

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

**A INFLUÊNCIA DO GRUPO OPERACIONAL NA ASSISTÊNCIA AOS
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS PELOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE
DO BAIRRO JARDIM PRIMAVERA- UBERABA – MINAS GERAIS**

ANA CLÁUDIA KAMIMURA MORI

UBERABA/MG

2010

ANA CLÁUDIA KAMIMURA MORI

**A INFLUÊNCIA DO GRUPO OPERACIONAL NA ASSISTÊNCIA AOS HIPERTENSOS
E DIABÉTICOS PELOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DO BAIRRO
JARDIM PRIMAVERA – UBERABA – MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof. MARIA TERESA MARQUES AMARAL

UBERABA/MG

2010

ANA CLÁUDIA KAMIMURA MORI

**A INFLUÊNCIA DO GRUPO OPERACIONAL NA ASSISTÊNCIA AOS
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS PELOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE
DO BAIRRO JARDIM PRIMAVERA – UBERABA – MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof. MARIA TERESA MARQUES AMARAL

Banca Examinadora

Prof. MARIA TERESA MARQUES AMARAL
Prof. SIMONE DUTRA LUCAS

Aprovado em Belo Horizonte: 15/05/2010

DEDICATÓRIA

Ao meu filho que irá nascer em junho/10, fui abençoada no momento em que Deus me concebeu esse presente maravilhoso, ele já irradia do interior do seu ser, o amor mais puro e inigualável que pude experienciar. São tantas outras coisas que as palavras não conseguem nomear, mas que as almas jamais podem esquecer.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos quantos contribuíram para que esta monografia fosse concluída.

Em primeiro lugar a Deus por iluminar minha vida.

Aos meus pais, maravilhosos e verdadeiros mestres que influenciaram minha vida e me ajudaram em meu trabalho, modelos de comportamentos, atitudes e modos de ser que me inspiraram e me instruíram.

À minha orientadora Maria Teresa Amaral, pela definição de confiança absoluta e persistência na luta pelo seu ideal.

À tutora Fernanda Carolina Camargo, sou profundamente grata por ter me guiado nos ensinamentos do curso e por ter me incentivado e apoiado nos momentos de desânimo e apatia que me tomaram conta em determinadas ocasiões.

À minha equipe de trabalho, incluindo todos profissionais envolvidos no projeto, assim como também a comunidade e usuários que participaram e contribuíram para a elaboração deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho vai ser elaborado a partir da incerteza de como está sendo conduzido o processo de trabalho através das práticas pedagógicas no cotidiano da equipe de saúde Jd Primavera. A partir daí, levanta-se o seguinte problema: até que ponto os profissionais de saúde contribuem na assistência de saúde da população do bairro por intermédio das ações educativas em saúde. Visualizando as práticas pedagógicas em saúde, será realizado um estudo mais detalhado sobre grupo operacional. Com isso, será realizado um projeto social baseado no grupo do hiperdia.

Palavras chaves: práticas pedagógicas; assistência à saúde; processo de trabalho; grupos operativos.

ABSTRACT

This work will be produced from the uncertainty of being conducted as the process of working through the teaching practices in daily health team Jd spring. From there arises the following problem: to what extent health professionals contribute to the health care of the population of the district through the actions in health education. Viewing teaching practices in health, there will be a more detailed study task force. Thus, there will be a project-based social group hiperdia.

Key words: teaching methods, health care, work process, operative groups

SUMÁRIO**RESUMO**

INTRODUÇÃO.....	8
OBJETIVOS.....	16
METODOLOGIA.....	17
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	21
CONSIDERAÇÕES.....	33
REFERÊNCIAS.....	35

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento deste estudo teve sua origem a partir de experiências vivenciadas pela pesquisadora durante trabalho com grupos educativos na ESF Jardim Primavera, no município de Uberaba-MG, atuando como enfermeira e supervisora de equipe, trabalho este executado no local desde agosto de 2006.

Nessas oportunidades pôde ser observado a rotina e o serviço desempenhado pela equipe, contando com o apoio multiprofissional da médica, dentista, técnica de enfermagem, técnica saúde bucal, agentes comunitários de saúde, fisioterapeuta e assistente social. Notava-se que mesmo com os esforços empregados pelos profissionais para amenizar os riscos provocados pela Hipertensão e Diabetes Melitus aos usuários cadastrados, através da assistência, ainda assim se fazia necessário o aprimoramento de outros métodos que ajudassem a população a adotar medidas preventivas para estas enfermidades.

Como pesquisadora, vislumbrei a possibilidade de transformar a vivência prática em um trabalho científico, em que a idéia principal seria relacionada às práticas de abordagem ao usuário e a educação em saúde, justificado pela grande proporção de portadores de doenças de base no bairro e execução de um trabalho terapêutico em saúde.

O Sistema Único de Saúde, o PSF (Programa Saúde da Família) tem o objetivo de reorganizar as práticas assistenciais em saúde em novos critérios, não mais baseados no modelo curativista e sim por meio da promoção da saúde e da prevenção de doenças.

O PSF, implantado no Brasil em 1994 (Brasil, 1997), integra uma reorganização do sistema de saúde, descrevendo-se como uma estratégia para a conformação de uma teia de cuidados progressivos no SUS, sendo responsável pela atenção primária e também pela ligação com os outros níveis de atenção, cooperando para a construção de um sistema de saúde integrado. O PSF é composto por uma equipe interdisciplinar, responsável por um território delimitado, e cujo enfoque é a família, a integralidade do indivíduo, a intersetorialidade do serviço e a participação ativa da comunidade (JAPUR & BORGES, 2005).

O conceito de saúde de acordo com a OMS (2006) é “*um estado completo de bem-estar tanto físico, mental e social*”, e não apenas ausência de doenças. Este conceito, apesar de suas contradições, vem proporcionar uma possibilidade de ir para além das doenças físicas

e de não se deter apenas na visão curativa. Uma das estratégias para promover a saúde está nas tecnologias de abordagem à família e ao indivíduo, na atenção primária em saúde.

PELICIONI (2007) relata que para promover a saúde um importante caminho é a educação e a democratização de informações para obter melhorias na qualidade de vida. As práticas de saúde apropriadas incidem sobre as experiências contínuas de ensino-aprendizagem, cabe o usuário ser influenciado a tomar decisões que podem ou não ajudá-lo a diminuir, elevar ou conservar seu nível de saúde.

O trabalho educativo e o processo de prevenção de doenças em atenção básica constam como ferramentas importantes, integrando um grupo de tecnologias, atribuídas como conjunto de técnicas de relações, como acolhimento vínculo, automação, responsabilização e administração de processos de trabalho (SANTOS & LIMA, 2008).

Observa-se que a equipe de saúde, por intermédio das estratégias educativas, deve informar a população sobre as variadas formas de se prevenir contra doenças e agravos em saúde, dando ênfase na família e em seu ambiente físico e social, para assim compreender melhor o processo saúde/doença, e facilitar as intervenções, as quais vão muito além das práticas curativas, segundo BOAS et al.(2008).

Partindo desse entendimento, os profissionais de saúde devem desenvolver competências, articulando conhecimentos, habilidades e atitudes, em situações concretas de trabalho, que os levem a executar a prática pedagógica de caráter emancipatório e modificar a assistência na comunidade, favorecendo a integralidade e qualidade no cuidado.

Para VASCONCELOS et al (2009), é necessário adicionar conhecimentos para dar respostas concretas e eficazes aos problemas complicados que envolvem a panorâmica de viver com qualidade, incluindo o ambiente de trabalho dos profissionais. Os mesmos devem atuar com responsabilidade, compartilhando os seus saberes para poderem desenvolver suas habilidades educativas.

Dessa forma, é possível uma equipe de saúde questionar ou autoavaliarem um problema, colocar em prática as técnicas educativas, encontrando opções para transfigurar o processo de trabalho e almejar um resultado efetivo.

Para VASCONCELOS et al (2009, p20), a agregação da educação permanente na cultura institucional, com contribuição efetiva para mudança no modelo assistencial pressupõe as seguintes estratégias:

- resgatar a relação entre os sujeitos do processo de trabalho;
- dominar e aplicar saberes profissionais específicos e compartilhar esses saberes com os demais membros da equipe;
- levar em consideração todos os membros da equipe e os saberes e aspectos culturais sobre os quais constroem a sua identidade profissional e são reconhecidos pelos seus pares;
- valorizar e somar saberes para dar respostas efetivas e eficazes aos problemas complexos que envolvem a atenção à coletividade, para viver e conviver com qualidade;
- compreender a relação de poder presente nas relações entre gênero e profissões histórica e socialmente determinadas;
- concretizar conceitos teóricos, como: acolhimento, humanização, integralidade e vínculo, também em relação à equipe;
- ter como centro de todas as ações as necessidades apresentadas pelos usuários.

O trabalho de um educador em saúde pública segundo MARCONDES (1964) é buscar conhecimentos consistentes sobre processo ensino aprendizagem e interesse sobre a estrutura cultural e social da população, seus problemas e recursos. O educador deve possuir aptidões em metodologia da educação, dinâmica de grupo, relações humanas e processo de comunicação. Planejar a ação que levará o indivíduo a alterar o comportamento deve contar com o apoio de especialistas multiprofissionais.

Evidencia-se a exigência de se intervir no processo de trabalho e na produção de serviços, planejando os métodos e levantando as ferramentas necessárias para enfrentamento da realidade local, conquistando a confiança do usuário e solidificando o vínculo entre o profissional e a população.

Dentre as técnicas de abordagem do indivíduo, família e comunidade, destaque para o grupo operacional, procedimento desempenhado em conjunto entre os profissionais de saúde e a comunidade, resultando em uma troca de saberes, experiências e vivências.

PICHON-RIVIERE (1998) foi quem criou a teoria do grupo operativo. Pichon-Riviere, 1998 apud Soares e Ferraz (2007), expõe que o grupo é um conjunto de pessoas ligadas no tempo e espaço, unidas por uma representação recíproca interna, que se propunham, explícita ou implicitamente, a uma atividade, interagindo em uma rede de papéis com a formulação de vínculos entre si. Segundo o mesmo autor, os vínculos sociais são extremamente valorizados, pois são os pilares para os processos de comunicação e aprendizagem.

Desde a década de 70, os grupos educativos já eram desenvolvidos pelos profissionais de saúde. Destaque para sua aplicabilidade e processo de sistematização, pois se verificava uma diminuição significativa de consultas individuais e estímulo do usuário em atuar nas ações de sua própria saúde. Segundo JACOB (1998), o cliente passa a conscientizar-se criticamente o binômio “saúde e doença” como um ato de cidadania.

De acordo com ZIMERMAN (2007), a importância atribuída aos grupos se dá através dos seguintes fatores:

- O ser humano vive em função de seus inter-relacionamentos grupais. Seja desde o nascimento, e em várias teorias, almejando sua identidade individual e na indispensabilidade de uma característica social.
- Percebe-se que o homem passa a maior parte do tempo de sua vida convivendo e interagindo com diferentes grupos. Os grupos são os mais variados possíveis, desde o núcleo familiar, associações, profissionais, esportivos, sociais, etc.
- *“Todo indivíduo é um grupo”*, o individual se mescla com o social. Há um complemento do mundo exterior e interior, um conjunto de personagens que se interagem dentro do próprio homem.
- No psiquismo ocorre um teatro com vários atores dentro de cada pessoa, existe um enredo vinculado no interior de cada um, são diversas pessoas internalizadas. Com o passar do tempo, cada indivíduo escolhe outras pessoas com as quais vai ter uma vida íntima, e as

pessoas escolhidas, denotam o mesmo perfil de algum personagem internalizado, e dessa forma, exibem o mesmo enredo que caracterizou o tipo de relacionamento.

- O que assinala um grupo operativo é quando são determinadas as seguintes condições básicas: não sendo apenas um somatório de indivíduos, e sim uma sociedade com leis e mecanismos próprios e inerentes. Todos os participantes são reunidos, em torno de uma tarefa e de um objetivo comum ao interesse de todos. O tamanho do grupo não deve extravasar um limite, que não respeite a comunicação, tanto visual, auditiva e conceitual. Deve-se preservar um espaço e um tempo, combinar regras que demarquem a atividade grupal proposta.

- Deve-se respeitar a individualidade de cada componente do grupo, mas ao mesmo tempo ter uma interação afetiva, favorecendo uma dinâmica.

- A comunicação, seja verbal ou não, apresenta um ponto importante na dinâmica. E os vínculos (de amor, ódio, conhecimento) devem-se articular entre si.

- Os aspectos vinculares são fortes tendências, pois é como uma ressonância, a comunicação de uma pessoa vai ressoar numa outra, esta por sua vez, vai transmitir uma declaração afetiva equivalente, e assim por diante.

- Cada membro pode refletir e ser refletido pelos outros. Configurando até mesmo a possibilidade de discriminação, afirmação e solidificação da própria identidade pessoal. Um grupo harmônico, ao ser tomado por uma abstração, exercerá uma notável função, a de ser um espaço para necessidades de cada um e de todos.

- As peças-chaves da teoria do campo grupal somente ganharão um sentido de existência e validade se encontrarem um eco de reciprocidade na técnica da prática em grupo. A teoria não funciona sem a prática, há de se fundamentar a teoria para aperfeiçoar a prática.

Os grupos psicoeducativos e socioeducativos possuem uma proposta educativa, uma vez que intencionam possibilitar uma mudança no comportamento, hábitos de vida e discussão de processos para o autocuidado, o primeiro está mais direcionado para os processos psíquicos o segundo atua diretamente nas condições saúde e doença, VASCONCELOS et al (2009).

Para uma maior proximidade com a comunidade, enfatiza-se a importância do estudo dos processos saúde/doença, organizando as práticas de saúde e a conexão do usuário com o

sistema, sua cultura, formas de agir e sua adesão ou não aos cuidados em saúde, respeitando os seus valores e aceitando a difusão de suas crenças no grupo (MINAYO, 1998).

De um modo geral, a organização dos grupos possui algumas características peculiares e intencionais. MUNARI & RODRIGUES (1997) refere que o profissional enfermeiro precisa conhecer quais são as propriedades teórico-vivenciais sobre trabalho com grupos para pôr em prática as atividades grupais de maneira mais consciente, efetiva e reflexiva.

Conforme SANTOS & LIMA em 2008, a proposição para organização do serviço em saúde está na implantação dos grupos, e as equipes devem atuar com criatividade e de acordo com o contexto, no qual estão inseridos os participantes, e assim acolher a demanda espontânea e o atendimento seria estruturado em ações programadas.

Portarrieu e Tubert-Oaklander, 1989 apud FERRAZ, et al (2008, p17) referem que

o grupo operativo constitui uma modalidade de processo grupal que, em princípio, deve ser: dinâmico – permitindo-se o fluir da interação e da comunicação para fomentar o pensamento e a criatividade; reflexivo – uma parte da tarefa é a reflexão sobre o próprio processo grupal, particularmente quando se trata de compreender os fatores que obstruem a tarefa; e democrático quanto à tarefa – o grupo origina suas próprias ações e pensamentos, em um princípio de autonomia.

É necessário que os profissionais de uma equipe de saúde levantem a questão da aprendizagem sobre a natureza dos grupos, com o intuito de compreender melhor os fundamentos teóricos da dinâmica grupal e estender uma visão global sobre o grupo.

Nota-se atualmente uma alta prevalência de doenças crônico-degenerativas. Segundo VICTOR et al (2007), a mortalidade por doenças do aparelho circulatório encontra-se no topo das causas de morte. Associado a este problema está a baixa condição sócio-econômica e educacional, contrapondo ao aumento da expectativa de vida.

No bairro Jd Primavera, Uberaba-MG, constata-se que o determinismo social, ou seja, um fenômeno que aprecia o comportamento humano, e o biológico, no qual as características dos animais são determinadas por fatores hereditários, estão cada vez mais evidentes, fato este verificado no grande número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa hiperdia.

Diante desta realidade, percebe-se que os serviços de saúde têm dado ênfase na importância à assistência a esses pacientes, principalmente no âmbito coletivo. O MINISTÉRIO DA SAÚDE inaugurou em novembro de 2000, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus para capacitar os profissionais de saúde

da atenção primária, e com o intuito de se incentivar o trabalho com grupos operativos para submeter as doenças a um patamar considerável.

Jenicek & Cléroux, 1987, mencionado por Vieira & Castiel, (2003, p57) relata que

algumas doenças crônicas não transmissíveis são diagnosticadas com a utilização de critérios operacionais, um vez não ser possível precisar exatamente onde termina o “normal” e onde começa o “patológico”. Essas doenças acabam sendo caracterizadas por uma multiplicidade de “fatores de risco”, tais como: interação de diversos fatores etiológicos conhecidos e desconhecidos, um curso relativamente assintomático e prolongado na sua instalação, um desenvolvimento clínico em geral lento e progressivo, alternados períodos de remissão e exacerbação de sintomas, e inúmeros desfechos e graus variados de morbidade.

Alguns fatores dificultam o controle e o tratamento da hipertensão, principalmente a não-adesão a terapêutica, e essa situação é bem corriqueira no dia-a-dia da rotina da equipe. Segundo SANTOS & LIMA (2008), um dos fatores que complicam a adesão é a ausência de sintomas na hipertensão, e muitas pessoas podem ter elevação, sem sentirem nada, e somado aos hábitos e comportamentos de saúde que contribuem para a permanência dessa, alta, e com isso o diagnóstico da doença se torna tardio, muitas das vezes associado com alguma complicação.

A mudança no estilo de vida é uma tarefa difícil para o usuário. Adotar um estilo de vida saudável, restringindo-se a alguns hábitos incorretos, são alguns pontos de resistência observados pelos profissionais de saúde.

Desse modo a educação em saúde é uma alternativa para incentivar o paciente a adotar meios benéficos para controle da hipertensão e diabetes, os grupos favorecem o indivíduo e a comunidade a sujeitarem-se a vencer suas dificuldades, alcançarem mais autonomia para incorporarem o autocuidado e disseminar as ações educativas, ao lado dos familiares e demais pessoas de sua convivência (ANDERSON, 1996).

Verifica-se que em algumas situações, os usuários procuram o atendimento na unidade de saúde não para buscar uma consulta específica. Muitas vezes os usuários procuram para sair um pouco de casa, conversar e encontrar com outros conhecidos e funcionários, demonstrando que com o grupo torna-se possível a interação e recreação social também e que não só através do tratamento medicamentoso é possível reduzir e prevenir outros fatores agravantes da doença em si.

VICTOR et al (2007) refere que os enfermeiros necessitam de redimensionar a consideração com os grupos, suspendendo assim planejamentos verticalizados, educação em saúde de caráter normativo, pouco afeiçoado e de pequeno impacto social.

Perante o que foi exposto, tornou-se pertinente realizar um projeto social, acerca das ações educativas desenvolvidas nos grupos, principalmente no grupo denominado hiperdia, o qual possui uma forte adesão da comunidade, pois verifica-se a importância que a operação das ações educacionais em saúde vem assumindo como mudança do modelo assistencial.

Com o intuito de controlar os índices pressóricos e glicêmicos dos usuários do programa, foi desenvolvido um grupo de atividades multiprofissionais no bairro Jardim Primavera, no período de outubro e novembro/09.

Espera-se que este estudo possa propiciar uma nova visão para a equipe de saúde e a população sobre o grupo operacional, com atividades variadas. Bem como, conhecer a importância do cuidado dos profissionais para a promoção da saúde na vida dos usuários do grupo, analisando as mudanças ocorridas no estilo de vida de pacientes na prevenção dos fatores de risco da hipertensão e diabetes, a partir da tecnologia educativa em saúde.

OBJETIVOS

- Abordar a prática educativa do grupo operacional para a atuação da equipe de saúde na promoção e prevenção dos agravos da Hipertensão e do Diabetes no bairro Jd Primavera.
- Descrever a importância da educação permanente em saúde para qualificar melhor os profissionais em saúde, humanizando a assistência empregada.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de caráter não experimental, com o objetivo de relatar a formação do grupo terapêutico para assistência aos usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes melitus.

A natureza quantitativa da pesquisa é trabalhada partindo do pressuposto que uma população de hipertensos e diabéticos é observada, e os seus índices pressóricos e glicêmicos são comparados entre si e demonstrados através de gráficos e tabelas, VALENTIM (2005).

Colaboradores

O grupo operacional foi desenvolvido pela Equipe de Saúde da Família (ESF), a qual assiste a comunidade do bairro Jd Primavera, no município de Uberaba-MG.

Para a execução das atividades propostas, contou-se com a colaboração de outros profissionais da área de saúde como: assistente social, técnica de nutrição e fisioterapeuta, a qual contribuiu especialmente na adequação das atividades físicas.

A médica da equipe demonstrou importante participação no que concerne a avaliação de risco dos pacientes para realização das atividades físicas. Aqueles inaptos para exercícios de alto impacto e elevado esforço foram indicados a outras oficinas.

Campo de estudo

O local escolhido foi o espaço reformado nos fundos da Igreja Batista, localizada na Av. Reynaldo Boaretto, s/nº, a uma quadra da Unidade de Saúde Maria de Oliveira, sede da ESF Jd Primavera.

A igreja sendo da comunidade aproximou os moradores, indiferentes da religião que possuem, facilitando o acesso também por estar bem no centro do bairro. Além de uma área plana, ao ar livre e chão cimentado para prática de exercícios físicos, o local dispõe de sanitários, salas para oficinas e local coberto com bancos para dinâmicas e palestras.

A responsável pelo estabelecimento também cuida da limpeza, manutenção física e estrutural da igreja. Recebe algumas contribuições em recursos financeiros para alguns reparos e novas instalações.

A parceria entre a equipe de saúde e a comunidade é solidificada por esforços mútuos, pois nos eventos e campanhas promovidos na área de saúde, sempre é possível contar com a

participação da população e com a liberação da sede, o sucesso dos profissionais e o resultado final sempre é dedicado em prol dos moradores locais.

Sujeitos da pesquisa

Os participantes são 20 usuários cadastrados no programa hiperdia, sendo 5 diabéticos, destes todos são hipertensos e 15 somente hipertensos.

Observa-se que no bairro não há uma área propícia de lazer para os moradores locais, nem mesmo para uma simples caminhada. As pessoas acometidas por hipertensão e diabetes, muitas vezes eram incentivados a uma prática de atividade física, mas eram desestimulados pelas dificuldades da região, portanto nem sempre seguiam as recomendações e os valores pressóricos e glicêmicos eram bastante elevados, mesmo com a ingestão regular dos medicamentos e restrições alimentares.

Através do atendimento sabe-se que os usuários apresentavam-se bastantes irritados diariamente, em seus lares, pois é freqüente a constatação de conflitos familiares, insalubridade e precárias condições sócio-econômicas, desemprego e presença de doenças crônicas.

Os usuários do programa já participavam do grupo semanal do hiperdia para controle da doença, consulta médica, de enfermagem e odontológica e entrega de medicação. Nesse dia também era realizada uma palestra sobre informações e orientações diversas de assuntos relacionados a temas atuais de saúde.

Constatou-se que era necessária a implantação de grupos de atividades físicas e oficinas terapêuticas visando à promoção da saúde, voltados para esse público.

O levantamento dos dados a cerca das características dos usuários foi embasado em dados secundários nas Fichas A, Fichas B-hipertensão e Fichas B-diabetes, contando com a colaboração dos ACSs da equipe para outras informações adicionais que se fizeram necessárias.

Atividades desenvolvidas no grupo

Foi desenvolvida uma série de atividades físicas: alongamento, exercícios com elástico e bastão, sucessões de trabalho com mãos, braços, pernas e articulações e danças. O profissional designado para tal tarefa foi o fisioterapeuta, contudo, os demais profissionais também estavam ali presentes, executando juntamente com os usuários todos os exercícios.

As dinâmicas contribuíram para circunstância das recreações, pois os usuários não dispunham de outras atividades de lazer no bairro. De forma lúdica, resgataram-se brincadeiras e músicas de suas épocas, conhecidas, lembrando passagens positivas. Da mesma forma, comemoraram-se as datas festivas do mês e ou aniversários. Nesses dias, notava-se a presença de um maior número de pessoas, até dos familiares, empolgados com a estruturação das atividades.

Destacamos a importância das oficinas, inicialmente, com a adesão de poucas usuárias interessadas em aprender bordados: vagonite e ponto cruz. Intenciona-se introduzir pintura em tecido, crochê, tricô, tapeçaria, fuxico e meia de seda.

Assim como também, já foi solicitada por parte de vários usuários, a organização de passeios tanto dentro da cidade como fora, em cidades turísticas.

Procedimento metodológico

Para a realização do presente estudo foi feito inicialmente um levantamento bibliográfico, selecionando fontes bibliográficas através da internet, em bases de dados e leitura exploratória de publicações, buscando uma compreensão melhor sobre o tema a ser indagado, em seguida foi feita uma análise crítica dos textos e caracterizados as principais informações.

Para investigar a situação de saúde das pessoas acometidas pela hipertensão e diabetes, cadastrados no programa hiperdia da ESF Jd Primavera foi desenvolvido o grupo terapêutico diversificado, com atividades, tanto de atividades física como oficinas de artesanato. O prazo para a pesquisa foi de 2 meses. Considerou-se que apesar do tempo escasso, os outros dados referentes as informações dos usuários serão compilados nas fichas dos agentes de saúde. As oficinas foram realizadas semanalmente, ou de acordo com a necessidade para se aprofundar algum tema ou atividade proposta.

As atividades grupais foram desenvolvidas de acordo com as seguintes fases: identificação da clientela, que sofre de hipertensão e diabetes para inserção no grupo, planejamento das atividades coletivas, criação do cronograma mensal, observação e descrição do processo grupal, e elaboração e reflexão desse processo.

Os grupos foram conduzidos pela pesquisadora, contando com o apoio conjunto da fisioterapeuta, dos ACSs e acadêmicas do curso de graduação em enfermagem da UNIUBE (Universidade de Uberaba), as quais estavam nesse período estagiando com a supervisão do

enfermeiro da equipe de saúde. Em cada encontro, inicialmente, foi realizado a aferição da pressão e glicemia capilar, antes de qualquer atividade, e no final, o mesmo, após o término das atividades. Em seguida, registrou-se cada valor numa planilha e elaborou-se um relatório de campo. A observação foi feita durante as reuniões do grupo e o registro era realizado concomitante ao desenvolvimento das atividades. O tempo dispensado para a realização desse trabalho ocorreu durante o curso de especialização em atenção básica em saúde da família. A visão participante também possibilitou apreender atitudes, olhares e comportamentos, embasando a compreensão da pesquisadora a respeito da mudança de comportamento que levou à promoção de saúde dos usuários, durante as experiências vividas nos grupos.

Para registro das ações de saúde realizadas no grupo, foram utilizadas: fotografias, diário de campo e ficha de grupo. Este trabalho de registro teve a participação dos profissionais envolvidos no trabalho, cada qual colaborando com um item em questão. Após o término do grupo, ainda no período da manhã, reuniam-se para planejar para o próximo grupo.

Os usuários foram informados de que seriam avaliados semanalmente e que os dados seriam colhidos para fins de pesquisa e divulgados posteriormente, eles se comprometeram a participarem após assinatura na folha de grupo.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tabela 1: Distribuição dos usuários hipertensos e diabéticos do Bairro Jd Primavera, segundo sexo. Uberaba, MG, 2009, (n=20).

Variáveis		n	%
Sexo	Masculino	2	10,0
	Feminino	18	90,0
Total		20	100

Observa-se que dos 20 usuários analisados, 10,0% eram do sexo masculino e 90,0% do feminino.

A população feminina foi predominante, principalmente no que diz respeito a participação na maioria dos grupos operativos, apesar de serem responsáveis por grande parte das atividades domésticas e cuidados com outras pessoas própria família. É interessante observar que, mesmo com o acúmulo de atividades no lar, o grupo feminino se preocupa mais com sua saúde e bem-estar.

De acordo com SANTOS & LIMA (2008), a mulher tem melhor prognóstico, em relação ao homem, por causa da menor incidência da doença de base, ou seja, a doença que apareceu primeiro, quando jovem.

Tabela 2: Distribuição dos usuários hipertensos e diabéticos do Bairro Jd Primavera, segundo faixa etária. Uberaba, MG, 2009, (n=20).

Variáveis		n	%
Idade	20- 25 anos	0	0
	25- 30 anos	0	0
	30- 40 anos	2	10,0
	40- 50 anos	9	45,0
	Acima de 50 anos	9	45,0
Total		20	100

Observa-se que as pessoas mais acometidas pela hipertensão e diabetes estão na faixa etária de 40-|50 anos (45,0%) e a mais avançada, acima de 50 anos (45,0%). Segundo ALMEIDA et al (2007), ao abordar os fatores de risco para hipertensão, a idade avançada aumenta o perigo para o desenvolvimento da hipertensão em ambos os sexos. De acordo com

estimativas sugere-se que as taxas de hipertensão arterial são mais elevadas para homens a partir dos 50 anos e para mulheres a partir dos 60 anos.

Essa faixa etária encaminha-se para um longo percurso de tratamento e convivência com a Hipertensão e a Diabetes. Podem ser verificadas sérias limitações e restrições em relação às expectativas em relação a uma boa qualidade de vida, tanto no nível pessoal, econômico, afetivo e emocional (VIEIRA & CASTIEL, 2003).

Tabela 3: Distribuição dos usuários hipertensos e diabéticos do Bairro Jd Primavera, segundo a raça. Uberaba, MG, 2009, (n=20).

Variáveis		n	%
Raça	Branca	3	15,0
	Preta	5	25,0
	Parda	12	60,0
Total		20	100

Nos EUA, estudos revelam que a raça negra é mais propensa à hipertensão arterial, no bairro essa evidência não é a mais prevalente, sendo que dos participantes do grupo, 60,0% deles eram de raça parda.

Os indivíduos da raça negra possuem uma maior tendência a desenvolverem lesões de órgãos-alvo, ou seja, são aqueles atingidos ou ameaçados por uma doença, e o combate a estes serem mais difíceis, tornando a maioria das complicações mais frequentes, e conseqüentemente a mortalidade serem mais elevadas, SANTOS & LIMA (2008).

Verifique a tabela abaixo em relação à atividade remunerada:

Tabela 4: Distribuição dos usuários hipertensos e diabéticos do Bairro Jd Primavera, segundo exercício de atividade profissional atual. Uberaba, MG, 2009, (n=20).

Variáveis		n	%
Atividade profissional atual	Sim	2	10,0
	Não	14	70,0
	Aposentadoria	4	20,0
Total		20	100

Como a categoria feminina foi destaque na participação do grupo operacional em questão, examinou-se alguns dados que chamam a atenção. Grande parcela deste grupo são donas de casa e não exercem atividades fora de seus lares, pois 70,0% dos usuários não trabalham e 20,0% são aposentados (a), deduzindo que a grande maioria possuía tempo livre para se dedicar a alguma atividade por algumas horas em algum período do dia.

Verifica-se, que a prevalência da Hipertensão e do Diabetes é proporcional a renda, quando mais um indivíduo é mais bem remunerado, maior será o nível de cuidados com sua saúde, segundo estudos de ALMEIDA et al (2007).

Tabela 5: Distribuição dos usuários hipertensos e diabéticos do Bairro Jd Primavera, segundo estado civil. Uberaba, MG, 2009, (n=20).

Variáveis		n	%
Estado civil	Solteiro(a)	1	5,0
	Casado(a)	14	70,0
	Viúvo(a)	2	10,0
	Separado(a)/Divorciado(a)	3	15,0
Total		20	100

Quanto ao estado civil, observa-se que 70,0% são casados (as), evidenciando que o casamento pode influenciar na hipertensão e diabetes, ALMEIDA et al (2007).

Tabela 6: Distribuição dos usuários hipertensos e diabéticos do Bairro Jd Primavera, segundo a prática regular de exercícios físicos. Uberaba, MG, 2009, (n=20).

Variáveis		n	%
Atividade física	Sim, freqüentemente	4	20,0
	Não	14	70,0
	Às Vezes	2	10,0
Total		20	100

Victor, et al (2007) constataram que os participantes apresentaram baixa adesão ao tratamento medicamentoso, não realizavam atividades sociais e recreativas e muito menos

interações familiares e confissões de sentimentos relacionados as perdas verificadas pelo processo de envelhecimento.

A pesquisa demonstrou que a prática da atividade física contribui para diminuição no valor da pressão arterial e da glicemia, reduzindo de maneira considerável os riscos de doença arterial coronariana, acidentes vasculares cerebrais e mortalidade geral. Observou-se que o sedentarismo é marcante entre os usuários, (70,0%), os usuários são bastante resistentes e desestimulados em se tratando de exercícios físicos, nos primeiros grupos somente 12 participantes compareceram, nas demais semanas foram aumentando aos poucos, isto devido a uma maior divulgação positiva dos próprios usuários, incentivando os outros que mantinham as mesmas dificuldades ou problemas para freqüentarem as oficinas.

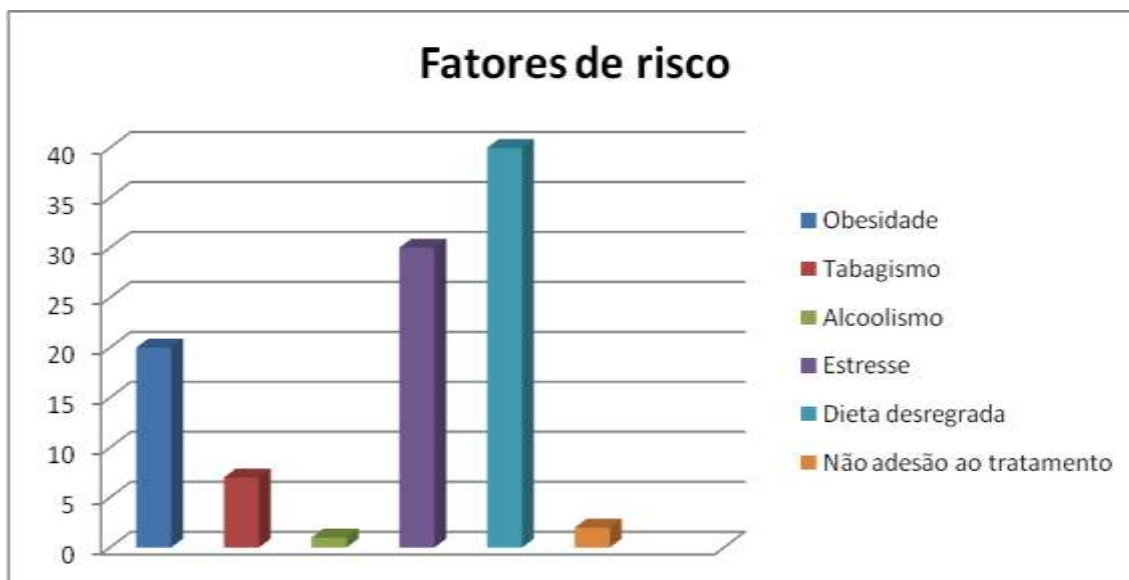
PICHON-RIVIERE, 1998 apud Soares & Ferraz (2007), refere que em relação à participação dos integrantes demonstra desde o primeiro encontro que há um interesse em estar no grupo, explícito no compromisso com a participação em todas as atividades propostas, projeção que foi aumentando gradativamente em cada reunião.

O tratamento medicamentoso gratuito e controle da hipertensão arterial nas consultas médicas, sendo enfatizados como medidas privilegiadas pelo SUS, pode indicar uma situação de acomodação e resignação dos indivíduos cadastrados pelo programa hiperdia, mesmo que esses procedimentos ocasionem sérias conseqüências. Na rotina, isso é contornado pela pouca disponibilidade dos profissionais da saúde pública em orientar e buscar formas alternativas para tratamento da hipertensão e diabetes, VIEIRA & CASTIEL (2003).

O incentivo maior foi devido as atividades artesanais, principalmente difundida entre as mulheres, levando as demais para incitarem suas habilidades manuais e servirem de estímulo para uma aumentarem suas rendas familiares.

Victor, et al, 2007 apud Geis (2001), refere que as atividades sociais na terceira idade, ajudam no estabelecimento de novos caminhos para comunicação entre as pessoas, socializando os idosos, alterando na mudança de comportamento, em seus círculos de amizade, contribuindo para diminuir as situações de solidão. Favorecendo o equilíbrio biopsicossocial, proporcionando uma base sólida para enfrentar os empecilhos e obstáculos da velhice, encarando com mais facilidade as doenças crônicas e melhorando a qualidade de vida.

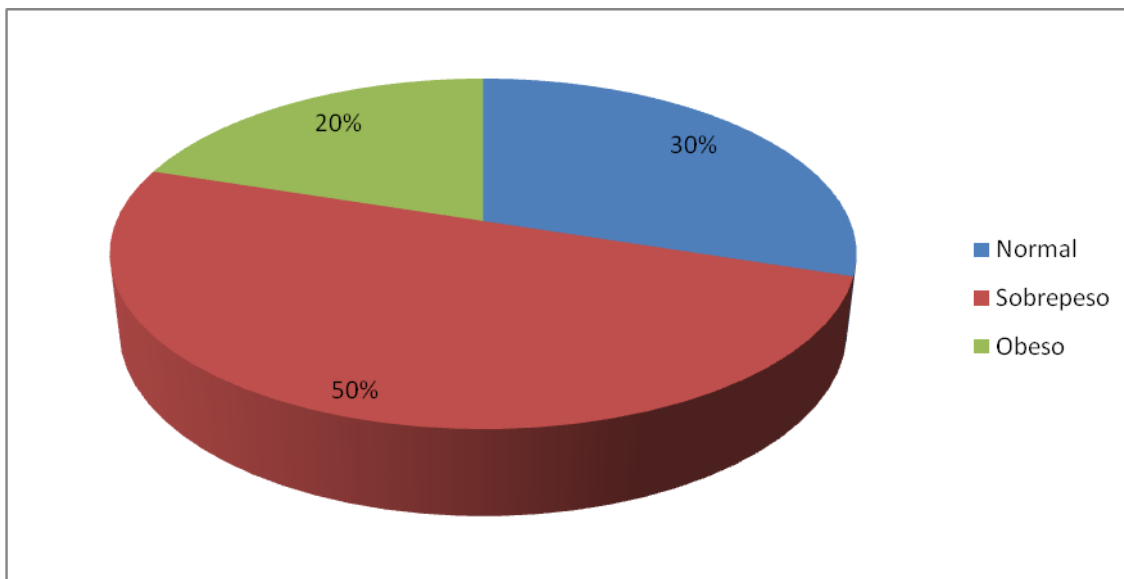
Figura 1: Distribuição dos fatores de risco dos usuários hipertensos e diabéticos do Bairro Jd Primavera, observados nas fichas de cadastros. Uberaba, MG, 2009, (n=20).



Dentre os usuários, o fator de risco para dieta desregrada, (40%) foi o que mais chamou a atenção. A maioria não segue um padrão ideal para controle do diabetes e hipertensão, isso foi evidenciado através de uma oficina com a palestrante técnica em nutrição sobre alimentação saudável. Foi perguntado para cada um deles sobre suas refeições diárias e foi montado um quadro em que deveriam expor o que se alimentavam no dia-a-dia. Para a surpresa geral, eles pulavam refeições, davam preferência para carne vermelha no almoço e jantar, diariamente e ingeriam pouco ou quase nenhum vegetal e frutas. A maioria dos usuários alegava dificuldades para montar um cardápio recomendável, devido a baixas condições financeiras e hábitos já adquiridos anteriormente.

O sal e o açúcar não foram reduzidos, e quando alertados sobre a quantia saudável diária, observou-se o espanto por parte de alguns, referindo que eram exageros e que sempre compensavam posteriormente em outras refeições, mas prometeram aderirem à nova proposta para controle.

Figura 2: Distribuição dos usuários hipertensos e diabéticos do Bairro Jd Primavera, em relação ao peso, dados antropométricos avaliados durante a consulta de enfermagem. Uberaba, MG, 2009, (n=20).



As categorias utilizadas na pesquisa para classificação dos usuários em normal, sobrepeso e obeso foram retirados da Organização Mundial de Saúde, OMS (2006). Na avaliação dos usuários não houve nenhum caso de obesidade grau II e III.

Boog (1999) informa que os problemas alimentares não são uma condição criada pelo sujeito, mas determinada por fatores externos. Sendo um sistema da vida, as condições de trabalho que levam a uma alimentação desequilibrada. O hábito de alimentar é verificado como algo imposto e estruturado, o que impede os indivíduos, mesmo tendo consciência de que os hábitos não são os melhores, eles não esforçam para alterá-los. Os motivos do hábito alimentar para eles são, a sociedade, as relações de trabalho, de tal maneira que a alteração desta situação fica além das suas possibilidades pessoais.

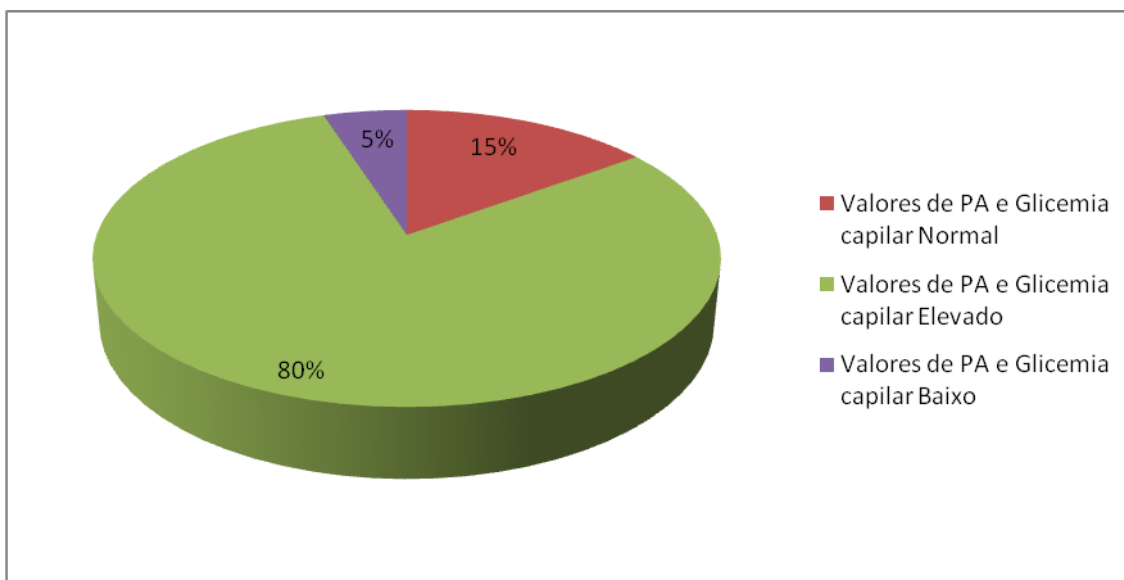
Figura 3: Classificação do IMC e suas categorias, de acordo com a Organização Mundial de Saúde.

IMC	Categoria	Diagnóstico
Abaixo de 18,5	Abaixo do Peso	Seu peso está abaixo da faixa considerada normal.
18,5 - 24,9	Peso Normal	Seu peso está dentro da faixa considerada normal.
25,0 - 29,9	Sobrepeso	Você está na faixa chamada de "excesso de peso", mas com um excesso de tecido adiposo no interior do abdome, o que pode acarretar riscos para a sua saúde.
30,0 - 34,9	Obesidade Tipo I	Você está na faixa chamada de obesidade leve
35,0 - 39,9	Obesidade Tipo II	Você está na faixa chamada de obesidade moderada. Seu excesso de peso já pode estar provocando um risco muito elevado de complicações metabólicas.
40,0 e acima	Obesidade Tipo III (Obesidade Mórbida)	Você está na faixa chamada de obesidade mórbida. Você é um candidato em potencial a uma série de doenças.

Uma parcela considerável dos usuários avaliados apresentava-se com sobrepeso, (50%), de acordo com o índice de massa corporal, (IMC). Todos foram mensurados e seus dados calculados. Refletindo sobre o comportamento dos mesmos em relação a alimentação, percebe-se que o risco para obesidade é grande, e para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, pois já possuindo uma doença de base, somado a um outro fator, a predisposição eleva-se cada mais.

Três dos usuários participantes já desenvolveram acidente vascular cerebral e infarto, exemplificando essa realidade.

Figura 4: Distribuição dos usuários hipertensos e diabéticos do Bairro Jd Primavera, quanto aos valores de hipertensão e glicemia antes dos exercícios. Uberaba, MG, 2009, (n=20).



Os dados de referência para os valores de hipertensão foram embasados no portal Brasil, um site especializado em medicina.

Figura 5: Classificação dos indivíduos hipertensos conforme valores da pressão arterial sistólica e diastólica.

Nível	Pressão arterial sistólica	Pressão arterial diastólica
Hipotensão	inferior a 100	inferior a 60
Valores normais	entre 100 e 140	entre 60 e 90
Hipertensão limite	entre 140 e 160	entre 90 e 100
Hipertensão moderada	entre 160 e 180	entre 100 e 110
Hipertensão grave	superior a 180	superior a 110
Hipertensão sistólica específica	superior a 140	inferior a 90

Dos usuários avaliados, nos primeiros encontros semanais, 80% deles iniciaram as atividades físicas, com pressão e glicemia elevados. Alguns relatavam que não haviam tomado a medicação e estavam em jejum para realização do teste glicêmico, no caso dos

portadores de diabetes, os demais referem descontrolo da doença, seja na dieta, no sedentarismo, no tratamento medicamentoso não regular ou devido a ansiedade.

Interessante notar que os usuários aproveitavam o momento do grupo para relatarem as suas queixas, assim como também, encontravam um espaço descontraído para se socializarem e exporem com mais liberdade seus sentimentos.

Vale ressaltar que o momento de reunião do grupo tornava-se uma ocasião para reflexão, em que as pessoas além de cuidarem de sua forma física e mental, também ampliavam seus conhecimentos, possibilitando adquirir hábitos mais saudáveis, para prevenirem de forma adequada as complicações das doenças em questão.

De acordo com ZIMERMAN, 2007 apud VASCONCELOS et al (2009), os integrantes de um grupo estão reunidos em volta de uma tarefa e um objetivo comum de interesse a todos eles, comportando de uma maneira que englobe o total, mantendo o tempo, espaço e variáveis respeitáveis para que se preserve a entidade e a funcionalidade.

Existem três momentos que marcam a dinâmica de um grupo: pré-tarefa, tarefa e projeto, todos eles são necessários para o processo de trabalho, levando-se em conta a idéia de mudança, realizações, criatividade, objetivo e mudança da realidade.

A forma como se organiza um grupo, abordando o usuário e planejando o processo de trabalho é decisivo. Mesmo diante de dificuldades, consegue-se convencer uma troca favorável de experiência e aprendizado pessoal. As relações interativas solidárias entre os indivíduos do grupo podem ser rentáveis.

Segundo SANTOS & LIMA (2008), a prudência facilita a construção de um novo saber, tornando possível a aprendizagem, verossímil de mudança de comportamento. Citando FREIRE (1996), relata que conhecer está relacionado com o adivinhar, com o intuir. Subordinando a intuição à análise epistemológica, que direciona a produção e torna maior o conhecimento.

Averiguou-se que os usuários necessitavam de conhecer mais os fatores de risco da hipertensão e diabetes, portando cada item examinado nas reuniões, serviu de ferramenta para ser auxiliar nos temas e assuntos nos encontros semanais, e desta forma os profissionais se empenhavam de forma criativa nas oficinas, para não repetir o que já era realizado na Unidade com o grupo de hiperdia

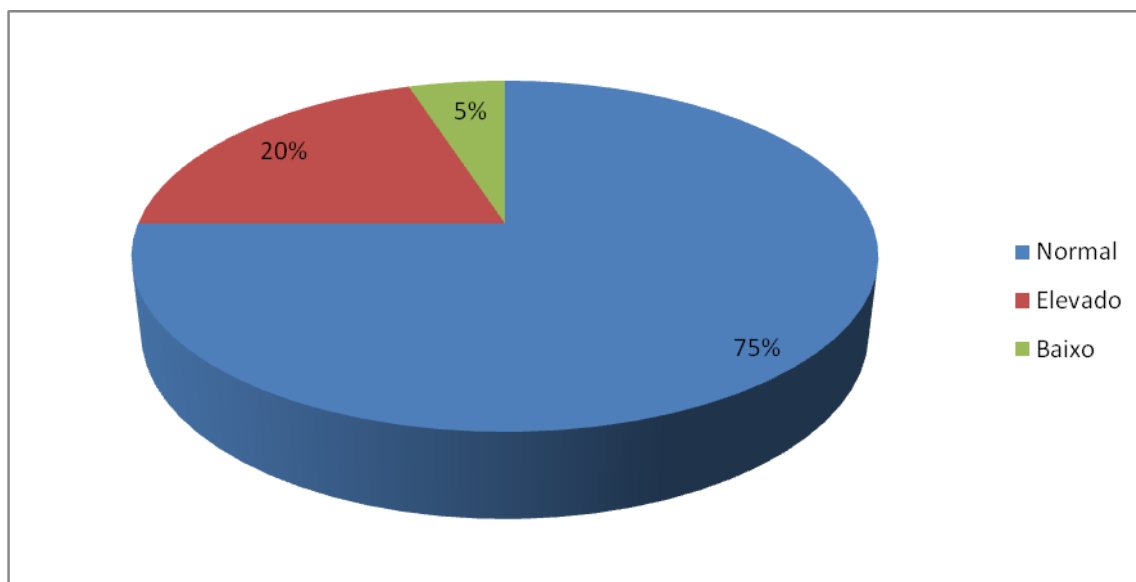
MINICUCCI, 1997 apud SOARES (2007), enaltece a importância das dinâmicas e vivências, pois ajudam as pessoas a falarem sobre si, o que mais gostam de fazer e como lidam com as doenças.

As dinâmicas e trocas de experiências foram bem aproveitadas e a participação das pessoas nas práticas sociais são amparadas no processo de produção de sentidos sobre o mundo. A aproximação das pessoas no grupo ocorreu com o desenrolar das interlocuções, problematizando a mudança no modelo de atenção em saúde, abrangendo as ações privilegiadas pelo PSF, envolvendo práticas e discursos mais tradicionais. (ANDRADE & VAISTMAN, 2002; VASCONCELOS, 1999; ANDERSON, 1996), apud BORGES & JAPUR, 2007.

A introdução do diálogo na conexão profissional de saúde/usuário tem se transformado em uma estratégia de mudança e conduzido para a transformação do modelo de assistência à saúde, considerando o usuário e o seu saber adquirido ao longo da vida.

PELUSO, et al (2001), menciona que a interação com os participantes merece um destaque para o estabelecimento de novas relações interpessoais e sociais, reduzindo o isolamento social. A cooperação de opiniões e a reciprocidade entre os membros do grupo não se limitou apenas no grupo e sim estendendo fora dali, com amizades solidificadas em outras oportunidades.

Figura 6: Distribuição dos usuários hipertensos e diabéticos do Bairro Jd Primavera, quanto aos valores de hipertensão e glicemia após os exercícios. Uberaba, MG, 2009, (n=20).

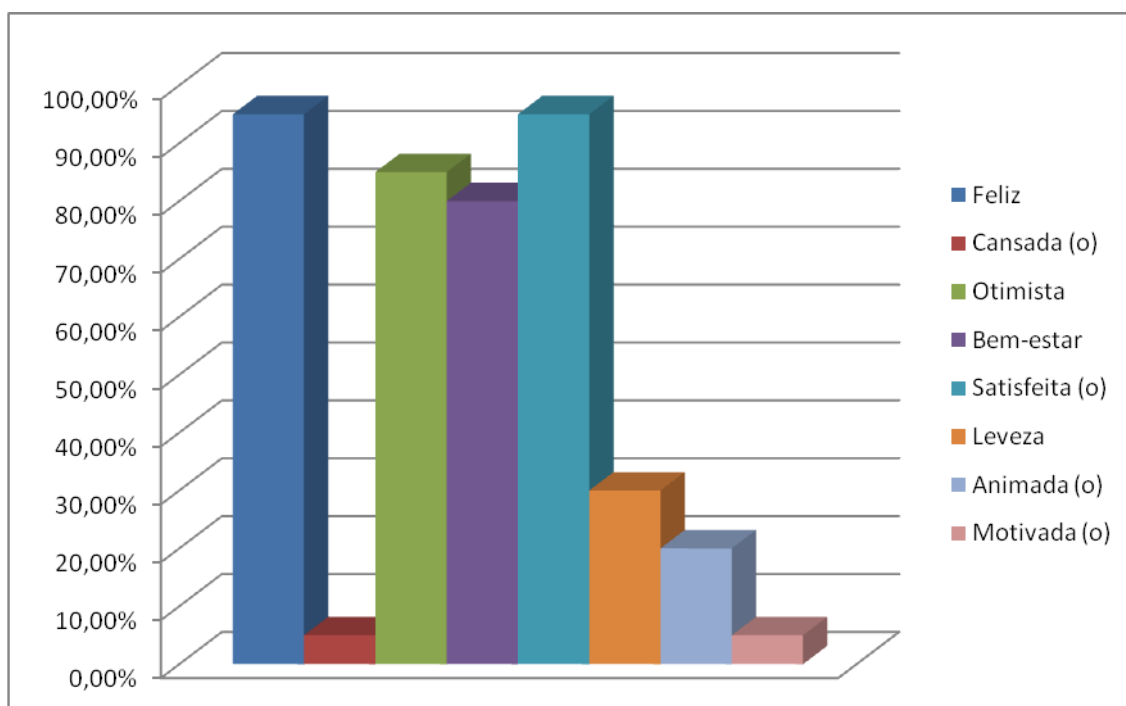


Já na primeira reunião, notou-se claramente que 30 minutos de atividade física foram suficientes para revelar a diminuição dos valores pressóricos e glicêmicos, 75%, ou seja, comparando aos valores encontrados no início da atividade física, os mesmos se inverteram.

A atividade física possibilitou uma mudança significativa na vida desses usuários, auxiliando não somente na melhora da estabilidade da hipertensão e diabetes, como também no controle do peso, redução do tabagismo, sedentarismo e ansiedade, os quais são os mesmos fatores de riscos citados anteriormente. Notou-se ao mesmo tempo em que a prática do exercício adequado possibilitou uma melhoria das condições de mobilidade e flexibilidade, conforme observação da fisioterapeuta.

Foi observado que os diferentes conhecimentos adquiridos foram descritos com a preocupação do manejo da doença e melhoria do controle glicêmico. A reflexão sobre o estilo de vida e o auto-cuidado foi restituída por cada um, e a relação dos participantes ocorreu de forma harmoniosa e isso foi demonstrado pelo respeito às diferenças, SOARES & FERRAZ (2007).

Figura 7: Distribuição dos sentimentos relatados pelos usuários hipertensos e diabéticos do Bairro Jd Primavera, segundo a sensação frente à mudança no estilo de vida, após a participação nos grupos operativos. Uberaba, MG, 2009, (n=20).



Nesse momento, foi possível realizar um levantamento sobre as sensações que os participantes do grupo divulgaram em uma das dinâmicas propostas. Foi permitido relatar sobre mais de um sentimento.

Registrou-se que 100% deles se sentiam felizes e satisfeitos. Victor et al (2007), declara que a convivência em grupo é primordial para a manutenção de um equilíbrio

biopsicossocial, diminuindo ou afastando conflitos pessoais e ambientais, facilitando a socialização e oferecendo suporte social para enfrentar as dificuldades que surgem com o passar da idade. Possibilitando uma qualidade de vida melhor.

BOURDIEU, 2001; DUBAR, 1997 apud VIEIRA & CASTIEL (2003, p34) referem que

Em todas as esferas do comportamento humano, mas especificamente na área da saúde, alterar modos de vida e reduzir “comportamentos de risco” exige um possível, porém difícil trabalho pedagógico, que requer reflexão, compreensão e internalização por parte dos indivíduos daquela sociedade. Essa transformação deve também levar em conta o entendimento dos motivos da instalação do habitus, a sua manutenção e a sua transmissão no seio das sociedades, sendo que esse esforço transformador pode demandar algumas gerações para ser concretizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que a experiência do grupo operacional trouxe aprendizagem para os usuários melhor se adaptarem com a hipertensão e diabetes, permitindo que alguns participantes entendessem o significado da experiência, o que surpreendeu as limitações que elas provocam.

É importante destacar que durante o transcorrer de todos os trabalhos com grupos terapêuticos realizados no período de agosto a setembro/09, verificou-se um grande compromisso de todos os profissionais e a dedicação total para com todos os pacientes.

Os indicadores analisados na pesquisa foram favoráveis para os usuários que se comprometeram a participar das atividades propostas, permitiu-se interpretar e reavaliar o desenvolvimento do grupo, direcionando as ações propostas para cada encontro.

A implantação das terapias possibilitou uma notável modificação no estilo de vida de 20 acometidas pela hipertensão e diabetes, e isso incentivou os colaboradores a investir em outras formas necessárias para manter a prevenção e/ou controle dos fatores ambientais, reduzindo os agravos a si mesmos e aos seus familiares.

Valorizou-se uma maior aproximação entre os profissionais e usuários, facilitando a abertura de diálogo, a comunicação foi a chave mestra, proporcionando um maior diálogo e sentimentos ainda não explorados.

A educação em saúde certamente é uma das ferramentas mais preciosas na abordagem ao indivíduo e grupos. Ações de sucesso para a prevenção de doenças necessitam da incorporação de diversos fatores, nem sempre fáceis ou passíveis de se controlar.

Segundo VASCONCELOS et al (2009), a prática em saúde é considerada uma estratégia onde através da mesma os profissionais devem se capacitar para trazer a tona abordagens metodológicas dialógicas e democráticas, e o trabalho é a fonte geradora de aprendizado significativo.

Percebe-se que o profissional da ESF foi despertado para a busca de aperfeiçoamento e de atualização, e transformar o seu saber e o seu fazer na rotina diária e nas atividades de grupo, pois se fez relevante um maior conhecimento para compartilhamento entre os atores sociais envolvidos.

Contudo, o esforço do profissional em realizar o que de melhor pode fazer, tem tocado em seus próprios limites e dificuldades concretas de manejar a situação grupal, como reflexão na mudança de postura, tornando uma figura flexível, crítica e criativa.

A equipe da ESF Jd Primavera valorizou mais seu poder de criatividade na execução do cuidado, principalmente em coletivo, a perícia do grupo trouxe para os usuários uma aprendizagem para melhor convivência com a doença, o que transcendeu as limitações que ela provoca.

Notou-se que os usuários hipertensos e diabéticos possuem hábitos culturalmente enraizados e para tal modificação é necessário um processo longo, com atividades duradouras.

A experiência da escuta e da observação nesse trabalho com grupo poderá contribuir para a identificação e construção de **problemas** em conjunto de soluções para **problemas** da comunidade. Atraindo outros mecanismos e apoio de outros profissionais para colaborarem em outros projetos.

Os resultados deste estudo possibilitaram uma análise reflexiva sobre a repercussão do papel de educador em saúde, junto ao indivíduo, à família e a comunidade, na procura por mudanças comportamentais, que resultem na promoção da saúde. E em se tratando de doenças crônico-degenerativas, o papel desempenhado por cada profissional é relevante na condução das pessoas acometidas por hipertensão e diabetes a aderirem ao controle desses agravos, e a prevenção das complicações crônicas.

Enfim, o grupo tornou-se um elemento facilitador para o processo de cuidar da promoção da saúde. O projeto desenvolvido foi uma ferramenta para estimular mais os usuários a estabelecerem vínculos com a equipe, além de ter proporcionado mudanças significativas nos aspectos biopsicossociais dos participantes, pois não se limitou a empregar práticas normativas, repetitivas e verticalizadas, e sim, a participação efetiva dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, V. et. al. **Atenção à Saúde do Adulto. Hipertensão e Diabetes.** 2 ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerai, 2007.

ANDERSON, H. **Uma reflexão sobre a colaboração cliente-profissional.** Fam. Syst. Health, n. 14, p. 193-206, 1996.

ANDRADE, G.R.B.; VAISTMAN, J. **Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde.** Rev. Ciênc. Saúde Coletiva, v. 7, n. 4, p. 925-34, 2002 apud BORGES & JAPUR, 2005.

BOAS, L.M.F.M.V. **A Prática Gerencial do Enfermeiro no PSF na Perspectiva da sua Atuação Pedagógica Educativa: uma Breve Reflexão.** Rev. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.13, n. 4, jul/ago 2008.

BOOG, M.C.F. **Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares.** Rev. Nutr., Campinas, v. 12, n. 3, 1999.

BORDIEU, P. **Meditações Pascalianas.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

BORGES, C.C. & JAPUR, M. **Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de Saúde da Família.** Comunic, Saúde, Educ, v. 9, n. 18, p. 505-19, set/dez 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de ética em Pesquisa. **Normas para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.** (Res.CNS 196/96 e outras). Brasília, p. 103, 2000.

DUBAR, C. **A socialização. Construção das identidades sociais e profissionais.** Porto: Porto Editora, [19].

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo (SP): Paz e Terra; 1996.

GEIS, P.P. **Tercera edad, actividad física y salud: teoría e práctica.** Lisboa: Paidotribo; 2001.

JACOB, F.W. **Promoção da Saúde do Idoso**. São Paulo: Lemos; 1998.

JAPUR M., BORGES, C.C. **Promover e Recuperar Saúde: Sentidos Produzidos em Grupos Comunitários no Contexto do Programa de Saúde da Família**. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.18, p.507 – 19, set/dez 2005.

JENICEK, M.; CLÉROUX, R. **Epidemiologia, Princípios, Técnicas y Aplicaciones**. Barcelona: Salvat, 1987.

MARCONDES, R.S. **Educação Sanitária em Nível Nacional**. São Paulo; 1964. [Tese de Doutorado – Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.

MINICUCCI, A. in SOARES **Dinâmica de grupo: teorias e sistemas**. 4ª ed. São Paulo (SP): Atlas, 1997.

MUNARI, D.B. RODRIGUES, A.R.F **Processo Grupal em Enfermagem: Possibilidades e Limites**. Rev. Esc. Enf. USP, v. 31, n.2, p. 237-50, ago/ 1997.

OMS. **Relatório Mundial da Saúde 2006 – Trabalhando Juntos pela Saúde**. Genebra: OMS; 2006, acessado dia 20 de novembro de 2009, em: [HTTP://www.who.int/articles.html](http://www.who.int/articles.html).

PELICIONI, M.C.F.; PELICIONI, A.F. **Educação e Promoção da Saúde: uma Retrospectiva Histórica**. O mundo as Saúde São Paulo, v. 3, p. 320 – 328, jul/set 2007.

PELUSO, E.T.P., et al, **A experiência de usuários do serviço público em psicoterapia de grupo; estudo qualitativo**. Ver. Saúde Pública, São Paulo, v. 35, n. 4, 2001.

PICHON-RIVIERE, E. **O Processo Grupal**. São Paulo (SP): Martins Fontes; 1998.

PORTAL BRASIL, **Valores de referência para índices pressóricos e glicêmicos**, 2009, acessado dia 20 de novembro de 2009 em: www.portalbrasil.net/medicina_pressao.htm.

PORTARRIEU, M.L.; TUBERT-OKLANDER, J. **Grupos Operativos**. In: Osório LC, organizador: Grupos Operativos hoje. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1989.

SANTOS, Z.M.S.A.S; LIMA, H.P. **Tecnologia Educativa em Saúde na Prevenção da Hipertensão Arterial em Trabalhadores: Análise das Mudanças no Estilo de Vida.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v.1, n. 17, p. 90 – 7, jan/marc. 2008.

SOARES, S.M.; FERRAZ, A.F. **Grupos Operativos de Aprendizagem nos Serviços de Saúde .** Esc. Anna Nery R Enferm, v.1, n.1, p 52 – 7, marc/ 2007.

VALENTIM, M.L.P. **Métodos qualitativos de pesquisa em Ciência da Informação.** São Paulo: Pólis, v.16, p. 176, 2005.

VASCONCELOS, M., et al. **Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade.** Belo Horizonte: UFMG, m. 4, 2009.

VICTOR, J.F.; et al. **Grupo Feliz Idade: Cuidado de Enfermagem para a Promoção da Saúde na Terceira Idade.** Revista Escola Enferm USP, São Paulo, v.41, n. 4, dez/ 2007.

VIEIRA, V.A; CASTIEL, L.D. **Hipertensão Arterial em Idosos Atendidos em Grupos de Aconselhamento.** Psicol. Cienc. Prof., Brasília, v.23, n.2, jun/ 2003.

ZIMERMAN, D. **A Importância dos Grupos na Saúde, cultura e Diversidade.** Vínculo, São Paulo, v. 4, n. 4, dez/2007.