

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ALUÍSIO AUGUSTO GONÇALVES CUNHA

**PROPOSTA PARA FORTALECIMENTO DO GRUPO EDUCATIVO
HIPERDIA EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, PATOS DE
MINAS/MG**

**UBERABA/MG
2014**

ALÚSIO AUGUSTO GONÇALVES CUNHA

**PROPOSTA PARA FORTALECIMENTO DO GRUPO EDUCATIVO
HIPERDIA EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, PATOS DE
MINAS/MG**

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

Orientadora: Ms. Fernanda Carolina Camargo

UBERABA/MG
2014

ALUÍSIO AUGUSTO GONÇALVES CUNHA

**PROPOSTA PARA FORTALECIMENTO DO GRUPO EDUCATIVO
HIPERDIA EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, PATOS DE
MINAS/MG**

Banca Examinadora:

Ms Fernanda Carolina Camargo – UFTM

Ms. Mário Antônio de Moura Simim – UFTM

Aprovado em Uberaba 31 de janeiro de 2014

Só existem dois dias no ano que nada pode ser feito. Um se chama ontem e o outro se chama amanhã, portanto hoje é o dia certo para amar, acreditar, fazer e principalmente viver (DALAI LAMA).

Dedico este trabalho:

À minha guerreira mãe que é um grande exemplo de humildade e amor.

AGRADECIMENTOS

À Deus pelo dom da vida e por me abençoar em todos os meus passos;
À minha mãe Marina pelo amor incondicional, ao meu pai Lói pelo incentivo;
Às minhas irmãs pelos belos exemplos a mim mostrados;
Ao meu afilhado Arthur e ao meu sobrinho Lucas por serem anjos em minha vida;

A toda minha família pelo carinho e incentivo de sempre;
Ao Colégio Atenas e Faculdade Atenas que foram fundamentais na minha formação profissional e pessoal;

À Márcia Araújo Barreto pelo zelo em todo processo;
Aos meus colegas de especialização, aos tutores e à coordenação do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família;

À toda equipe Saúde da família e Secretaria Municipal de Saúde de Patos de Minas que contribuíram fundamentalmente para o desenvolvimento do trabalho;

À minha orientadora Fernanda Carolina Camargo pela impecável orientação e pelos ensinamentos;

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para que eu chegasse até aqui.

RESUMO

Os serviços primários de saúde do SUS necessitam cada vez mais de apresentarem atuações efetivas para o melhor controle dos agravos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Precisam lançar mão de estratégias que visem a prevenção de casos novos e redução das complicações nos casos existentes. O presente estudo objetiva identificar estratégias que potencializem a prática educativa em grupo, para pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus, na equipe Saúde da família 12 da UBS Nossa Senhora de Fátima, Patos de Minas/MG, 2013. Trata-se de proposta de intervenção pautada no Planejamento Estratégico Situacional em Saúde e no levantamento bibliográfico contemporâneo sobre o tema para a formulação das ações. Após a problematização do cenário de estudo, os principais nós-críticos identificados quando a organização dos grupos educativos foram: a utilização de metodologias tradicionais e passivas, pouco domínio da equipe sobre abordagens diferenciadas para práticas educativas em grupo, baixa adesão da população alvo aos grupos e acompanhamento à saúde não regular. Frente a essa realidade, as propostas de fortalecimento abordam três principais ações: ampliação do arcabouço conceitual da equipe para o trabalho com grupos; organização da dinâmica grupal diferenciada valorizando a promoção da saúde e o acolhimento e compromisso da equipe, reformulação de táticas, frente avaliações do processo. Espera-se com essa proposta que haja fortalecimento da prática grupal que proporcione aos usuários assistidos melhores vínculos de apoio social e qualidade de vida.

Descritores: Programa saúde da família. Educação em Saúde. Saúde de grupos específicos.

ABSTRACT

Primary health services in the NHS increasingly need to make the best effective for control of diseases of Hypertension and Diabetes Mellitus performances. Need to resort to strategies to prevent new cases and fewer complications in existing cases. The study aims to identify strategies that enhance educational practice group for people with hypertension and diabetes mellitus, family health team 12 UBS Nossa Senhora de Fátima, Patos de Minas/MG, 2013. It is proposed intervention guided by the Strategic Situational Planning Health and contemporary literature survey on the topic for the formulation of actions. After questioning the study scenario, the main - critical nodes identified as the organization of educational groups were: the use of traditional and passive methods, little knowledge of staff about different approaches to educational practices group, low compliance of the target population groups and follow not the regular health. Facing this reality, the proposals for strengthening address three main actions: extension of the conceptual framework of staff to work with groups, organization of different group dynamics emphasizing health promotion and hosting, and team commitment, reformulation tactics in front of reviews process. It is hoped that this proposal there is strengthening of group work that will provide better links Watched Users of social support and quality of life.

Descriptors: Family Health Program. Health Education. Health of Specific Groups.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Mapa da área de abrangência da equipes saúde da família 12 da UBS Nossa senhora de Fátima. Patos de Minas, Minas Gerais. 2013.....**22**

Tabela 1. Distribuição demográfica da população cadastrada na área de abrangência da equipes saúde da família 12 da UBS Nossa senhora de Fátima. Patos de Minas, Minas Gerais, 2013.**23**

Quadro 1. Descrição do Plano de ação para fortalecimento do grupo HIPERDIA na equipe Saúde da família 12 da UBS Nossa Senhora de Fátima, Patos de Minas/MG, 2013. **.31**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVOS	17
4 PERCURSO METODOLÓGICO	18
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
5.1. Situação de Saúde da área e abrangência da equipe SF 12 UBS Nossa Senhora de Fátima, Patos de Minas/MG	20
5.2. Problematização da Situação de Saúde da equipe SF 12 UBS Nossa Senhora de Fátima, Patos de Minas/MG	24
5.3 Proposta para fortalecimento do grupo educativo <i>HIPERDIA</i> da equipe SF 12 UBS Nossa Senhora de Fátima, Patos de Minas/MG	26
5.4. Ampliação do arcabouço conceitual da equipe para o trabalho com grupos.....	27
5.5. Organização da dinâmica grupal diferenciada valorizando a promoção da saúde e o acolhimento	28
5.6. Compromisso da equipe, reformulação de táticas, frente avaliações do processo	29
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS.....	32

APRESENTAÇÃO

Medico graduado em novembro de 2012, pela faculdade Atenas em Paracatu MG. Optei pela medicina ao perceber que poderia ajudar ainda mais ao próximo, cuidar de cada pessoa, com zelo e amor, tentar trabalhar de uma forma humanizada e proporcionar ao cidadão brasileiro mais acessibilidade para com a saúde, saberia que os desafios viriam mais nem por isso deixaria de lutar pela saúde mais qualificada dos pacientes.

Escolhi trabalhar na atenção primaria porque vejo uma boa oportunidade de adentrar a comunidade e vivenciar as dificuldades juntos a população carente. Trabalho com Saúde da família há 12 meses, iniciei as atividades como médico da família na UAPS Lagoa Grande em patos de minas onde permaneci por 06 meses, logo após assumi a UAPS Nossa Senhora de Fatima também em Patos de Minas onde atuo ate hoje.

Optei em estudar sobre grupos operativos, pois acredito que seja uma maneira muito eficaz de fixar as informações ditas pelos profissionais e também existe uma maior abertura para discussões e bate papo entre a equipe e a comunidade, potencializando o processo terapêutico e a mudança de estilo de vida.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único Saúde está organizado em diferentes os níveis assistenciais a fim de contemplar a complexidade do processo saúde-doença. É um sistema com bases democráticas, preservando a cidadania, e se organiza por princípios como: universalidade, integralidade, equidade. As ações de saúde no SUS devem contemplar dessa maneira os indivíduos em seus aspectos biopsicossociais (FARIA *et al*, 2010; BRASIL, 2012; MENDES, 2013).

É previsto para o fortalecimento do SUS que cada vez mais seja implementada a participação popular tanto na gestão das ações de saúde, como na autonomia decisória dos processos de cuidado em saúde. Isso requer o empoderamento dos grupos populacionais. A Atenção Básica à Saúde (ABS), nível primário de assistência do SUS, apresenta-se como espaço privilégio ao desenvolvimento de atividades que propiciem a participação popular (FARIA *et al*, 2010; MENDES, 2013).

Frente a essa realidade, a Estratégia Saúde da Família (ESF), modalidade assistencial que implementa a ABS no SUS, prevê que as equipes de saúde elaborem diagnóstico da área de atuação, articulando ações intersetorialmente, promovendo a organização e mobilização dos moradores, no desenvolvimento de ações de saúde e cidadania (BRASIL, 2012; FARIA *et al*, 2009).

Entretanto, essa realidade ainda está incorporada com fragilidade no cotidiano de prática das equipes de Saúde da Família (SF). De forma geral, a proposta da SF é a de uma equipe composta minimamente por um médico generalista, 4 a 6 agentes comunitários de saúde, trabalhadores de saúde bucal (um conjunto para cada duas equipes), dois auxiliares de enfermagem e um enfermeiro, cuidando de 800 a 1000 famílias adscritas a uma área de abrangência. Cabe a essa equipe desenvolver ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e prestação de cuidados específicos à família (BRASIL, 2012; FARIA *et al*, 2009).

De modo geral, a equipe SF reconhece e reproduz uma organização do processo de trabalho pautada em ações prescritivas, de cuidado direto as lesões inseridas ou de pronta-consultas. Essa realidade é reflexo de um sistema de saúde centrado no hospital e na prática médica convencional, o paradigma cartesiano da saúde (FARIA *et al*, 2010; BRASIL, 2012; MENDES, 2013).

Por vez, a própria ascensão do SUS e o desenvolvimento da ESF ancoraram-se em uma perspectiva diferenciada da saúde: o determinismo social em saúde e a promoção da saúde. Esses aspectos, de algum modo, impõem desafios às equipes SF:

“Assim, coloca-se um desafio do trabalho em equipe para fazeres que eles desconhecem e precisam desbravar, construir, inventar, o que pode *complexificar* ainda mais as relações entre os trabalhadores do Programa de Saúde da Família (FORTUNA *et al*, 2005, p. 263).”

Destaca-se que é no âmbito da ABS/ESF que se dá o contato preferencial do usuário com o SUS. Com isso, as ações da ABS favorecem a transformação de situações-problema que afetam a qualidade de vida das famílias, em suas diferentes dimensões, como aquelas associadas ao saneamento básico, destinação do lixo, condições precárias de moradia, situações de exclusão social, desemprego, violência intrafamiliar, drogas lícitas e ilícitas, acidentes dentre outras (FARIA *et al*, 2009; FARIA *et al*, 2010; BRASIL, 2012; MENDES, 2013).

O trabalho na ABS/ESF tem potencial para ampliar a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade. Para que esse ideal seja alcançado, práticas assistenciais inovadoras necessitam ser implementadas. Neste contexto evidenciam-se as práticas educativas, estruturadas por metodologias horizontais e ativas, que valorizem o saber popular, e que se desenvolvam em espaços diferenciados, como os grupos em saúde (FARIA *et al*, 2009; VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009; BRASIL, 2012).

O trabalho com grupos evidencia-se como um recurso impar à participação popular e ao empoderamento em saúde (FORTUNA *et al*, 2005;

VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009). Neste sentido, o presente estudo objetiva Identificar estratégias que potencializem a prática educativa em grupo de uma equipe Saúde da família de Patos de Minas/MG, junto as pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus.

2 JUSTIFICATIVA

Os agravos hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) são de elevada morbimortalidade. No Brasil, o coeficiente de prevalência padronizado de diabetes elevou-se de 2,9% em 1998 para 4,3% em 2008, enquanto para o DM associado à HAS, elevou-se de 1,7% para 2,8% no mesmo período (FREITAS; GARCIA, 2012).

Os serviços primários de saúde do SUS necessitam cada vez mais de apresentarem atuações efetivas para o melhor controle dos agravos de HAS e DM. Precisam lançar mão de estratégias que visem a prevenção de casos novos e redução das complicações nos casos existentes. Como aponta:

“No Brasil, cerca de 60 a 80% dos casos de HÁ e DM podem ser tratados na rede primária de saúde, necessitando apenas de medidas preventivas e de promoção de saúde (CARVALHO, *et al*, 2012, p.1886)”

É importante que as equipes da atenção básica desempenhem intervenções que promovem estilos de vida mais saudáveis e a qualidade de vida dos indivíduos (MIRANZI *et al*, 2008).

Assim, estimular a adoção de comportamentos saudáveis, como o controle do sedentarismo, da obesidade e do tabagismo - fatores de risco caracterizados como modificáveis na predisposição à hipertensão e ao diabetes, são ações fundamentais desse serviço. Também, é preciso realizar o tratamento concomitante desses fatores quando associados aos agravos para que se obtenha resolutividade na assistência, com abordagens que estimulem uma mudança mais efetiva.

No presente estudo, o grupo é compreendido como um espaço de diálogo, e construções que possibilita o crescimento dos participantes, durante o próprio processo grupal (VASCONELOS; GRILLO; SOARES, 2008). Aponta-se que:

“[...] pode ser espaço de autoanálise e de autogestão, ao evidenciar a micropolítica do trabalho em saúde com seus movimentos de

atravessamento e transversalização, assim como a incessante coprodução de subjetividades, de trabalhadores, de conhecimentos, de serviços e de seus usuários (FORTURNA, *et al*; 2012, p.658)".

Observa-se que, na Saúde da Família, a utilização de estratégias grupais não representa uma tendência hegemônica, há uma tradição mais presente em torno do acompanhamento tradicional dos agravos (NETO; KIND, 2010).

Com isso, o grupo caracteriza-se como espaço de apoio social, como forma de ajudá-las a viver melhor o dia a dia, apoiando e conduzindo o tratamento do agravo HAS e DM (VASCONELOS; GRILLO; SOARES, 2008; TAVARES; SILVA, 2013).

3 OBJETIVOS

Discutir a situação de saúde da área de abrangência da equipe 12 da UBS Nossa Senhora de Fátima, evidenciando a importância das práticas educativas em grupo.

Identificar estratégias que potencializem a prática educativa em grupo, para as pessoas com HAS e DM na equipe Saúde da família 12 da UBS Nossa Senhora de Fátima.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma proposta de intervenção para aprimorar o processo de trabalho da equipe de Saúde da família 12 da UBS Nossa Senhora de Fátima, Patos de Minas/MG. Para tanto, o presente estudo pauta-se em três etapas.

A primeira etapa apresenta a caracterização da situação de saúde da área de abrangência da equipe de Saúde da família 12 da UBS Nossa Senhora de Fátima. Para essa análise foram empregadas informações secundárias, oriundas dos relatórios consolidados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da equipe, referentes ao ano de 2013. Além do mais, foram acrescentadas informações que situam a equipe na rede de saúde do município de Patos de Minas, MG.

No segundo momento ocorreu a problematização da prática educativa em grupo realizada pela equipe 12. Esta problematização ancora-se no conceito do Planejamento Estratégico Situacional em Saúde, ampara-se numa explicação da realidade que depende do olhar de cada ator e logo, são sempre parciais e múltiplas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). A construção deste conteúdo parte da própria experiência do autor, de sua atuação junto a uma equipe de Saúde da família, e imersão do cotidiano vivido do cenário de intervenção. Logo, a situação problematizada foi aquela definida como uma situação passível de transformação.

“Uma situação constitui-se em um espaço de produção social. Uma determinada situação expressa a condição, a partir da qual indivíduos ou grupos interpretam e intervêm nessa realidade” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.25).

A terceira etapa constitui-se do levantamento de recursos potencializadores, estratégias de intervenção, para a transformação da prática. Para seu alcance foi realizada uma revisão da literatura atual sobre o tema. O levantamento da produção científica ocorreu de forma livre, em especial quanto ao período da publicação. As seleções das produções científicas como pertinentes ao desenvolvimento do presente estudo ocorreram conforme critério do autor, após

leitura dos textos. As buscas se deram na Biblioteca Virtual em Saúde - Bireme, utilizando cruzamento de descritores *Programa saúde da família; Educação em Saúde; Saúde de grupos específicos*.

Foi consultada Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – NESCON para análise dos Trabalhos de Conclusão de Curso e dos módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família - CEABSF, referentes ao tema. Também foram interpretadas as diretrizes ministeriais da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, que orientam a construção de uma prática inovadora para efetivação do SUS.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Situação de Saúde da área e abrangência da equipe SF 12 UBS Nossa Senhora de Fátima, Patos de Minas/MG

A cidade de Patos de Minas está localizada no Estado de Minas Gerais, na mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba. Conta com uma população de 139.848 habitantes, sendo 91% pelas residentes na zona urbana. A área total do município é de 3.189,771 km², sendo sua densidade demográfica de 43,49hab/km (IBGE 2010).

Quanto aos aspectos socioeconômicos, o índice de desenvolvimento humano (IDH) é de 0,813, sendo o 19º de Minas Gerais. Possui 97% das residências com abastecimento de água tratada e 98% com recolhimento de esgoto por rede pública. Quanto às principais atividades econômicas, temos que desde as décadas de 80 e 90 o setor terciário configura-se como o setor de maior participação no PIB (IBGE 2010).

Os recursos destinados à saúde representam 33% do orçamento municipal, de acordo com informações do atual secretário municipal de saúde (SALA DE SITUAÇÃO DE SAÚDE, 2013). De acordo com os dados do SIAB (2013), 95.895 pessoas estão cadastradas como usuários do SUS o que representa 68,57% da população.

Os pontos de atenção da rede de serviços de saúde de Patos de Minas estão estruturados em UBS, CRAS, CAPS, clínica de especialidades e UPAs, hospitais terciários, onde o acesso é garantido através de guias e triagens.

Sendo que o sistema de referência e contra referência conta com serviços como o Hiperdia, Viva vida, clínica de especialidades, serviço municipal de reabilitação, CAPS AD, CEO. Funciona através do serviço de autorização de internação hospitalar (AIH) e autorização de procedimento ambulatorial (APAC).

A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) ocorreu em 2001 no município de Patos de Minas. Hoje é composto por 30 Equipes de Saúde da Família (ESF), sendo que 13 contêm Equipes de Saúde Bucal (ESB), três Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), quatro Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e um Centro de Especialidade Odontológica (CEO).

Cada NASF é composto por um psicólogo, uma nutricionista, um fisioterapeuta, um assistente social e dois profissionais de educação física, com cobertura de 100% das equipes SF (SALA DE SITUAÇÃO DE SAÚDE, 2013).

Sobre os recursos Humanos em Saúde, no momento estão cadastrados 1240 profissionais de saúde, sendo, 11 destes, estagiários não remunerados. Os vínculos funcionam em três categorias: contratado, efetivo e estável. A carga horária é de 30 ou 40 horas semanais e plantões de 12 ou 24h (CNES, 2013).

A equipe SF 12 da UBS Nossa senhora de Fátima é uma equipe que conta atualmente com um apoio administrativo, cinco agentes comunitários de saúde, uma técnica de enfermagem, um enfermeiro, uma médica efetiva e um médico do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB). A Figura 1 ilustra o mapeamento territorial para a atuação da equipe.

Tabela 1. Distribuição demográfica da população cadastrada na área de abrangência da equipes Saúde da Família 12 da UBS Nossa senhora de Fátima. Patos de Minas, Minas Gerais, 2013.

Faixa Etária	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
< 1 ano	9	0,63	8	0,51	17	0,58
1 - 4 anos	70	4,93	64	4,09	134	4,55
5 - 6 anos	45	3,17	30	1,92	75	2,54
7 - 9 anos	60	4,23	64	4,09	124	4,21
10 - 14 anos	83	5,85	109	6,97	192	6,51
15 - 19 anos	126	8,87	126	8,06	252	8,55
20 - 39 anos	460	32,39	493	31,52	953	32,33
40 - 49 anos	206	14,51	237	15,15	443	15,03
50 - 59 anos	195	13,73	231	14,77	426	14,45
> 60 anos	166	11,69	202	12,92	368	12,48
Total	1420	100	1564	100	2948	100

As atividades estão organizadas em atendimentos programados e à demanda espontânea. De forma geral, as principais ações programadas são: pré natal, grupo de HIRPEDIA, puericultura e as visitas domiciliar.

A demanda espontânea permeia todos esses atendimentos programados. O acolhimento desses pacientes é feito por toda a equipe, especialmente pelo enfermeiro. Quando necessário, a consulta médica é feita na hora ou agendada de acordo com a urgência. São destinado seis vagas diárias para renovação de recita, estas são refeitas pelo médico para que não fuja de controle o uso indiscriminado das medicações.

5.2. Problematização da Situação de Saúde da equipe SF 12 UBS Nossa Senhora de Fátima, Patos de Minas/MG

A equipe saúde 12 da família apresenta situações problemas de diferente natureza. Há falta de investimento nas equipes para uma melhor manutenção e arquivo de dados, dificultando assim a informação para uma organização em rede dos serviços de saúde, acarretando sobrecarrega aos profissionais no dia a dia.

Quanto às doenças crônicas, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, busca-se o controle de risco de doenças cardíacas e a diminuição de agudizações. O foco principal está no grupo Hiperdia, que apresenta periodicidade semanal. Em cada mês, são atendidos os portadores desses agravos referenciados pelos agentes de saúde. Todos os participantes do grupo são convidados a comparecerem às consultas. Esses pacientes são atendidos primeiramente pela enfermeira, que faz as solicitações de exames rotineiros, quando se faz necessário, e renova as receitas, conforme protocolo municipal.

Quando os exames se encontram prontos, o portador do agravo é atendido na consulta médica. Durante a consulta, são feitas as ações necessárias de diagnóstico, orientação, referência à atenção secundária, solicitação de exames, etc. Tais atendimentos ocupam a maior parte da agenda das consultas médicas.

Entretanto, mesmo com a organização desta rotina de atendimentos, observa-se grande número de usuários desejando atendimento por demanda espontânea, o que acaba por impactar na limitação do número de exames complementares, e dificuldade de encaminhamento dos pacientes à atenção secundária. Além do mais, essa situação de uma demanda espontânea desarticulada gera ainda uma renovação de receitas compulsórias, sem acompanhamento efetivo dos pacientes, que por sua vez apresentam dificuldades na recuperação da informação nos prontuários.

Por outro lado, observa-se que o método abordado durante os grupos, na prática educativa, em muito reproduz abordagens tradicionais, como a transmissibilidade – conteúdos verticalizados passados, desconsiderando a autonomia e o saber dos participantes, e o condicionamento da população – só ganha o remédio aqueles que participam do grupo. Não há planejamento participativo sobre a organização dos grupos para que seja a fim dos interesses dos usuários. Isso pode interferir na realidade de baixa adesão ao grupo.

Na equipe SF 12, ainda há como problema a rotatividade de médicos, que causa prejuízos como falta de vínculo do profissional, desconhecimento da população. Essa situação faz com que grande parte das consultas sejam a “primeira consulta”, levando muito mais tempo.

Outro aspecto importante é que, na população em questão, a escolaridade é muito baixa, havendo vários analfabetos. Tais pacientes não conseguem explicar bem os seus problemas à equipe. Muitas vezes perdem ou jogam fora seus documentos médicos (exames, relatórios, etc.), consomem de forma inadequada os medicamentos. E, o apoio familiar desses usuários nem sempre é efetivo. Observamos que algumas famílias atrasam no seu processo de saúde devido à falta de informação sobre exames, consultas, ou até medicações.

Com isso, pode se destacar como principais nós-críticos para o acompanhamento do grupo HIPERDIA:

- a) Grupos organizados por metodologias tradicionais e passivas, sem um planejamento participativo, o que pode resultar na pouca adesão
- b) Equipe de saúde não domina abordagens diferenciadas, outras metodologias para o desenvolvimento do grupo HIPERDIA
- c) A qualidade dos registros em prontuários ou outros instrumentos de controle que dificultam as evoluções subsequentes;
- d) Demanda espontânea com elevada número de usuários, mesmo para aquelas ações que já existem algumas propostas assistenciais organizadas na unidade como o grupo HIPERDIA;

- e) Acompanhamento pouco regular dos usuários, devido a procura pela demanda espontânea, resulta em desarticulação com os outros níveis assistenciais e gera ainda uma renovação de receitas compulsórias;
- f) Rotatividade de médicos, que causa prejuízos como falta de vínculo do profissional, desconhecimento da população, dificuldade de implementar medidas de controle dos agravos;
- g) Composição social e familiar dos usuários: elevada prevalência de analfabetismo e falta de apoio familiar na condução do regime terapêutico.

5.3 Proposta para fortalecimento do grupo educativo *HIPERDIA* da equipe SF 12 UBS Nossa Senhora de Fátima, Patos de Minas/MG

O grupo operativo é definido como um conjunto de pessoas com um objetivo comum, que opera e se estrutura à medida que se relaciona (FORTUNA *et al.*, 2005; VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009). Grande parte do trabalho do grupo operativo consiste no fortalecimento das relações entre seus integrantes (NETO; KIND, 2010). Por isso, é necessário lançar mão de recursos que permitam observar e analisar fenômenos interpessoais e contextuais que se dão nos grupos, nas relações, para que alcance o seu propósito de suporte terapêutico.

Constitui-se de um conjunto de noções, regras, acordos, conceitos gerais, que permite ao grupo aproximar-se de um objeto, de algo que está explorando e conhecendo, uma espécie de baliza de referência conceitual e operativa (FORTUNA *et al.*, 2005, p. 264).

Considerando essas características, a proposta de intervenção ampara-se em três aspectos que serão descritos a seguir: a) ampliação do arcabouço conceitual da equipe para o trabalho com grupos; b) organização da dinâmica grupal diferenciada valorizando a promoção da saúde e c) compromisso da equipe, reformulação de táticas, frente avaliações do processo.

5.4. Ampliação do arcabouço conceitual da equipe para o trabalho com grupos

Os grupos passam por diversas fases, é preciso o dominar a análise dessas modificações, que a equipe de saúde se aproprie desse conhecimento, a fim de que possa melhor conduzir o grupo a resultados mais favoráveis. É preciso que a equipe de saúde domine alguns aspectos que permeiam as práticas grupais como os conceitos que se apresentam (FORTUNA *et al.*, 2005; 2012):

- *Afiliação*: - Refere se ao primeiro contato dos membros da equipe de ESF com os usuários participantes, e a maneira como se constituirá a vinculação para o desenvolvimento do grupo;
- *Pertença*: - É o sentimento que necessita permear a equipe de saúde e os usuários participantes, de que aquele lugar que ele ocupa é importante, que integra o processo, fazendo parte integrante no processo grupal;
- *Comunicação*: - É preciso uma comunicação que favoreça o processo grupal, a participação democrática, que se aproxime culturalmente dos participantes. Não são necessárias “belas” palavras, mas sim ações que fluidificam o sistema de trabalho grupal;
- *Aprendizagem*: - As ações e reações ocorridas na rotina dos grupos e das equipes é de grande relevância pois, muito se acrescenta e se aprende com a realidade vivencial, e o compartilhamento das experiências. De forma que vivenciar a própria atividade grupal gera valores e conhecimentos relacionais que podem tanto refletir quanto serem reproduzidos nos demais grupos sociais/comunitários/familiar de inserção de cada participante;
- *Cooperação*: - Uma característica que muito se assemelha com colaboração. Representa a articulação entre os integrantes, seus saberes, para a execução da tarefa que esse grupo se propõe;
- *Pertinência*: - É o compromisso do grupo em alcançar as tarefas a que se propõem. No caso, considerando o conceito ampliado de saúde e a promoção em saúde;

- *Tele:* - Este aspecto é de extrema importância, se refere ao clima do grupo, o clima que se sente nas reuniões e nos encontros do grupo. Climas que ficam muito tempo da mesma forma, podem indicar conflitos aparentemente ocultos ou paralisações desse grupo.

5.5. Organização da dinâmica grupal diferenciada valorizando a promoção da saúde e o acolhimento

Para dinamizar a rotina assistencial da equipe estudada, é necessário a reinvenção de outros mecanismos assistenciais, principalmente para que se possa melhor gerenciar a demanda espontânea. Pretende-se que o grupo se organize, também, como uma porta de entrada dos portadores dos agravos HAS e DM às rotinas assistenciais.

Cada grupo possui características próprias, particularizadas. É importante saber que todos tem suas fases, suas dificuldades. Para tanto é fundamental ter dialogo, para que não exista sobrecarga entre os integrantes, a fim de que todos possam absorver aquilo que está sendo proposto (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009; NETO; KIND, 2010).

De modo geral, o grupo é um espaço onde o usuário poderá ouvir o outro e discutir sua realidade em um local mais interativo. Isso facilita o acesso a informação em saúde, produz conhecimentos, que apoia o acompanhamento dos regimes terapêuticos e a mudança de estilos de vida (NETO; KIND, 2010).

Desta maneira é preciso ampliar o foco para além da patologia. Prover a criação de espaços de sociabilidade, troca de conhecimentos entre os usuários e entre estes e os profissionais de saúde. É preciso haver relações humanizadas e a compreensão dos participantes como um ser biopsicossocial (FORTUNA *et al.*; 2012).

5.6 Compromisso da equipe, reformulação de táticas, frente avaliações do processo

Em todo projeto, grupo ou atividade programada pela equipe, para um bom êxito, dependerá do desempenho e compromisso da equipe. Cada membro possui características subjetivas peculiares, histórias de vida que se imprimem diretamente nas atividades do dia a dia. Cada membro acha correto trabalhar de uma forma (NETO; KIND, 2010).

Com o passar do tempo, os grupos tendem a entrar na rotina, causando o desinteresse entre os usuários e desestímulo entre os profissionais. É preciso que haja reavaliações periódicas em relação à eficácia dos grupos. Desta maneira o melhor a fazer é manter coesão frente aos objetivos da intervenção. Uma boa relação entre a equipe, bom diálogo e ter reuniões eficazes, buscando algo em comum para melhor desenvolver as tarefas cotidianas de assistência à saúde (FORTUNA *et al.*, 2005; 2012; NETO; KIND, 2010).

Quadro 1. Plano de ação para fortalecimento do grupo HIPERDIA na equipe Saúde da família 12, Patos de Minas/MG, 2013.

Ação	Resultados Esperados	Recursos - Críticos	Indicadores de Acompanhamento
Ampliação do arcabouço conceitual da equipe para o trabalho com grupos	Educação continuada da equipe sobre o tema	Governabilidade da equipe	Registro descritivo em ata sobre temas da Educação Continuada
Organização da dinâmica grupal diferenciada valorizando a promoção da saúde e o acolhimento	Incorporação de estratégias lúdicas e de lazer	Ações intersetoriais/parcerias apoio da Coordenação AB	Descrição das atividades desempenhadas/período
	Avaliação periódica multiprofissional dos participantes do grupo	Governabilidade da equipe	% dos participantes do grupo com avaliações de saúde
	Porta de entrada alternativa dos usuários portadores dos agravos na rotina assistencial da UBS	Governabilidade da equipe	Nº de novos participantes/reunião
Compromisso da equipe, reformulação de táticas, frente avaliações do processo	Reuniões mensais para avaliação e discussão do andamento do grupo	Governabilidade da equipe Apoio da Coordenação AB	Registro descritivo em ata sobre conteúdo das reuniões
			Nº de reuniões realizadas/período
	Discussão das fragilidades e apresentação de propostas de enfrentamento (a serem desenvolvidas conforme cada realidade vivenciada)	Governabilidade da equipe	Registro descritivo em ata sobre as fragilidades e estratégias de superação
			% Estratégias de superação implantadas frente as propostas
	Mobilização da equipe para a manutenção da "vitalidade" do grupo	Governabilidade da equipe	Nº de grupos realizados/período
Registro descritivo em ata sobre as dinâmicas utilizadas no grupo			

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que com o fortalecimento da prática grupal, será alcançado um melhor controle da demanda assistencial referente aos agravos hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Com isso, pretende-se também ampliar a qualidade de vida dos usuários assistidos na SF 12, pois a implementação de práticas inovadoras de cuidado a saúde, como a abordagem diferenciada as estratégias grupais, tendem a favorecer a incorporação de novos estilos de vida.

Por outro lado, o próprio grupo, quando bem conduzido, se define como um suporte terapêutico a população alvo, fortalecendo seus vínculos de apoio social.

De forma geral, um grupo não se faz apenas pela convivência entre os trabalhadores de saúde e os usuários. É preciso ser construído. Por isso se evidencia a necessidade de fortalecer o trabalho da equipe com processos grupais. Uma intervenção em saúde que tende a acrescentar nos modos de viver tanto para as pessoas individualmente como para a própria equipe.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CNES. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 02 dez 2013.

FARIA, H.P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 68p.

FARIA, H.P. *et al.* **Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . Belo Horizonte, 2010. 67p.

FORTUNA CM, *et al.* O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Am Enfermagem**. v.1, n.2, p. 262-8. 2005.

FORTUNA, C.M. *et al.* Notas cartográficas do trabalho na Estratégia Saúde da Família: relações entre trabalhadores e população. **Revista Escola de Enfermagem USP**. 2012; 46(3):657-64

FREITAS, L.R.S; GARCIA LP. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios. **Epidemiol. Serv. Saude**. v.21, n.1, p. 7-19. 2012

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** – cidades, informações sobre os municípios . 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 12 dez 2013.

MENDES, E.V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**. v.27, n.78, p.27-34. 2013.

MIRANZI S.S.C *et al.* Qualidade de vida de indivíduos com *diabetes mellitus* e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**. v.17, n.4, p. 672-9. 2008

NETO, J.L.F.; KIND, L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. v. 20, n. 4, p.1119-1142. 2010.

SALA DE SITUAÇÃO DE SAÚDE. **Sala de informações de apoio à gestão estratégica no SUS**. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>. Acesso em : 12 dez 2013.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. **Relatórios consolidados das equipes de saúde**. Patos de Minas/MG. 2013. (mimeo).

TAVARES, R.S.; SILVA, D.M.G.V. A implicação do apoio social no viver de pessoas com hipertensão arterial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.34, n.3, p.14-21. 2013

VASCONCELOS, M; GRILLO, M.J.C.; SOARES, S.M. **Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde: Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 73p.