetic users of a Family Health Unit Dr. Alfredo Neder - Coophavila II in the city of Campo Grande - MS, and also to improve knowledge about T2D, identify difficulties faced by health professionals regarding health education for diabetic patients and promote space for PHE in the work process. Therefore, the problematization methodology was used, based on the Arc of Maguerez. Four workshops were held to approach T2D. The difficulties encountered involved the lack of ambience at the workshop site and the absence of exclusive time for PHE. The potentialities included active participation of all participants and interprofessional involvement. Through the meetings, the team identified greater difficulties with patients in the "precontemplation" and "contemplation" behavior change stages, and with the family approach. We conclude that the insertion of PHE in the work process is important, motivating health professionals to face the challenges of daily work.

Keywords: Diabetes mellitus. Permanent Health Education. Arc Method. Problematization methodology.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 — Etapas do Método do Arco	16
QUADRO 2 — Situação problema 1	22
QUADRO 3 — Características e soluções apresentadas pelo grupo referente a situação problema 1.	23
QUADRO 4 — Situação problema 2.	23
QUADRO 5 — Características e soluções apresentadas pelo grupo referente a situação problema 2.	24
QUADRO 6 — Situação problema 3.	25
QUADRO 7 — Características e soluções apresentadas pelo grupo referente a situação problema 3.	25

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CC	Condições Crônicas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DM2	Diabetes mellitus tipo 2
EPS	Educação Permanente em Saúde
eSF	equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
3 PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO	16
3.1 Aspectos Éticos	18
4 AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS	19
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
ANEXO A – DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU	32
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

A diabetes mellitus (DM) é um distúrbio metabólico crônico, definido por hiperglicemia persistente consequente da deficiência da produção ou ação do hormônio insulina, ou ambos. É uma doença complexa que além do controle glicêmico, requer cuidados contínuos para a redução de riscos (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2021a). A DM é amplamente classificada como tipo 1, tipo 2, gestacional e um grupo de “outras síndromes específicas” (SKYLER et al., 2017).

A prevalência de DM no mundo é de 463 milhões de pessoas, na faixa etária de 20 anos a 79 anos, onde o Brasil ocupa o 5º lugar entre os 10 países com maior número de indivíduos com DM, correspondendo 16,8 milhões de pessoas na faixa de 20 a 79 anos com o diagnóstico para DM. A estimativa na América do Sul e Central é que no ano de 2030 tenham 40 milhões de pessoas com DM (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2019). Segundo dados do Ministério da Saúde por meio do Vigitel Brasil 2019: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, a prevalência da DM na cidade de Campo Grande na população adulta em 2018 é de 7,1% (BRASIL, 2020a).

A situação demográfica do Brasil apresenta um perfil epidemiológico cada vez mais pressionado pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). No futuro, a transição demográfica poderá determinar uma crescente elevação de morbimortalidades por condições crônicas (MENDES, 2012b). O enfrentamento de Condições Crônicas (CC) é um dos principais problemas enfrentados pelos modelos de atenção à saúde (SHIMAZAKI, 2009).

A DM está entre as principais CC, onde também estão presentes doenças como o câncer, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, e estão entre as principais causas globais de morte, correspondendo a cerca de 70% das mortes do mundo. São doenças caracterizadas por compartilharem a presença de fatores de riscos modificáveis como: tabagismo, alimentação não saudável, sedentarismo, e uso nocivo do álcool (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

A porta de entrada do usuário com os serviços de saúde acontece, preferencialmente, através da Atenção Primária à Saúde (APS), estabelecida como primeiro nível assistencial e responsável por atender doenças e condições mais prevalentes na população (GIOVANELLA et al., 2009). A DM é um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, do qual é um problema de saúde em que efetivas ações em saúde na APS como: diagnóstico, promoção, prevenção e tratamento precoce da patologia reduziria o risco de

internações provindas de complicações consequentes desses problemas de saúde (ALFRADIQUE et al., 2009).

A DM tem estabelecida importância dentro da APS e a partir das estratégias dispostas neste nível de saúde, é possível realizar o acompanhamento do indivíduo com essa patologia através da Estratégia Saúde da Família (ESF), para o desenvolvimento de cuidados clínicos e práticas educativas focadas em atividades voltadas à prevenção da DM, com atuação da equipe multiprofissional estimulando mudanças dos fatores de riscos modificáveis, prevenindo agravos e reduzindo morbimortalidades e possíveis internações sensíveis à atenção primária (PETERMANN et al., 2015).

O aumento da necessidade de acesso aos medicamentos é resultado dos indicadores demográficos, ocorrendo o aumento da demanda principalmente para o controle das CC, que necessitam de uso contínuo desses medicamentos, o que denota a importância do uso racional desses medicamentos, bem como a segurança, eficácia e qualidade dos produtos farmacêuticos que são dispostos para a população (BRASIL, 2001).

Associado ao aumento da demanda por medicamentos, o profissional farmacêutico é o responsável, por meio da prática da Atenção Farmacêutica, em dispor de serviços de promoção da saúde e educação em saúde junto à equipe de Saúde da Família (eSF), garantindo à população a melhoria do uso de medicamentos e insumos farmacêuticos, reduzindo fatores de riscos, morbimortalidade e custos relativos à terapia medicamentosa para a sociedade (VIEIRA, 2007).

Esse trabalho surge a partir da elevada prevalência e incidência de indivíduos portadores de DM no Brasil, considerado um problema importante para a Saúde Pública. A APS dispõe de eSF capacitadas a promover o cuidado ao indivíduo diabético e efetuar cuidados clínicos, com intuito de efetuar a Promoção à Saúde e Prevenção de Agravos decorrentes da DM (PETERMANN et al., 2015).

A intervenção educativa realizada por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS) traz a transformação do processo de trabalho no serviço de saúde associado ao aprendizado a fim de obter qualidade nos resultados do serviço ofertado ao coletivo. A EPS almeja, por meio do processo educativo, resultar na melhora da qualidade dos serviços, ampliar a resolubilidade das ações e fortalecer o processo de trabalho das eSF e o compromisso com a saúde das famílias e comunidades acompanhadas naquele território (BRASIL, 2000).

Desse modo, entende-se que a EPS no ambiente de trabalho é uma estratégia adequada para a qualificação dos serviços de saúde. Diante disso, esse trabalho propõe o desenvolvimento

da EPS na Unidade de Saúde da Familiar (USF) – Alfredo Neder Coopavila II, no município de Campo Grande no estado Mato Grosso do Sul visando melhoria nos serviços de saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

As definições de serviços de saúde são extensas, mas podem ser resumidas como um conjunto de intervenções preventivas e curativas para a população (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010). A APS é um serviço de saúde definido como a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) e um dos seus desafios são as condições crônicas mais prevalentes e multifatoriais, como a DM (BRASIL, 2014).

Para alcançar melhoria na qualidade dos serviços e a garantia do acesso dos usuários ao SUS, o Ministério da Saúde implantou a ESF para remodelar a APS e otimizar o alcance dos seus princípios de universalização, equidade e integralidade. A ESF prioriza o reconhecimento das necessidades populacionais, priorizando o vínculo entre os usuários e os profissionais de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Ampliando as práticas das eSF e com o objetivo de apoiar e aperfeiçoar os serviços e gestão em saúde, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) atua junto a eSF para o desenvolvimento de promoção, prevenção, reabilitação a saúde, educação permanente, promoção da integralidade, humanização de serviços e organização territorial. O NASF emprega apoio de profissionais de diferentes áreas de conhecimento (BRASIL, 2009).

A DM é uma doença crônica definida como uma síndrome metabólica caracterizada pela falha na ação e/ou secreção do hormônio insulina, ocasionando a hiperglicemia persistente que acarreta alterações nos principais metabolismos: carboidratos, lipídeos e proteínas, e que conseqüentemente, a longo prazo, causa comprometimentos funcionais e estruturais em diversos órgãos (PARANÁ, 2018). Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é caracterizada pela perda progressiva da secreção adequada de insulina pelas células beta pancreáticas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2021a). A causa da DM2 não é muito bem estabelecida, mas há forte associação com fatores como excesso de peso e a obesidade, etnia, histórico familiar e aumento da idade (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2019). A definição para o desaparecimento e disfunção das células endócrinas não são bem definidos, mas a ausência de secreção de insulina em consequência de hiperglicemia é um denominador comum (SKYLER et al., 2017).

As CC são complexas que demandam esforço multiprofissional para que ocorra a assistência integral a esse usuário, devido aos seus determinantes multifatoriais. A negociação da equipe com o usuário diabético sobre seus planos de cuidados traz a efetivação de um processo compreensivo (BRASIL, 2014). As intervenções desenvolvidas pela equipe ao usuário diabético, respeitando suas individualidades, incluem a educação e conscientização sobre a

doença, encorajamento para alimentação saudável, realização de atividades físicas regulares, instruções para o controle dos multifatores da DM por meio da mudança de estilo de vida e a associação aos tratamentos de monoterapia ou combinação de agentes antidiabéticos orais ou injetáveis (BRASIL, 2020).

O Modelo Transteórico de Mudança é considerado um instrumento favorável para a compreensão de mudanças comportamentais relacionadas à saúde (TORAL; SLATER, 2007). É um modelo proposto por Prochaska e colaboradores, com base na mudança de comportamento, descrevendo as etapas de mudanças para a modificação de um comportamento problemático ou construir um comportamento positivo. É utilizado para o desenvolvimento de intervenções eficazes para a promoção de mudança de comportamento na saúde. O Modelo Transteórico de Mudança é uma ferramenta de apoio para a mudança como um processo que envolve o progresso através de uma série de cinco fases: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção (VELICER et al., 1998).

O modelo reconhece as diferentes fases que os pacientes se encontram sobre sua condição clínica e está configurado para desenvolver intervenções que se adequam às necessidades específicas de cada usuário. Uma vez que as intervenções são individualizadas aos usuários e às suas necessidades, há menor frequência de desistência sobre mudanças comportamentais (VELICER et al., 1998).

A Sociedade Brasileira de Diabetes esclarece que para um tratamento em diabetes exitoso é essencial a implementação e coordenação de três modalidades de intervenções estratégicas: estratégias educacionais, estratégias de automonitorização e estratégias farmacológicas. Ainda ressalta que sempre que possível, recomenda-se que o atendimento às pessoas com diabetes deve ter a participação de uma equipe interdisciplinar, composta por profissionais de saúde de diferentes áreas e com a necessária qualificação e experiência prática em atividades de educação em saúde (SBD, 2019).

Segundo o Ministério da Saúde, ações em saúde em DM trazem resultados no seu controle glicêmico e são obtidos através da associação de diversos fatores que permitem o acompanhamento desses usuários e auxílio para o aprimoramento do autocuidado, aspecto importante que favorece a qualidade de vida e a redução da morbimortalidade. Para tal, é essencial a realização de intervenção educativa permanente com os profissionais de saúde que atuam no primeiro nível assistencial com o propósito de mudanças nas práticas em relação ao problema de saúde (BRASIL, 2013).

A EPS inserida no processo de trabalho traz a possibilidade de as eSF analisar, como equipe, o processo de trabalho e suas realidades, e assim, efetivar ações em saúde e/ou educativas (BRASIL, 2009). De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2011):

A educação permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa) (BRASIL, 2011, p.5)

A estratégia utiliza a aprendizagem e a construção de conhecimento a partir do cenário de trabalho, onde as ações de educação permanente dispõem de discussões do contexto das práticas de saúde. Ao se discutir as condições do cenário de práticas e suas problemáticas, o processo de EPS permite a revisão das práticas de saúde, o compartilhamento de saberes e direcionam possíveis mudanças das instituições de saúde. O desenvolvimento de EPS no contexto da prática de saúde é considerada estratégia para renovação dos processos de trabalho (SANTOS; TENÓRIO; KICH, 2011).

O processo de EPS proporciona a qualificação dos profissionais de saúde e auxilia no aprimoramento do processo de trabalho, possibilitando que a eSF desenvolva atendimentos sistematizados, promovendo assistência integralizada ao usuário diabético (RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010).

3 PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO

Este trabalho trata-se de uma intervenção fundamentada no processo de ensino metodologia ativa, modelo de ensino utilizado a fim de oportunizar o pensamento crítico, recurso em que o aprendizado e o entendimento do conhecimento assimilado podem ser mais praticáveis e exitoso, fazendo-se o aprendizado uma ferramenta multiplicadora de mudanças (ROMAN et al., 2017; SOUZA; ARAÚJO, 2020). Através da metodologia ativa, a aprendizagem desperta o raciocínio lógico, a pesquisa, a análise e a decisão, sucedendo a forma dinâmica de aprendizado (SILVA; SCAPIN, 2011).

A problematização é uma estratégia de metodologia de ensino onde é utilizado a comunicação provocativa, em que é trabalhado problemas ocorridos na prática para a promoção do processo de ensinar e aprender, e através da problematização o profissional de saúde é preparado para tornar consciente a realidade do seu território de prática, a fim de prepará-lo intencionalmente para transformar esse espaço. Para o desenvolvimento da problematização no presente trabalho, foi utilizado as etapas do Método do Arco, descritos no quadro 1, em que elencam cinco pontos para o desenvolvimento da problematização da prática vivenciada: Observação da Realidade; Pontos-Chave; Teorização; Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade (BERBEL, 1998; BORDENAVE; PEREIRA, 2004).

O Método do Arco é um caminho metodológico para o desenvolvimento de metodologias ativas proposto inicialmente por Bordenave e Pereira (1982), em que o Arco de Magueréz é ilustrado por cinco etapas e estimula o envolvimento dos participantes por meio da problematização da própria realidade vivida no dia a dia, para então compreender e superar a problemática. Ainda que as etapas sejam apresentadas no formato de Arco, o método é flexível e passível de adaptações perante as particularidades de cada grupo participante (BERBEL, 2011).

QUADRO 1 — Etapas do Método do Arco

Etapas	Descrição
Observação da Realidade	A primeira etapa do esquema proposto no método, é o momento em que é proposto para os participantes refletirem sobre a realidade vivida em seus atendimentos individuais ou domiciliares com usuários diabéticos tipo 2 acompanhados na USF, como proposto nesta intervenção. Serão aplicadas questões gerais sobre DM2 para auxílio no delineamento do tema (BERBEL, 1998).
Pontos-Chave	É o momento de identificação dos pontos-chave, que são traçados para realização de uma análise reflexiva sobre as possíveis causas dos problemas identificados durante a observação da realidade vivida. Posteriormente, é elaborada uma listagem dos pontos essenciais identificados (BERBEL, 1998).

Etapas	Descrição
Teorização	A teorização é a etapa onde ocorre a investigação das problemáticas identificadas. Após a investigação, as informações alcançadas devem ser ponderadas quanto à capacidade de auxílio e contribuição para resolução dos problemas (BERBEL, 1998).
Hipóteses de Solução	A quarta etapa é o momento em que os profissionais de saúde definem as possíveis soluções para os problemas expostos. O intuito é que as hipóteses sejam construídas após a compreensão profunda das pesquisas e estudos, analisando todos os ângulos possíveis (BERBEL, 1998).
Aplicação à Realidade	São escolhidas as hipóteses viáveis para serem inseridas no ambiente de prática (VILLARDI; CYRINO; BERBEL, 2015b). É o momento disposto para que os profissionais utilizem a EPS para aplicação à prática, intervindo na realidade por meio do retorno à população com DM2, completando a articulação que a EPS propõe (BRASIL, 2018).

Fonte: Adaptado de BERBEL, 1988; VILLARDI; CYRINO; BERBEL, 2015b

O local de condução da intervenção ocorreu na USF Dr. Alfredo Neder - Coophavila II, localizada no município de Campo Grande no estado de Mato Grosso do Sul e responsável por um total 13.502 pessoas, conforme cadastros no sistema eGestor. Para o atendimento dessa população, a USF distribui os profissionais de saúde atuantes em seis equipes distintas.

A EPS foi desenvolvida com profissionais que compõem a denominada equipe Pônei, responsável por 1.546 usuários cadastrados, conforme o sistema e-gestor em 2021. Com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde, a equipe é composta por 19 profissionais de saúde, sendo: dois enfermeiros, três médicos, seis agentes comunitários em saúde, uma psicóloga, uma assistente social, uma farmacêutica, dois odontólogos, um auxiliar de saúde bucal, um técnico de enfermagem e um administrativo, referindo-se à profissionais com vínculo ao órgão mantenedor da USF, residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e residentes do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade, e simultaneamente, a eSF recebe o apoio do NASF compostos por profissionais de diferentes categorias, sendo um educador físico, uma fisioterapeuta, uma pediatra, uma psicóloga e uma fonoaudióloga.

A EPS foi realizada em quatro encontros semanais, visando o compartilhamento de vivências e de conhecimentos a fim de estimular, através da problematização, mudanças na atuação da prática de trabalho (MARTINS et al., 2018). Através da metodologia da problematização com apoio do Método do Arco, a intervenção estimulou os profissionais da

saúde a problematizar suas concepções acerca do acompanhamento dos usuários com DM2 (BERBEL, 1998). Dessa forma, a metodologia foi utilizada como instrumento de EPS no cotidiano das eSF, como processo de reflexão sobre o trabalho e qualificação das ações em saúde.

No decorrer dos encontros, foi realizado um diário de campo, um instrumento de anotações, comentários e reflexões, utilizado para acompanhamento cronológico das oficinas com intuito de coletar dados e informações decorrentes ao envolvimento dos profissionais participantes da EPS (FALKEMBACH, 1987). Os participantes avaliaram os encontros realizados em grau de concordância e discordância através da resposta de afirmações em escala de pesquisa do tipo Likert, de um a cinco pontos, com o objetivo de identificar o grau de concordância ou discordância em relação à metodologia e atividades desenvolvida nos encontros (BERMUDES et al., 2016).

3.1 Aspectos Éticos

Conforme a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 a pesquisa é definida em “[...] classe de atividades cujo objetivo é desenvolver ou contribuir para o conhecimento generalizável”. Com base nesse conceito, esse projeto é um relato de experiência realizado no âmbito das atribuições práticas da residente autora, com objetivo de observação e melhoria dos serviços de saúde, não visando a obtenção de um conhecimento generalizável e constituindo em uma intervenção guiada pelos princípios éticos da profissão. Os profissionais da saúde foram orientados e concordaram sobre serem participantes como integrantes da equipe em espaços de atuação institucional, contribuindo para elaboração e desenvolvimento da intervenção para relato no Trabalho de Conclusão da Residência.

4 AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS

Para o desenvolvimento da intervenção, foram realizados quatro encontros semanais no mês de agosto de 2021. As oficinas foram coordenadas pela facilitadora-residente e foram realizadas durante o momento de reunião da equipe semanal, que trata de assuntos como vigilância em saúde, organização e planejamento de visitas domiciliares e ações comunitárias, informes administrativos entre outros. As oficinas tiveram em média 30 a 45 minutos de duração, com a participação de todos os profissionais da equipe, tendo sido motivo de ausência atestados médicos e afastamentos justificados. O planejamento foi apresentado e teve concordância em participação por parte de todos os profissionais da saúde presentes.

Seguindo o conceito da EPS, definido como a reflexão dos profissionais de saúde em seu cotidiano nos serviços de saúde, os encontros foram realizados para a consolidação e o aprimoramento da APS com a eSF. Segundo Ferreira et al. (2019), acredita-se que:

A formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde devem se dar de forma reflexiva, participativa e contínua, voltados para as necessidades locais, dos serviços e das pessoas, fortalecendo o elo entre gestores, instituição de ensino, profissionais de saúde e a população na melhoria da qualidade do sistema de saúde (FERREIRA et al., 2019, p.235)

Primeiro encontro

O primeiro encontro teve como objetivo apresentar o projeto e realizar a etapa 1 Observação da Realidade (Problematização) e etapa 2 – Pontos-chave do Método do Arco e contou com a participação de treze profissionais de saúde da equipe escolhida, compondo uma equipe multiprofissional para participação na EPS.

A facilitadora-residente apresentou a proposta do projeto de intervenção, da metodologia a ser desenvolvida, do intuito do projeto e de sua temática como parte do seu trabalho de conclusão da residência. Todos manifestaram interesse e concordância com a atividade, manifestando a adequação aos trabalhos da equipe. Esse espaço, então, configurou-se como uma possibilidade de estabelecer espaços de EPS nos cotidianos das equipes mesmo com dificuldades como tempo, estímulo, e dificuldades, relatados pelas equipes.

Em seguida, foi realizada uma dinâmica “quebra-gelo”, onde a pergunta central foi **“O que é fundamental para o paciente com DM2 ter sua doença controlada?”**, com participantes organizados em uma roda, onde foi proposto que cada um retirasse aleatoriamente uma letra do alfabeto em papéis fechados dentro de um envelope, em seguida, a letra retirada

pelo participante deveria ser correlacionada com a letra inicial de algo que em sua perspectiva seria fundamental para o paciente diabético ter sua doença controlada.

A dinâmica foi organizada para que a equipe ficasse à vontade, estimulando a participação de todos presentes e que fossem compartilhadas reflexões com base na realidade vivida pelos profissionais no cuidado ao paciente portador de diabetes tipo 2 acompanhados pela equipe. Esta atividade iniciou a execução das etapas 1 e 2 do Método do Arco: observação da realidade e pontos-chave da temática. A partir da oficina desenvolvida com a metodologia ativa, os profissionais citaram, a partir da observação da realidade e de suas experiências, algumas problemáticas características da equipe e de seu território.

Houveram diversas citações correlacionadas com a doença DM2, como: “educação em saúde”, “nutrição”, “fazer exercício”, “glicemia”, hemoglobina glicada”, “insulina”, “persistência”, “medicação”, “alimentação”, “perda de peso”, “dieta”, entre outros, que resultaram em pontos-chave para o cuidado com o paciente diabético, correspondendo a pontos essenciais identificados por toda a equipe para um paciente diabético ter sua doença controlada.

Através do diálogo desenvolvido pelo questionamento aplicado em forma de dinâmica, a equipe deu início a reflexões e análises dos problemas que ocorrem no território em que a equipe pertence e a partir dos pontos relevantes compreendidos pelos participantes, delineou-se os pontos-chave do problema: Orientação ao paciente; Motivação do paciente; Processo saúde-doença do diabetes e seus aspectos gerais; Saúde do diabético e sua família; Orientação familiar (SANTOS; TENÓRIO; KICH, 2011).

Durante as reflexões dos pontos-chave, a equipe observou o perfil de sua população adscrita da equipe, que consiste em um território distante da USF, dificultando o acesso do paciente, visualizou o perfil de pacientes que têm dificuldade em aceitar sua doença, como: pacientes do sexo masculino que escondem de seus parceiros e suas parceiras que têm diabetes, diabéticos que mesmo com a oferta dos serviços de saúde pelos profissionais da equipe, demonstram falta de interesse em realizar consultas ou exames e pacientes que conseguem acesso à unidade de saúde e estão vinculados com a equipe, mas ainda assim permanecem com sua doença descompensada e com parâmetros bioquímicos alterados.

Os participantes enfatizaram a importância da educação em saúde e a necessidade de abordar os familiares e observar problemas emocionais para lidar com a doença, sendo pontos importantes para o manejo do tratamento do paciente diabético. Segundo Vázquez, Armendáriz e Labrador (2015), a diabetes representa uma dificuldade psicossocial significativa, tanto para os pacientes como para os familiares envolvidos nos seus cuidados. Dentro da complexidade

do DM, os profissionais de saúde se deparam com a necessidade de desenvolver ações psicoeducativas para a promoção e assistência à saúde, através do reconhecimento da complexidade psicossomática relacionadas ao DM, revelando a necessidade de qualificação como equipe para o planejamento terapêutico para controle e prevenção de possíveis complicações futuras (ANTÓNIO, 2010).

Por fim, a equipe descreveu a possibilidade do desenvolvimento de Práticas Integrativas e Complementares, como hortas comunitárias, atividade em que percebem promover estímulos positivos com o paciente e contribuem com o vínculo com a equipe. As hortas comunitárias no SUS compreende em uma atividade promotora da saúde e constitui um espaço saudável com estímulo à autonomia e ao desenvolvimento de habilidades pessoais (COSTA et al., 2015).

Encerrando o primeiro encontro, a facilitadora-residente agradeceu à equipe pelo interesse em participar dos encontros e da temática e questionou os profissionais e residentes sobre a experiência da metodologia ativa. Os participantes agradeceram e expressaram o desejo de continuidade das atividades mais expressivas e dialógicas e disponibilizaram os inícios das reuniões semanais da equipe para a sequência dos encontros.

Segundo encontro

Foi realizado com a presença de doze participantes e teve o objetivo de teorização e hipóteses de solução. Inicialmente, a facilitadora-residente retomou os pontos-chave pontuados pela equipe no primeiro encontro durante as etapas de observação da realidade e problematização da equipe. Os pontos com maior evidência compreenderam: a distância que os usuários residem da localização da USF, a importância da orientação dos familiares do paciente diabético, a importância da orientação sobre a alimentação em questões sociais e pacientes não aderindo ao tratamento pela falta de vínculo com a equipe, problemas emocionais e a falta de interesse no seu tratamento.

A partir desses pontos, o objetivo do segundo encontro foi realizar uma abordagem centrada no paciente, sendo distribuídas algumas situações-problemas baseadas no Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento do paciente diabético para a equipe. As situações-problema foram elaboradas baseadas nos cinco estágios de mudança de comportamento onde a primeira situação problema contemplou a retratação do estágio de “pré-contemplação” e “contemplação”, a segunda o estágio de “preparação” e “ação” e por fim, a terceira, o último estágio de mudança de comportamento, “manutenção” (SBD, 2019).

Após resgatar algumas falas e pontos-chave presentes no primeiro encontro, foram entregues três situações-problemas baseadas na observação da realidade acerca do usuário diabético. A equipe foi dividida aleatoriamente em três grupos para a leitura das situações-problemas e posteriormente, realizarem discussão sobre o perfil daquele paciente dentro da classificação dos Estágios da Mudança do Comportamento, pontuando em um quadro disponibilizado aos grupos, suas características e possíveis soluções que a equipe poderia desenvolver com aquele usuário.

O grupo que recebeu a primeira situação-problema, apresentada no quadro 2 abaixo, foi composto por dois agentes comunitários de saúde, uma assistente social e uma técnica de enfermagem.

QUADRO 2 — Situação problema 1

SITUAÇÃO PROBLEMA 1
M.C.A, 56 anos, aposentada, mora com esposo, três filhos e sua mãe. Raramente vai à Unidade de Saúde da Família pois é muito longe de sua casa e refere não tem tempo pois os filhos não estão indo à escola e ela cuida todos os dias. Diz ser diabética há muito tempo, se nega a tomar suas medicações e que não quer parar de comer coisas de sua vontade. Sua agente comunitária de saúde diz orientar a usuária a fazer exames e acompanhamento de sua doença, mas ela demonstra não ter interesse e responde com frases de “eu não posso” e “eu não quero”. Preocupada com sua moradora, o agente comunitário de saúde repassou caso para equipe durante reunião semanal, e equipe realizou atendimento domiciliar, em atendimento, usuária referiu que poderia realizar algumas mudanças, mas de forma incerta, equipe agendou uma consulta, mas usuária faltou.

Fonte: autoria própria

A assistente social pertencente ao grupo trouxe as perspectivas e hipóteses de solução e relata que inicialmente eles realizariam teleatendimento ou busca ativa dessa paciente, para assim, criar vínculo com a mesma, e posteriormente realizar encaminhamento para realização de exames laboratoriais, com intuito de confirmar a condição de DM2 e realiza atividades para ressaltar a importância do tratamento e acompanhamento com a eSF para adequação do tratamento.

Em continuação, o grupo expõe sobre a solicitação de apoio por um nutricionista pelo NASF, em busca de auxílio para a paciente no ajuste de sua alimentação, pois através do relato de “se nega, ela disse que não quer parar de comer o que ela gosta”, sinaliza sobre a relevância do matriciamento com o NASF como estratégia reconhecida como eficaz nos estágios de mudança de comportamento “pré-contemplação” e “contemplação”. O matriciamento da eSF com o NASF associa serviços clínicos direcionados ao usuário diabético e o suporte assistencial técnico-pedagógico com à equipe, com o intuito do NASF produzir o apoio educativo através da EPS, possibilitando à equipe a realizar uma abordagem individualizada (BRASIL, 2009).

E, por fim, o atendimento domiciliar para acompanhamento, visualização da dinâmica familiar, onde assistente social destaca sobre a mãe que a paciente cuida, se é somente ela que cuida e estratégias de acionar o restante da família para divisão de cuidados da idosa, para assim a paciente desenvolver melhor autocuidado sobre sua condição de saúde. A equipe detalha características e soluções expostas no quadro 3 abaixo:

QUADRO 3 — Características e soluções apresentadas pelo grupo referente a situação problema 1.

Características	Estratégias (Hipóteses de solução)
<ul style="list-style-type: none"> → Negação → Conflitos emocionais → Pequenas mudanças 	<ul style="list-style-type: none"> → Realizar exames → Buscar adequação de tratamento → Matriciar com o NASF → Realizar orientações → Realizar um contato telefônico ou busca ativa para remarcar consulta

Fonte: autoria dos participantes

O grupo que recebeu a segunda situação-problema foi composto por dois agentes comunitários de saúde, uma enfermeira e uma médica, exibida no quadro 4 abaixo:

QUADRO 4 — Situação problema 2.

SITUAÇÃO PROBLEMA 2
G.L.O, 65 anos, trabalha de segunda a sexta, mora com seus filhos de 18 e 23 anos. Faz exames de rotina que realiza anualmente e descobriu que sua diabetes está muito elevada e terá que iniciar o uso de insulina. Se sente chateado e refere que sempre seguiu seu tratamento conforme orientado, mas sua alimentação se manteve normal e quando saía aos finais de semana para comer fora ou beber não tomava sua medicação, é fumante, mas refere estar muito preocupado e comprometido com sua situação de saúde. Tem seu retorno agendado para aprender a usar insulina. Em suas falas diz que vai usar a insulina e iniciar mudanças de hábitos de vida, mas é algo que não está presente na sua rotina, pois trabalha o dia todo e tem pouco tempo para si mesmo.

Fonte: autoria própria

Após o grupo realizar a leitura e discussão da situação problema, reuniram seus pontos de vista com o intuito de acompanhamento do paciente diabético retratado na situação de estágio de mudança de comportamento: “preparação” e “ação”. Detalharam as características que foram compreendidos durante debate do caso e hipóteses de solução para que esse paciente alcance a motivação para continuação daquele comportamento, conforme quadro 5 abaixo:

QUADRO 5 — Características e soluções apresentadas pelo grupo referente a situação problema 2.

Características	Estratégias (Hipóteses de solução)
<ul style="list-style-type: none">→ Fumante→ Idoso→ Tratamento irregular→ Alimentação irregular→ Não realiza atividade física	<ul style="list-style-type: none">→ Disciplina e força de vontade→ Educação em saúde→ NASF nutricionista→ Grupos de atividade física→ Incentivar a parar de fumar (grupo)→ Atender a família

Fonte: autoria dos participantes

A médica participante do grupo retrata sobre a importância da educação em saúde com esse paciente e compreenda a importância do tratamento, os riscos do tabagismo, a relevância da realização de atividade física e estimular atividades físicas em grupos, sendo o momento em que a equipe irá desenvolver estratégias para a evolução nos estágios de mudanças de comportamento, acompanhando através de atendimentos domiciliares periódico.

Os participantes do segundo grupo, assim como o primeiro grupo, também apresentaram em suas hipóteses de solução a importância da orientação familiar e do suporte assistencial do NASF. Atualmente, o NASF que apoia a USF não possui na equipe o profissional nutricionista e a eSF ressalta a importância do profissional para atuação interprofissional e realização de atividades como educação em saúde, alimentar e nutricional. A inclusão dos familiares no cuidado ao paciente diabético é ressaltada pela equipe.

Em estudo, pesquisadores evidenciam sobre os benefícios do apoio do familiar para o autocuidado, sendo favorável para atenuar os efeitos negativos da diabetes, melhorando o controle glicêmico e reduzindo as possíveis complicações que o descontrole glicêmico desencadeia (LEE et al., 2018). Mayberry, Harper e Osborn (2016) entrevistaram pacientes diabéticos adultos sobre percepções sobre apoio familiar, e aqueles que não recebiam apoio familiar revelaram o desejo do apoio e encorajamento com dieta recomendada, exercícios físicos, administração de medicamentos, envolvendo a família no apoio a gestão da diabetes.

Em sequência, o terceiro grupo foi composto por uma agente comunitária de saúde, uma dentista, um médico, uma psicóloga e uma profissional administrativa, que receberam a terceira situação problema, exposta no quadro 6 abaixo:

QUADRO 6 — Situação problema 3.

SITUAÇÃO PROBLEMA 3
R.N.S tem diabetes tipo 2 há 10 anos, passou por uma internação há 4 meses. Após isso, iniciou acompanhamento em sua Unidade de Saúde de referência, onde passou a se comprometer com seu tratamento, alimentação e exercícios físicos com o apoio de sua Equipe de Saúde da Família, e relata ter “renascido”, se sentindo uma nova pessoa. Refere antigos hábitos e refere retornar de 6 em 6 meses na unidade para repetir exames e prevenir danos e piora em sua doença.

Fonte: autoria própria

Conforme o terceiro grupo, a situação problema caracterizou o indivíduo nos estágios da mudança de comportamento “ação” e “manutenção”, detalhados em sequência, no quadro 7:

QUADRO 7 — Características e soluções apresentadas pelo grupo referente a situação problema 3.

Características	Estratégias (Hipótese de solução)
<ul style="list-style-type: none">→ Mantém um novo comportamento→ Evita tentação→ Apoio na realização de ações diretas para alcançar um objetivo	<ul style="list-style-type: none">→ Vínculo→ Descobrir método→ Reaplicar o método

Fonte: autoria dos participantes

Após realizar a leitura da situação problema, o grupo trouxe à roda as possibilidades no serviço de saúde que poderiam ser realizadas sobre a coordenação do cuidado com o paciente diabético nos Estágios de Mudança de Comportamento “ação” e “manutenção”. Estas possibilidades envolveriam o acolhimento, a escuta qualificada do paciente diabético e alguns pontos importantes a serem desenvolvidos como o atendimento aos seus familiares. Além do auxílio à mudança de comportamento através da compreensão do comportamento humano, contribui para autocuidado apoiado e à educação em saúde (MENDES, 2012a). Desenvolver serviços de saúde centrado na pessoa, envolvendo o paciente e seus familiares em decisões, acompanhamento e cuidados em saúde é essencial para a oferta de serviço de boa qualidade (LOPES; CHAVES, 2012).

Conforme a Associação Americana de Diabetes, estratégias como comunicação centrada ao paciente devem ser utilizadas para potencializar os desfechos de saúde do usuário diabético e estimular a qualidade de vida. Os Padrões de Assistência Médica em Diabetes ressaltam que pessoas com diabetes, para obter avaliação médica integral e bem sucedida dependem da interação estreita com a equipe de atendimento, se beneficiando de uma relação próxima com a equipe multiprofissional. A Associação Americana também destaca a

importância de o indivíduo com diabetes assumir um papel ativo em seus cuidados e a relevância do paciente, família, rede de apoio e equipe de saúde formular juntos o plano de cuidado e manejo do estilo de vida (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2021).

Terceiro encontro

Nesse encontro foi desenvolvido as etapas do Método do Arco de teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. Ao decorrer das reuniões de equipe semanais, em conjunto ao desenvolvimento dos encontros de EPS, a equipe planejou a realização de uma ação em saúde no território, com intuito de ampliar o acesso desses usuários diabéticos do tipo 2 que moram distantes da USF.

O planejamento da equipe para ação em saúde com pacientes diabéticos não teve influência dos encontros realizados anteriormente, consistiu em um planejamento consequente do DM ser uma das condições em saúde mais prevalentes no território da USF, coincidindo com a temática proposta no trabalho de conclusão de residência da facilitadora-residente, o que influenciou no delineamento das oficinas, a fim de qualificar a equipe e auxiliar no aprimoramento aos conhecimentos acerca do DM2.

O embasamento teórico utilizado foi voltado à equipe multidisciplinar, utilizando a metodologia ativa com a equipe com o intuito de estimular o desenvolvimento da interprofissionalidade ao desenvolver o cuidado ao usuário diabético, para que a equipe pudesse levar a metodologia para a ação em saúde para a aplicação no território, compreendendo última etapa do Método do Arco: aplicação à realidade.

O terceiro encontro foi iniciado com a distribuição do texto “A equipe multidisciplinar” selecionados pela facilitadora-residente do encontro para o momento de teorização (SBD, 2019). Em sequência, a equipe foi dividida em grupos para que todos conseguissem ler o texto de apoio no tempo de vinte minutos disponibilizado para a leitura. Seguindo o Método do Arco, na etapa 3 e 4, buscou-se o propósito de responder ao perfil da equipe configurado nos encontros anteriores, a fim de estimular e ampliar as visões de cada categoria profissional dentro do desenvolvimento da educação em saúde no território adscrito à equipe. A temática surgiu da necessidade da equipe após a problematização de situação identificada na rotina de trabalho e em reuniões da equipe e, apesar da representação da metodologia do arco, o processo e decorrer dos encontros não implica em uma estrutura rígida de passo a passo, o que permite respeitar a realidade e visões dos profissionais de saúde e a transformação minimamente do arco, retornando em pontos diferentes (BERBEL, 1998;

SANTOS; TENÓRIO; KICH, 2011).

Após a leitura, foi desenvolvida simulação realística como metodologia ativa, onde a dentista da equipe desenvolveu papel de profissional da saúde em uma perspectiva de aplicação de um questionário, presente no referencial teórico, sobre autocuidado do paciente diabético e a médica da equipe desenvolveu o papel de paciente diabético, formulando o cenário de um usuário diabético com sua doença descompensada. Durante a representação desenvolvida de entrevista profissional da saúde-paciente, a facilitadora-residente incentivou os profissionais elaborarem orientações que poderiam ser realizadas ao perfil do paciente representado na simulação realística, refletindo sobre como esse paciente poderia ser ajudado a partir de suas condições clínicas devido ao diabetes.

A eSF compartilha possibilidades de estratégias para realizar com os usuários diabéticos e desenvolver educação em saúde, trabalhando com orientações sobre alimentação saudável, sempre questionando as possibilidades alcançáveis, informando-se sobre os equipamentos sociais próximos à casa do usuário, para que o mesmo possa utilizar para realização de atividades físicas e sempre encorajando aos poucos, sem propor mudanças inalcançáveis, respeitando sua realidade de vida e realizando uma abordagem centrada na pessoa diabética, estimulando-o à ser o responsável por seu autocuidado.

A comunicação efetiva e participação ativa entre os pacientes com DM2 e a eSF estimula o paciente desenvolver o papel ativo em seu autocuidado, sendo fundamental para um tratamento efetivo (GROSS; GROSS; GOLDIM, 2010). Os participantes destacam sobre sempre questionar o próprio paciente, evitando a imposição tratamentos não medicamentosos que sejam impossíveis para o próprio paciente; Relatam sobre questionar suas possibilidades alimentares que ele tem em casa, o que esse paciente tem de espaços próximos a sua casa para realizar caminhada, possibilitando levar seus familiares juntos que não possam ficar sozinhos em casa, sempre considerando o acessível para o mesmo e ressaltando a importância de realizar com regularidade.

Associado às etapas da metodologia da problematização, a equipe desenvolveu a participação ativa e desempenharam o planejamento para a aplicação da realidade, organizando uma ação territorial para atendimento aos pacientes diabéticos com dificuldade de acesso por residir muito longe da USF e dessa maneira, possibilitando à equipe exercitar e manejar o cenário real identificado dos pacientes diabéticos já acompanhados ou não pela equipe, almejando a solução dos problemas identificados, transformando a teoria em prática e completando o Método do Arco (VILLARDI; CYRINO; BERBEL, 2015).

Desta forma, este trabalho corrobora o uso de metodologia ativas da mesma forma que foi utilizado em estudo por Braga et al. (2014), que utilizou esta estratégia para o executar a EPS com agentes comunitários de saúde para o enfrentamento de CC. Como resultado, obteve o espaço para diálogo e criação de novos conhecimentos, processo que auxiliou no fortalecimento do vínculo com esses profissionais, sendo esses os que estão mais próximos à realidade dos usuários e da comunidade. Através da EPS, criou-se a possibilidade e o conhecimento das reais necessidades dos usuários com CC da equipe de referência, promovendo a reflexão e o aprendizado.

Quarto encontro

O quarto e último encontro ocorreu no dia 31 de agosto de 2021, com quatorze participantes, foi conduzido para o encerramento dos encontros da EPS e os participantes avaliaram o processo de ensino-aprendizagem através de um instrumento avaliativo do tipo Likert, com afirmativas representadas pela escala de concordância “discordo totalmente”, “discordo da afirmação” “nem concordo e nem discordo”, “concordo” e “concordo totalmente” com as afirmações dispostas sobre os encontros realizados. As afirmações e percentuais de respostas e concordância dos participantes estão dispostas na tabela 1 abaixo:

Tabela 1 — Escala do tipo Likert

Perguntas	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
O tema da oficina foi importante e atual, sendo esse diálogo relevante para a equipe	100%	0%	0%	0%	0%
O assunto trabalhado foi atual, representando situações relacionadas ao contexto no qual a equipe está inserida	92,9%	7,1%	0%	0%	0%
As atividades propostas foram esclarecidas adequadamente pela facilitadora-residente	100%	0%	0%	0%	0%
Considero que a minha participação na oficina contribuiu para aumentar a minha compreensão teórico e prática que tenho a respeito do tema “diabetes mellitus tipo 2”	71,4%	28,6%	0%	0%	0%

Perguntas	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
Considero que a participação na oficina contribuiu para identificar minhas principais dificuldades em relação à educação em saúde do paciente diabético	71,4%	28,6%	0%	0%	0%
Considero que a minha participação na oficina proporcionou um momento de reavaliação pensamentos e atitudes em relação a mim mesmo e ao outro, através do compartilhamento de ideias e do trabalho em equipe	85,7%	14,3%	0%	0%	0%

Fonte: autoria própria adaptado de SOUZA; ARAÚJO, 2021

Baseado nos resultados da avaliação do tipo Likert, compreendeu-se que as oficinas atingiram os objetivos da intervenção proposta, criando um espaço de reflexões, diálogo, e participação ativa dos profissionais da saúde, qualificando o trabalho da equipe.

Rodrigues, Vieira e Torres (2010) alcançaram resultados semelhantes por meio de oficinas semelhantes sobre DM2 com uma eSF para o desenvolvimento da EPS, onde o processo educativo proporcionou aos participantes esclarecimento de desafios e dificuldades em que a equipe vivência nos serviços de saúde. Nesse estudo, os participantes ressaltaram o perfil da estratégia pedagógica, constituindo em oficinas de fácil compreensão, interativa, lúdica, motivadora.

Diante da avaliação do tipo Likert, houve participantes que não consideraram que suas participações contribuíram totalmente para compreensão teórico e prático sobre DM2 e para identificar as principais dificuldades relação à educação em saúde do paciente diabético. Diversos fatores estão associados à DM2, condição clínica que está associada a múltiplos outros problemas de saúde, como obesidade, pressão alta, tabagismo, tornando mais ampla a abordagem a todos os fatores associados, pois há fatores hereditários, comportamentais, fatores sociais e econômicos, tornando necessário a realização contínua de espaços de EPS para contemplar seus diversos fatores (MENEZES; SOUSA, 2014).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção educativa é desafiadora e, ao mesmo tempo, estimulante. Acompanhar todos os profissionais de categorias distintas serem protagonistas do processo de construção de conhecimento e espaços de reflexão, objetivando a qualificação do cuidado ao usuário, caracteriza a EPS como um espaço acolhedor, inclusivo e cooperativo. Diante disso, a intervenção proporcionou aos profissionais da eSF a contemplação da participação, do envolvimento interprofissional, do tempo pra equipe poder conversar e refletir sobre o usuário, transformar as práticas profissionais e organizacionais diante da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004).

Por meio da EPS alcançou-se a qualificação dos profissionais que atuam no processo de cuidado dos pacientes diabéticos. A equipe teve espaço para a reflexão sobre aspectos desse usuário e a partir da metodologia da problematização, planejou estratégias para ampliar o acesso, qualificar o vínculo com o paciente, e inserir sua rede de apoio ao planejar autocuidado. Portanto, o envolvimento da equipe durante as EPS auxiliou a estabelecer estratégias com ações territoriais e planejamentos de acompanhamento através de atendimentos domiciliares com casos complexos, evidenciando a importância da abordagem centrada no paciente (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2021b; BRASIL, 2004).

Porém, alcançar espaços construtivos como o de EPS no ambiente de trabalho é um processo árduo e exige reconhecimento e valorização de todos os profissionais, em destaque os profissionais atuantes na gestão do local de trabalho. Devido à alta demanda de serviços de saúde e diferentes agendas dos profissionais de categorias distintas, o único espaço condizente para a realização da EPS foram os espaços de reunião de equipe, restringindo o tempo mínimo necessário para o desenvolvimento da EPS, pois as reuniões tinham o propósito do repasse de informações de todas as categorias de profissionais e discussões de casos mais complexos pertencentes à equipe.

Em cenário de pandemia de Covid-19, o local de condução da EPS inviabilizou a utilização de recursos para a condução dos encontros, restringindo as ferramentas utilizadas para o enriquecimento da metodologia ativa, além da variação conforme condições climáticas, interferências e impactos de ruídos, sendo trabalhoso para os participantes e facilitadora-residente dos encontros.

Atingiu-se o aprimoramento do conhecimento teórico e prático sobre DM2, onde a eSF através da metodologia da problematização, identificou principais dificuldades associadas

ao cuidado desenvolvido com usuários diabéticos, como aqueles que estão no Estágio de Mudança de Comportamento de “pré-contemplação” e “contemplação” e a realização da abordagem familiar, sendo as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais em relação à educação em saúde do paciente diabético. A abordagem sobre mudança de comportamento contribui o estímulo para desenvolvimento do autocuidado, sendo primordiais para os cuidados essenciais em condições crônicas, visto que, para uma intervenção eficaz, é necessário que o profissional reconheça o estágio que o paciente se encontra (MENDES, 2012a).

O espaço de EPS foi concretizado dentro das reuniões de equipe realizadas semanalmente, porém é enriquecedor que essa estratégia seja desenvolvida em momentos com esse único objetivo e em locais com ambiência, para acentuar a aprendizagem significativa. Como farmacêutica-residente, vivenciar a elevada demanda de usuários diabéticos por medicações, insumos relacionados ao tratamento de diabetes mellitus, atendimentos clínicos e demandas pela equipe por interconsultas estimulou o interesse e reconhecimento da necessidade da intervenção ser realizada com esse grupo de doenças metabólicas, visando a intervenção educativa com a equipe para a oferta de cuidados que atenda todas as necessidades de saúde que os pacientes diabéticos necessitam, assegurando a integralidade daquele usuário.

A realização de oficinas de EPS repercutiram positivamente e contribuíram para que os profissionais de saúde através da participação ativa e o envolvimento interprofissional refletissem sobre o cenário atual de suas práticas na USF destinadas aos pacientes diabéticos e aos planejamentos de educação em saúde. Em reunião de planejamento estratégico na USF, a equipe elogiou as construções e o desenvolvimento das oficinas realizadas e ressaltaram o interesse de continuação ao decorrer dos meses seguintes.

ANEXO A – DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU

066/2021



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;
Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;
Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;
O presente termo estabelece responsabilidades entre pesquisadores e a Secretaria Municipal de Saúde Pública:

COMPETÊNCIAS:

PESQUISADOR:

- 1) Solicitar por meio de carta de apresentação a autorização do Secretário Municipal de Saúde para realizar pesquisa, no seguinte formato:
 - Identificação do pesquisador do projeto (nome completo e do orientador);
 - Contato (telefone e e-mail);
 - Nome do projeto;
 - Objetivos;
 - Metodologia completa;
 - Assinatura do coordenador de curso e do orientador de pesquisa.

Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.

- 2) Em função da rotina de trabalho da SESAU agendar previamente com a área envolvida;
- 2) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 3) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
- 4) Apresentar-se com jaleco ou crachá de identificação.

SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Os trabalhos que envolverem dados, serão enviados através de e-mail do pesquisador;
- 4) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande, 09 de Agosto de 2021.

Jonice Catarina de O. Plazzi
Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS
SGTE/SESAU/CG/MS

NAYARA F. da Silva
Pesquisador



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde autoriza a pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), NIYARA FERREIRA DA SILVA, inscrito (a) no CPF/MF sob n.º 05700899132, portador (a) do documento de Identidade sob n.º 2036696, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Ampolas, N.º 497, Bairro: Sockey Club, nesta Capital, telefone n.º (67) 98433547 pesquisador(a) do Curso de Residência Multiprofissional da Instituição Prefeitura Municipal de Campo Grande / FICCPUZ com o título do projeto de pesquisa: "Educação Permanente em Diabetes Mellitus Tipo 2 com Equipe Saúde da Família e uma Unidade Saúde da Família em Campo Grande-MS", o pesquisador firma o compromisso de manter o sigilo das informações acessadas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde Pública, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gerência da unidade de saúde sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisa só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o acadêmico deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande, 05 de Agosto de 2021.

NIYARA F. DA SILVA

Pesquisador (a)

Jonise Catarina de O. Piazza
Jonise Catarina de O. Piazza
Gerente de Educação Permanente
SGTE/SESAU/CG/MS

Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS

REFERÊNCIAS

ALECIO, G. S. C.; BALEJO, R. D. P.; MUELLER, V. **Modelo de TCR – projeto de intervenção para residentes do PRMSF SESAU/FIOCRUZ**. Campo Grande/MS, 2021.

ALFRADIQUE, M. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1337–1349, 2009.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes — 2021. **Diabetes Care**, v. 44, n. 1, p. S15–S33, 2021a.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities: Standards of Medical Care in Diabetes — 2021. **Diabetes Care**, v. 44, n. 1, p. S40–S52, 2021b.

ANTÔNIO, P. A psicologia e a doença crônica: intervenção em grupo na diabetes mellitus. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 11, n. 1, p. 15–57, 2010.

BERBEL, N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. 2, p. 139–154, 1998.

BERBEL, N. A. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências sociais e humanas**, v. 32, n. 1, p. 25-40, 2011.

BERMUDES, W. L. et al. Tipos de Escalas Utilizadas em Pesquisas e Suas Aplicações. **Revista Vértices**, v. 18, n. 2, p. 7–20, 30 ago. 2016.

BORDENAVE, J.; PEREIRA, A. Estratégias de ensino-aprendizagem. **Editora Vozes**, v. 25, p. 23–57, 2004.

BRAGA, C. C. et al. Educação permanente para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 18, n. 1, p. 39–44, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabete Melito Tipo 2**, 2020b. p. 128.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**, 2009. p.160.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente**, 2000. p. 32.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**, 2013. p. 160.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**, 2011. p. 110.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?, 2018. p. 73.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos, 2001. p. 40.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2019: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. p. 13–137, 2020a.

BRASIL. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 16 out. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** [s.l: s.n.].

COSTA, C. et al. Hortas comunitárias como atividade promotora de saúde: uma experiência em Unidades Básicas de Saúde. **Ciência & Saúde**, v. 20, n. 10, p. 3099–3110, 2015.

FALKEMBACH, E. M. F. **Diário de campo: um instrumento de reflexão.** Disponível em: <http://www.unirio.br/cchs/ess/Members/silvana.marinho/disciplina-instrumentos-e-tecnicas-de-intervencao/unid-2-instrumentos-de-conhecimento-intervencao-e-registro/texto-7-falkembach-elza-maria-fonseca-diario-de-campo-um-instrumento-de-reflexao-in-contexto-e-educacao-no-7-jui-inijui-1987/view>.

FERREIRA, L. et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate**, v. 43, n. 120, p. 223–239, 2019.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783–794, 2009.

GROSS, C.; GROSS, J.; GOLDIM, J. Problemas emocionais e percepção de coerção em pacientes com diabetes tipo 2: um estudo observacional. **Revista HCPA**, v. 30, n. 4, p. 431–435, 2010.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF DIABETES ATLAS.** [s.l: s.n.].

LEE, A. A. et al. Diabetes distress and glycemic control: The buffering effect of autonomy support from important family members and friends. **Diabetes Care**, v. 41, n. 6, p. 1157–1163, 1 jun. 2018.

LOPES, J. M. C.; CHAVES, D. L. Consulta e abordagem centrada na pessoa. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade.** São Paulo: Artmed, p. 112-123, 2012.

MARTINS, V. et al. Contribuições de oficinas pedagógicas na formação do interlocutor da educação permanente em saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 20, p. 1–10, 2018.

MAYBERRY, L. S.; HARPER, K. J.; OSBORN, C. Y. Family behaviors and type 2 diabetes: What to target and how to address in interventions for adults with low socioeconomic status. **Chronic Illness**, v. 12, n. 3, p. 199–215, 1 set. 2016.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília – DF. p. 512, 2012b.

MENEZES, T.; SOUSA, N. Diabetes mellitus referido e fatores associados em idosos residentes em Campina Grande, Paraíba. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 4, 2014.

OLIVEIRA, M.; PEREIRA, I. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158–164, set. 2013.

OLIVEIRA, S. C. et al. **Diretrizes para elaboração e diagramação do trabalho de conclusão de curso**. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. 2004. Disponível em: [https://www.dci.ufscar.br/arquivos/bci/documentos/pp - bci - 2004 - diretrizes para elaboracao e diagramacao de tcc.pdf](https://www.dci.ufscar.br/arquivos/bci/documentos/pp_-_bci_-_2004_-_diretrizes_para_elaboracao_e_diagramacao_de_tcc.pdf)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. 2010.

PARANÁ. *Linha guia de diabetes mellitus*, 2018. p. 57.

PETERMANN, X. et al. Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa. **Saúde (Santa Maria)**, v. 41, n. 1, p. 49–56, 2015.

RIBEIRO JUNIOR, E. H.; PENTEADO, R. F. S. **Modelo para formatação de trabalhos acadêmicos da UTFPR**. Ponta Grossa, 2011. (Apostila).

RODRIGUES, A. C. S.; VIEIRA, G. L. C.; TORRES, H. C. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 531–538, 2010.

ROMAN, C. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão narrativa. **Clinical & Biomedical Research**, v. 37, n. 4, p. 349–357, 15 dez. 2017.

SANTOS, C.; TENÓRIO, F.; KICH, F. Educação Permanente em Saúde no Estado de Sergipe: Saberes e tecnologias para implantação de uma política. p. 112, 2011.

SBD. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020*. **Clannad**, 2019.

SHIMAZAKI, M. E. A Atenção Primária à Saúde. p. 10–16, 2009.

SILVA, R.; SCAPIN, L. Utilização da avaliação formativa para a implementação da problematização como método ativo de ensino-aprendizagem. **Estudos em avaliação educacional**, v. 22, n. 50, p. 537–552, 2011.

SKYLER, J. S. et al. Differentiation of Diabetes by Pathophysiology, Natural History, and Prognosis. **Diabetes**, v. 66, p. 241–255, 2017.

SOUZA, L. L. N.; ARAÚJO, W. P. **Guia para a realização da oficina pedagógica: Responsabilidade ética dos discentes do Curso Técnico em Química Integrado ao Ensino Médio do IFNMG**, 2021.

TORAL, N.; SLATER, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1641–1650, 2007.

VÁZQUEZ, M.; ARMENDÁRIZ, I.; LABRADOR, M. Emotional distress and quality of life in people with diabetes and their families. **Gaceta Sanitaria**, v. 29, n. 4, p. 300–303, 2015.

VELICER, W. F. et al. Detailed Overview of the Transtheoretical Model. **Homeostasis**, v. 38, p. 216–233, 1998.

VIEIRA, F. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 2 13–220, 2007.

VILLARDI, M. L.; CYRINO, E. G.; BERBEL, N. A. N. A metodologia da problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades. p. 45–52, 2015b.

VILLARDI, M.; CYRINO, E.; BERBEL, N. **A metodologia da problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades. In: A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos.** [s.l.] SciELO Books - Editora UNESP, 2015a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Noncommunicable diseases: progress monitor 2020. 2020.