

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

GUILHERME GOMES DE FREITAS

**IMPLANTAÇÃO DE GRUPOS OPERATIVOS PARA AMPLIAR A
ADESÃO DAS PESSOAS AO TRATAMENTO DA DIABETES E DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE ROSA PEDROSO DE ALMEIDA DO MUNICÍPIO DE TRÊS
MARIAS – MINAS GERAIS**

CORINTO - MINAS GERAIS

2013

GUILHERME GOMES DE FREITAS

**IMPLANTAÇÃO DE GRUPOS OPERATIVOS PARA AMPLIAR A
ADESÃO DAS PESSOAS AO TRATAMENTO DA DIABETES E DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE ROSA PEDROSO DE ALMEIDA DO MUNICÍPIO DE TRÊS
MARIAS – 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.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

CORINTO- MINAS GERAIS

2013

GUILHERME GOMES DE FREITAS

**IMPLANTAÇÃO DE GRUPOS OPERATIVOS PARA AMPLIAR A
ADESÃO DAS PESSOAS AO TRATAMENTO DA DIABETES E DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE ROSA PEDROSO DE ALMEIDA DO MUNICÍPIO DE TRÊS
MARIAS – 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.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte em 09 de fevereiro de 2014

Dedico este trabalho a minha querida mãe e pai que sempre estiveram ao meu lado dando apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a formatação e execução deste trabalho a toda a equipe do Nescon, a comunidade de Andrequicé e a equipe de 2013 da UBS Rosa Pedroso de Almeida.

“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção.”

Paulo Freire

RESUMO

Este trabalho descreve uma estratégia educativa baseada na técnica de construção do conhecimento pelos participantes, a troca de vivências entre os mesmos, além do entendimento da experiência individual da doença pelo profissional de saúde, por meio de grupos operativos, baseando-me na teoria de Grupo operativo de Pichon-Riviere. Este trabalho teve como objetivo elaborar uma proposta de intervenção para ampliar a adesão ao tratamento dos portadores de hipertensão arterial sistêmica e de diabetes mellitus residentes no território da Unidade Básica de Saúde do distrito de Andrequicé, município de Três Marias, por meio da implantação de grupos operativos. Foi realizada uma revisão bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde e também foram utilizadas as publicações do Ministério da Saúde para levantar as evidências sobre o uso da técnica de grupos operativos. Com a implantação de grupos operativos, almeja-se uma diminuição dos agravos de saúde devido a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus, já que são problemas comuns nas Unidades básicas de Saúde do Sistema Único Saúde e que, por isso, necessitam de uma abordagem preventiva, e não só curativa, para que se possa atingir parâmetros de saúde, como diminuição dos agravos em saúde e adesão ao tratamento. Espera-se que a estratégia em grupo seja uma experiência valiosa no alcance de atingir objetivos educacionais junto aos pacientes.

Descritores: Hipertensão. Diabetes mellitus. Educação em saúde. Atenção Primária à Saúde. Adesão à medicação.

ABSTRACT

This paper describes and discusses an educational strategy based on technical knowledge construction by the participants, the exchange of experiences between them, beyond the understanding of individual experience of illness by a health professional through operating groups, basing myself on the theory group operating Pichon-Riviere. In the case of the current study I have drawn in the reduction of health problems due to hypertension and diabetes melitos, since they are common problems in Basic Health Units in the NHS and therefore require a precautionary approach, and not only curative, so that one can achieve health parameters, such as reduction of health disorders and treatment adherence. Therefore, use the operating groups as a pedagogical practice in changing paradigms for populations suffering from such chronic diseases. I hope that the strategy group is a valuable experience in reach of achieving educational goals with patients.

Keyword: Hypertension. Diabetes mellitus. Health education. Primary Health Care Medication Adherence.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVO	21
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

O município de Três Marias dista 270 km de Belo Horizonte e está localizado na região noroeste do estado de Minas Gerais. Fazem parte dele as regiões de Pedras, Forquilha dos Cabral, Silga, Barra do Rio de Janeiro e Andrequicé. Existem três vias de acesso à cidade, sendo elas a BR-040, a BR-259 e a MG-220, sendo a via principal a BR-040, que a liga à capital, Belo Horizonte, e a outras cidades, como Felixlândia, Paraopeba, João Pinheiro, Sete Lagoas, Conselheiro Lafaiete, Brasília, Juiz de Fora e Rio de Janeiro. A BR-259 liga Três Marias a Curvelo, Gouveia e Diamantina e a BR-365 a Pirapora, Patos de Minas, Patrocínio, Montes Claros e Uberlândia.

Três Marias está localizada dentro do circuito Guimarães Rosa e teve sua paisagem e seus costumes retratados pelo escritor. A região de Andrequicé foi lar de um de seus personagens mais famosos, o Manuelzão, e atualmente abriga um pequeno museu em sua homenagem, na casa em que ele residia.

2.1 Aspectos geográficos

O município tem de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE, 2010) uma extensão territorial de 2.675,253 km², concentrando 10,57 hab./km².

De acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2011), o município tem aproximadamente 5.406 famílias acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que contam com equipes de saúde da família.

2.2 Aspectos socioeconômicos

O Índice de Desenvolvimento Humano do município está em torno de 0,752 que é considerado elevado, de acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) de 2011.

A taxa de Urbanização do município é de 94,78%, ou seja, a população vive na área urbana do município. A renda média familiar está em torno de R\$ 633,54 de acordo com os dados do DATASUS (BRASIL, 2010).

Conta com 98.0% de água tratada e 89,52% de recolhimento do esgoto por rede pública (SIAB, 2011).

2.2.1 Principais Atividades Econômicas

No município produz-se algodão, feijão e cereais e cria gado bovino e suíno, a área industrial tem a produção de energia elétrica e o zinco. Nele estão instaladas grandes empresas como Gerdau (na área de reflorestamento), Votorantim (metais pesados), CEMIG (UHE).

2.3 Aspectos demográficos

O município tem 28.318 habitantes com alta concentração na área urbana e na faixa etária de 20 a 24 anos de idade.

Quadro 1- Distribuição da população do município de Três Marias, por faixa etária, 2010.

Faixa Etária (idade)	Urbana		Rural		Total	
	N	%	N	%	N	%
< 1 ano	352	1,3	13	0,88	365	1,29
1 a 4 anos	1481	5,5	74	5,01	1.555	5,51
5 a 9 anos	2126	7,9	97	6,56	2.223	7,88
10 a 14 anos	2574	9,6	115	7,78	2.689	9,53
15 a 19 anos	2480	9,2	112	7,58	2.592	9,19
20 a 24 anos	2333	8,7	100	6,77	9.381	33,24
25 a 39 anos	6688	24,9	260	17,59	3.954	14,01
40 a 59 anos	6435	24,0	451	30,51	2.932	10,39
60 e +	2371	8,8	256	17,32	2.627	9,31
Total	26.840	100	1.478	100	28.318	100,35

Fonte: DATASUS, 2010

2.4 Indicadores sociais

A Taxa de Escolarização, ou seja, de conclusão de ensino fundamental é de 62.6%, sendo que o valor absoluto de pessoas alfabetizadas no município e 19.721 pessoas maiores de 15 anos.

O número de famílias cadastradas no programa saúde da família, segundo o SIAB de outubro de 2013, é de 5313 famílias, sendo que a renda média domiciliar per capita da cidade é de R\$633,54 e 11,36% da população vive com menos de um quarto do salário mínimo e 32,99% vive com menos de meio salário mínimo. (DATASUS, 2010)

Em relação ao Índice de Desenvolvimento da Educação Básica, absoluto e relativo no Brasil, o município de Três Marias está na 461.^a posição, entre os 5.565 municípios brasileiros, quando avaliados os alunos da 4.^a série e, na 870.^a, no caso dos alunos da 8.^a série. O IDEB nacional, em 2011, foi de 4,7 para os anos iniciais do ensino fundamental em escolas públicas e de 3,9 para os anos finais. Nas escolas particulares, as notas médias foram, respectivamente, 6,5 e 6,0 (IDEB, 2011).

Quanto aos dados da população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) verifica-se que 93,8% utiliza o referido sistema para assistência à sua saúde.

2.5 Sistema de Saúde Municipal

O controle Social conta com o Conselho Municipal de Saúde é composto por 16 membros titulares e 16 suplentes, respectivamente, sendo que há oito titulares e oito suplentes que são representantes da comunidade, quatro titulares e quatro suplentes são representantes dos trabalhadores da saúde e quatro titulares e quatro suplentes são representantes do governo, perfazendo os percentuais de 50%, 25% e 25% respectivamente. Dentre os representantes da comunidade, há elementos indicados da associação da terceira idade, do sindicato dos metalúrgicos, da associação dos bares e da APAE. Dos representantes dos profissionais da saúde, há profissionais do hospital da cidade, do PSF e da Secretaria Municipal de Saúde. Dos representantes do governo compõem a mesa a coordenadora da atenção básica, o coordenador do serviço de odontologia, coordenadora da farmácia municipal, coordenador da vigilância epidemiológica. A Secretária de Saúde tem uma cadeira cativa no Conselho. A mesa diretora possui um presidente, os cargos de vice-presidente, 1º e 2º secretários estão vagos. As reuniões ordinárias são realizadas uma vez por mês e as extraordinárias ocorrem quando necessário. A escolha da montagem do Conselho é feita em audiência pública.

2.5.1 Fundo Municipal de Saúde

O fundo municipal de saúde tem como gestor e ordenador de despesas a secretária municipal de saúde. O fundo foi criado pela Lei nº 2261, de 06/09/2011 com a CNPJ 11.084.358/0001-66. O orçamento da saúde é aprovado anualmente pelo Conselho.

2.5.2 Rede de serviços de saúde do município

De acordo com as informações do cadastro da Secretaria de Estado de Minas Gerais, o município de Três Marias conta com oito equipes de saúde da família, cobrindo 97,0% da população e conta, também, com 51 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Não há programa de saúde bucal implantado na cidade ligado as equipes de saúde da família, apesar de haver equipe de saúde bucal atuando nas escolas e em um serviço de urgência odontológica instalado no hospital. Contudo, o atendimento praticamente se restringe as crianças, ficando o restante da população desassistida. No município não há um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), apesar de já haver um projeto em trâmite no Conselho Municipal de Saúde que se aprovado contará com um nutricionista, um educador físico, um fonoaudiólogo e um fisioterapeuta.

2.5.2.1 Sistema de Referência e Contra referência

Não há sistema de referência e contrarreferência implantados no município. Fica esse quesito praticamente na referência feita pelas equipes de saúde da família que preenchem o formulário de referência e o paciente é orientado a levá-lo à Secretária de Saúde; porém, a partir daí, a contrarreferência não existe, ou seja, a equipe de saúde não tem o retorno deste paciente com as orientações ou mesmo com o tratamento que foi realizado.

2.5.2 .2 Redes de Média e Alta Complexidade

Há apenas um Hospital de média complexidade no município que recebe pacientes das cidades adjacentes. O hospital possui 50 leitos e conta com bloco obstétrico e cirúrgico. Os principais municípios que recebem os pacientes de alta complexidade são: Curvelo, Sete Lagoas e Belo Horizonte.

2.5.2. 3 Recursos Humanos em Saúde

Há no município de Três Marias um total de 258 profissionais; destes, 217 estão distribuídos em: 41 Celetistas, 80 com contrato por prazo determinado, sete estatutários e 89 sem tipo de vínculo empregatício. Como autônomos, há 41, sendo 37 sem intermediação (RPA) e sem tipo de contrato para autônomo. A carga horária de trabalho é de 40 horas para os profissionais das equipes de saúde da família, que tem o horário de funcionamento das 7:00 às 17:00 horas, em algumas UBS e em outras de 8:00 às 18:00 horas. Enquanto no hospital, o horário segue os padrões do plantão de 24hs.

2.6 Território/área de abrangência (PSF - Andrequicé)

A população cadastrada para atendimento na UBS Andrequicé ou Rosa Pedroso de Almeida é de 2.584 pessoas concentradas em 516 famílias.

O nível de alfabetização dessa população, por se tratar de uma área rural onde boa parte da população trabalha no plantio de eucalipto, tem taxas de alfabetização bem abaixo, sendo cerca 60% da população maior de 15 anos alfabetizada do município, sendo neste local próximo a 35% da população maior de 15 anos alfabetizada.

Em relação à taxa de emprego e principais postos de trabalho, grande parte dos trabalhadores residentes do distrito de Andrequicé são funcionários de duas empresas de reflorestamento (Gerdau e Raiz Reflorestamento), portanto plantam mudas, trabalham com formicida e herbicidas potentes, corte de madeira e no seu processamento e a sua transformação em carvão. O restante da população é idosa e vive da aposentadoria . Há pequenos comércios locais, principalmente de bares,

onde se observa o retrato de um problema social e de saúde local que é o etilismo. Há ainda pedreiros e trabalhadores rurais de subsistência.

2.6.1 Como vivem, de que vivem e como morrem.

As principais causas de óbito da população adscrita a UBS de Anfrequicé são as doenças do sistema cardiovascular, seguidas das causas externas e depois das respiratórias. As principais causas de internação são: gravidez, parto e puerpério, seguidas de doenças do aparelho gênito-urinário e do digestivo. Praticamente todas as complicações de doenças crônicas não são conduzidas no município, portanto, as informações no DATASUS não expressam a realidade local.

2.6.2 Recursos da comunidade

Na área de abrangência do PSF não existe hospitais ou laboratórios. Estes serviços ficam na sede do município distando mais de 30 km do distrito. Há uma creche, uma escola que atende as crianças até o nono ano. Os anos de estudo seguintes ocorrem na sede do município, de forma que a população infantil conclua o segundo grau. Na cidade não há Faculdades, os jovens se deslocam cerca de 130 Km/dia para as escolas mais próximas, que ficam em Curvelo, João Pinheiro e Paracatu. O distrito é muito pequeno e antigo, mais antigo que o próprio município, tendo uma igreja de cerca de 120 anos como referência para a população.

Não há serviços de água encanada, sendo que a água utilizada no local é proveniente de um poço artesiano comunitário; há luz elétrica e não há qualquer sistema de esgoto, sendo basicamente utilizada a fossa negra. A telefonia fixa está presente, porém não há sinal de celular de nenhuma operadora. Há uma Farmácia recém-instalada e pequenos comércios, predominando bares para atender a população boia fria do local. Não há serviço bancário e o correio serve somente para entregar e postar cartas simples.

2.6.3 Unidade Básica de Saúde (UBS)

A UBS se localiza em uma casa recém-inaugurada no distrito na região central de sua área de abrangência. É um local de difícil acesso, pois a rua é de terra batida e para amenizar tal problema a mesma recebeu brita na frente da UBS até a esquina. O horário de funcionamento da UBS é de 7:00 às 17:00 horas, sem fechamento para almoço. A UBS conta com os seguintes profissionais e cumprindo carga horária de 40 horas semanais, exceto o profissional da limpeza que cumpre jornada de cinco horas semanais:

Quatro Agentes Comunitários de Saúde

Um Técnico de enfermagem

Uma enfermeira

Um médico

Um profissional de limpeza

O espaço físico da UBS é simples e de caráter provisório, mas está em construção para ampliação da ambiência. A distribuição do espaço físico previsto na construção é a seguinte: um consultório médico, sala de vacina, sala para os ACS, sala para curativos, recepção, alpendre que servirá como sala de espera, banheiro para o público e cozinha.

Neste pequeno espaço, há na recepção, um armário com medicação com os insumos da Farmácia Básica que, de acordo com a prescrição médica, são fornecidos aos usuários.

Pela descrição do município pode-se dizer que é possível fazer uma proposta de intervenção para qualificar o atendimento aos portadores de doenças crônicas, em especial, da HAS e da DM.

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus são doenças crônicas que acometem milhões de brasileiros em diferentes idades e sem distinção de classe social.

Um dos grandes problemas no distrito de Andrequicé, região sob a responsabilidade do PSF Rosa Pedroso de Almeida, no município de Três Marias, é a grande dificuldade de adesão ao tratamento por parte dos usuários diabéticos e hipertensos. Esta situação ficou evidente logo que se iniciaram os trabalhos da equipe de saúde da família, devido ao grande número de usuários que vinham pedir renovação de receita e durante a primeira consulta para avaliação e prescrição de medicação hipoglicemiante e anti-hipertensiva. Esses usuários se apresentavam em agudização da sua doença crônica, como crises hipertensivas ou cetoacidose diabética.

Na comunidade coberta pela equipe de saúde da UBS Andrequicé, pelo cadastro existem 144 hipertensos e 56 diabéticos. Ressalta-se que estamos em processo de recadastramento da população o que certamente ampliará esse quantitativo.

Segundo os Indicadores e Dados Básicos (IDB) do Brasil, publicados em 2011, a taxa de prevalência de hipertensos no Brasil, em 2010, era de 23,3%, enquanto na região sudeste era de 25,2%. Já a taxa de prevalência de diabéticos era de 9,9%, enquanto na região sudeste era de 10,7%. Com os dados parciais de Andrequicé, a prevalência da hipertensão está em torno de 7% e de diabéticos de 2,7%, o que a princípio parece abaixo dos índices brasileiros (CITAÇÃO). Contudo, sabe-se que há ausência de informações e para sanar esta dificuldade, está sendo feito um recadastramento, da população, pois até maio de 2013 não havia ainda os Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) trabalhando para fazer o recadastramento das famílias.

Pela minha experiência nos atendimentos com os hipertensos e diabéticos é nítido que esse número é bem maior. Isso mostra um elemento dificultador na elaboração do plano de trabalho, à medida que não se tem taxas confiáveis e, portanto, fica difícil de estimar uma percentagem de redução correta.

Um fator importante para o controle adequado da diabetes e da hipertensão na vida das pessoas é a prevenção de agravos à saúde com a diminuição de doenças que as tenham como fator de risco, acidente vascular encefálico (AVC) e Infarto agudo do miocárdio (IAM). Dessa forma, este problema apresenta-se como de alta prioridade dentro da equipe de saúde e de urgência relativa, já que não se pode admitir um déficit de controle de doenças de fácil manejo e que, a princípio, pode gerar tantos agravos à saúde. Além do que, há uma capacidade real de enfrentamento, haja vista que a equipe de estratégia de saúde da Família encontra-se completa neste momento e com o problema identificado e classificado como de relevância social.

Para saber com qual público estamos trabalhando é necessário conceituar o que é hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM). Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010, p. 1)

[...] HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais [...] considerando-se HAS como valores de PA \geq 140/90 mmHg.

Enquanto isso, a Sociedade Brasileira de Diabetes (2009, p. 13) conceitua DM da seguinte forma:

[...] não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos.

O problema central identificado é a deficiência no controle pressórico e glicêmico de uma população de risco, que toma medicação de uso contínuo e a sua prescrição, às vezes, está inadequada. Antes da implantação da equipe de PSF no Distrito de Andrequicé, o serviço médico ocorria apenas um dia por semana, com cerca de 30 a 40 atendimentos, todos de demanda espontânea que eram feitos por ordem de chegada. Além disso, a dispensação de medicamentos era irregular, lembrando que o Distrito dista mais de 30 km da sede do município, haja vista que, para se deslocar

para a o centro da cidade, há apenas um ônibus de manhã que retorna à tarde e que possui um preço elevado, R\$10,00 (dez reais), quando comparado com a condição financeira da região. Dessa forma, os pacientes eram atendidos rapidamente, sem uma abordagem holística e integral e não conseguiam a medicação para seguir a prescrição de forma constante e não faziam os exames complementares necessários, devido às dificuldades de deslocamento. Não havia também grupos de hipertensos e diabéticos, nem o grupo de caminhada que existe hoje, para explicar e tentar implantar mudança de hábitos de vida aos mesmos.

Assim, o número de pacientes com hipertensão e diabetes descontrolados apresentava-se alto durante as consultas de controle. Assim, este é o problema central a ser enfrentado no primeiro momento, pela equipe de saúde do PSF de Andrequicé.

A importância da abordagem do problema em grupos operativos tem como princípio básico criar um subsídio teórico prático no qual os participantes tornem-se independentes através da discussão dentro do grupo de pontos das doenças crônicas que possuem de forma adaptada a realidade local no território onde está inserida a UBS, o que criará a possibilidade da escolha consciente do usuário das suas condutas frente a sua doença, já que assumirá uma maior responsabilidade dos seus atos (SANTOS *et al*, 2007).

Assim, a implantação de grupos operativos em uma UBS é de extrema importância, pois é uma ferramenta de tratamento para muitos pacientes, já que a partir do seu empoderamento começam a ter uma melhor qualidade de vida e com isso uma diminuição da evolução da doença e dos agravos clínicos.

A implantação do grupo operativo visa, portanto, melhorar a adesão ao tratamento, o que facilitará o trabalho da equipe de saúde da família, além de criar mais uma ferramenta de monitorização e de educação em saúde para a população que possui risco de agravos de saúde, reduzindo assim as urgências.

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção para ampliar a adesão ao tratamento dos portadores de hipertensão arterial sistêmica e de diabetes mellitus residentes no território da Unidade Básica de Saúde do distrito de Andrequicé, município de Três Marias, por meio da implantação de grupos operativos.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração do projeto de intervenção seguiu-se as seguintes etapas:

1. Seleção do problema mais relevante identificado na comunidade quando da realização do diagnóstico situacional.
2. Revisão da literatura para levantar as evidências já existentes sobre estratégias para ampliar a adesão ao tratamento de portadores de hipertensão e diabetes por meio de grupos operativos.
3. Para o levantamento das publicações existentes sobre o tema pesquisou-se na Biblioteca Virtual em Saúde, em especial na base de dados da Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e do *Scientific Eletronic Libray Online* (SciELO), módulos do Nescon/UFMG e nos manuais do Ministério da Saúde.
4. A pesquisa na base de dados foi realizada por meio dos seguintes descritores:
 - Hipertensão
 - Diabetes mellitus,
 - Educação em saúde.
 - Atenção Primária à Saúde.
 - Adesão à Medicação

5 REVISÃO DA BIBLIOGRÁFICA

Pichon-Rivière foi um médico psiquiatra, que durante uma greve de enfermeiras do hospital da cidade de Buenos Aires, começou a utilizar a ajuda de pacientes da enfermaria de psiquiatria em melhores condições clínicas para ajudar na administração de fármacos e nos cuidados gerais para com os pacientes em piores condições clínicas. Esta experiência mostrou-se positiva à medida que pode observar uma melhora clínica gradual de ambos os pacientes, tanto dos que cuidaram quanto os que receberam os cuidados através de uma maior identificação entre eles e pôde-se estabelecer uma parceria de trabalho, uma troca de posições e lugares, trazendo como resultado uma melhor integração. Assim, iniciou-se a construção da técnica de grupo operativo de Pichon-Rivière, que desde então vem se estudando e desenvolvendo as relações de grupo nos processos de cura. Como descrito por Bastos (2010, p.162) “há uma rede de interações entre os indivíduos. A partir destas interações, o sujeito pode referenciar-se no outro, encontrar-se com o outro, diferenciar-se do outro, opor-se a ele e, assim, transformar e ser transformado por este”.

Outro ponto levado em consideração pelo autor, é que:

[...] o grupo aparece também como objeto privilegiado na elaboração do conhecimento pela significação histórica: pelo fato de nos havermos constituído como sujeitos, em uma trajetória de experiências grupais, ou seja, pelo lugar importante das relações com os outros (o processo de interação) na constituição de nossa subjetividade, de nosso psiquismo (BASTOS, 2010, p. 163).

A partir de então, os grupos operativos tomaram força e tornaram-se uma nova possibilidade terapêutica em grupo, já que produz um questionamento de si e dos outros, o que leva a construção de um conhecimento embasado na interação, ou seja, aprender a partir das relações interpessoais com semelhantes (BASTOS, 2010).

O aprendizado em grupo requer uma leitura crítica da realidade com abertura para dúvidas e inquietações, motivos que serviram como mola propulsora para a

mudança de paradigmas e produzir novos conhecimentos ou corrigir antigos pensamentos.

Assim, a inserção de grupos operativos dentro das UBS para conseguir interagir os pacientes entre si e, com isso, mudar perspectivas de saúde, que inicialmente não são boas, necessita de uma equipe capacitada que inicialmente passa pelo coordenador do grupo que deve ter o conhecimento da realidade local, dos pacientes e conseguir produzir discussões sem passar por sobre conceitos do grupo de forma rude, deixando que a discussão evolua de maneira positiva, intervindo nos momentos adequados, tendo, portanto um papel muito mais de moderador do que de um coordenador que impõe a tarefa a ser realizada. Dessa forma, é necessário que o profissional que assume essa função tenha perfil para tal cargo, já que dentro do grupo sempre há o líder, o porta-voz, o “bode expiatório” e o sabotador, que devem ser abordados de maneira que o grupo evolua. Assim o líder deve ser colocado como um mentor das discussões, sempre próximo ao coordenador, enquanto o porta-voz é um excelente ponto de partida para a inserção de um tema para o grupo. O bode expiatório deve ser um ponto para quebrar conceitos errados que causem medo ao grupo, enquanto o sabotador deve sofrer intervenções para que não atrapalhe o objetivo da tarefa a ser realizada no encontro do grupo (VASCONCELOS, GRILLO; SOARES, 2009).

Dessa forma, assim como afirmado por Torres; Hortale e Schall (2003), os grupos operativos têm um alto potencial para a mudança do paciente, desde que os encontros sejam acolhedores e construam a ideia nos pacientes de que a educação em saúde forma uma mentalidade de responsabilidade de cada indivíduo sobre o processo saúde-doença no qual cada paciente está envolvido, produzindo um melhor controle e promoção da saúde de cada um.

A estratégia de implantação de grupos operativos, conforme Almeida e Soares (2010) torna-se importante no território da UBS, no que tange ao usuário, pois os portadores de DM e HAS, têm a oportunidade de se aproximar da equipe da UBS, o que eleva o vínculo, e tende a construir uma maior relação entre as partes, que pode aumentar a adesão ao tratamento. Além disso, a UBS torna-se um espaço em comum para pessoas com situações semelhantes e essa integração entre os

participantes do grupo cria um ambiente de confluência de interesses e motivações, que propiciará o objetivo de aprender a manejar a doença e assim empoderar o paciente de autonomia e autocuidado, que também leva a uma melhor adesão ao tratamento.

Contudo, como citado por Almeida e Soares (2010), para que haja adaptação à nova realidade de cuidados deve haver um confronto, manejo e solução integradora do conflito onde a rede de discussão seja constantemente reajustada, capaz de enfrentar a mudança e a construção de um pensamento coletivo. Não se pode esquecer de que há diferenças dentro do grupo, ou seja, reflexões diferenciadas, de acordo com os anseios, necessidades e motivação de cada elemento do grupo. Assim, cria-se uma tarefa explícita que é a aprendizagem, porém para que essa ocorra há uma tarefa implícita que é a quebra de paradigmas realizada por meio dos esclarecimentos de dúvidas e através da dialética dos participantes do grupo, pois só por meio da interação dos participantes haverá a construção cooparticipativa de um objeto, ou seja, do conhecimento, através da produção social. Essa interação gerará respostas que irão produzir novas perguntas que, por sua vez, criará um elo de compreensão que poderá levar não somente a mudança das pessoas, mas do contexto que elas estão inseridas.

Outro alicerce da estrutura dos grupos operativos colocados por Almeida e Soares é a questão da concepção da aprendizagem,

[...] definida por Pichon- Riviére sustenta-se nessa didática, a partir de uma leitura crítica e coerente da realidade e na não aceitação acrítica de normas e valores, ou seja, uma leitura que implique a capacidade de avaliação e criatividade para a transformação do real, a elaboração da experiência em grupo e o contexto; nisto consiste o aprender para este autor (ALMEIDA e SOARES, 2010, p. 1126).

Segundo Favoreto e Cabral (2009), os produtos das construções em grupo possuem sua singularidade, pois cada grupo possui um contexto de expectativas, que são influenciadas pelas experiências religiosas e familiares com situações de adoecimento, que são exatamente os valores pregressos de cada paciente, que influenciam a sua forma de pensar. A construção dos saberes é baseada no diálogo com a ideia de fortalecer e constituir uma identidade coletiva e uma legitimidade

social. As narrativas devem ser construídas com os conhecimentos médicos integrando com a cultura popular, instituições sociais (família e religião) e as histórias individuais. Assim, forma-se um produto sincrético de boa aceitação pelos participantes e irá interagir com a saúde local e integrar questões como felicidade, solidariedade, alimentação e amizades, fatores que elevam a resolução de processos de saúde além de mudanças da concepção do processo saúde-doença de controle não apenas pela lógica medicalizadora.

Pelo exposto, justificativa a iniciativa da formação de grupos operativos baseados na técnica de Pichon-Rivière.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

A implantação do grupo operativo visa melhorar a adesão ao tratamento, com uma ferramenta de monitorização e de educação em saúde para a população em risco de agravos de saúde e o bom controle da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2.

Utilizaremos as técnicas de Pichon-Rivière para a formatação de grupos operativos, os quais cumprem uma função terapêutica, pois se caracteriza por se centrar explicitamente em uma tarefa, a qual constitui sua finalidade ou objetivo, que pode ser o aprendizado, a cura ou o diagnóstico de dificuldades (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009). Portanto, através da construção conjunta de conceitos e discussões com os pacientes, por meio de um mediador de grupo, chegaremos a conclusões adaptadas para a absorção do conhecimento pelos usuários do território de Andrequicé.

Um plano de ação para tentar resolver os problemas vividos pela população hipertensa e diabética de Andrequicé, no atual momento, é a implantação de práticas pedagógicas que realmente impactem na mudança de estilo e hábitos de vida da população, o que levará a uma adequação e aderência ao tratamento dos mesmos. Porém, para a implantação de tal plano de intervenção há necessidade de recursos para se efetuar o projeto.

O principal “nó” crítico a ser incorporado nessa situação será as mudanças nos hábitos e estilos de vida e o aumento do nível de informação da população. Um projeto que atenda a essas duas demandas seria a criação e implantação de grupos operativos, pois com o projeto de modificar os hábitos de vida e ao aumentar a informação da população sobre os riscos cardiovasculares espera-se a diminuição de episódios de agudização das doenças crônicas e menor quantidade de comorbidades originadas das doenças crônicas, como o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), crise hipertensiva e cetoacidose diabética.

Ao desenhar o projeto de intervenção que seja factível em um curto espaço de tempo e que seja viável sobre os aspectos organizacional, cognitivo, político e financeiro para uma prática pedagógica que seja implantada no PSF, escolheu-se a

implantação de um grupo operativo que seja de fato atuante. Para tal, pensou-se na questão organizacional com os pacientes em conjuntos de pessoas para estímulo a caminhada e outras atividades que levem ao bem estar delas. Nesses grupos entraria o aspecto cognitivo que daria as informações, sempre respeitando os aspectos biopsicossociais do grupo, de forma a implantar conceitos em cada participante à medida que o grupo for evoluindo e agregando cada vez mais pacientes. Outro recurso a ser levado em consideração é o político no qual há a necessidade de mobilização dos pacientes para informá-los e cativá-los para a participação nos grupos operativos, pois a baixa adesão ou até mesmo a não conhecimento que existe essa ferramenta pode criar a não adesão aos grupos.

Em relação à questão financeira, a grande vantagem do grupo operativo é a baixa necessidade de recursos, pois no nosso caso serão utilizados cartazes com infográficos de fácil compreensão aos pacientes. Mesmo assim, é necessário apoio financeiro para a produção de cartilhas, folhetos e outros recursos visuais para serem utilizados no grupo e para que sejam levados pelos pacientes, que servirão como perpetuadores do conhecimento a medida que os pacientes os levem para as suas casas e assim os demais membros familiares irão utilizar essas informações até mesmo para ajudar o paciente.

Desenho de operação para os nós críticos do problema de não adesão ao tratamento de HAS e DM

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados aliado ao nível de informação	Grupos Operativos JÁ	Diminuição de 20% dos episódios de agudização das doenças crônicas em 1 ano. Menor quantidade de comorbidades originadas das doenças crônicas.	Implantação de Grupos operativos fixos e constantes dentro da comunidade, que consigam modificar hábitos de vida dos participantes e a sua informação sobre a doença que possuem.	Organizacional → estruturação de um espaço proporcional ao número de pacientes e que seja acolhedor o suficiente, para que eles possam aderir ao grupo e frequentá-lo assiduamente. Cognitivo → informação sobre o tema e estratégias de comunicação Político → mobilização dos pacientes para informá-los e cativá-los para a participação nos grupos operativos Financeiro → aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos.

No caso deste projeto, os recursos críticos são: o político e o financeiro, pois na população a adesão a projetos preventivos é baixa, a medida que somente os pacientes assíduos na UBS utilizam essas ferramentas e há uma necessidade de agregar os demais pacientes que não tem um fluxo tão grande na UBS. O financeiro também é um ponto crítico, pois há a necessidade de criar instrumentos originais para a população do local, por se tratar de pessoas de baixo poder aquisitivo e cognitivo, portanto a produção de um material diferenciado e que tenha recursos visuais que possam propiciar uma incorporação maior do conhecimento é muito importante.

Proposta de ação para motivação dos atores

Operações / Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos Ator que controla Motivação	Ação estratégica
Grupos Operativos JÁ	Político → mobilização dos pacientes para informá-los e cativá-los para a participação nos grupos operativos	Agentes Comunitários de Saúde Favoráveis	Não é necessário
	Financeiro → aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos.	Secretária de saúde Indiferente	Apresentar o projeto de apoio a produção de materiais

Quando se faz uma análise da viabilidade para esse projeto identificam-se dois atores importantes para que ele seja viável. A aceitação e incorporação dos ACS, já que eles possuem um maior contato com a população local e um acompanhamento afetivo das famílias, o que facilita a comunicação bem como a forma como eles já são recebidos pela população e, com isso, serem convincentes ao ponto das pessoas irem ao grupo operativo. Outro ator importante é a secretária municipal de saúde que deve ser favorável ao projeto, liberando uma pequena verba para a produção do material, pensando que assim ela terá que gastar menos recursos com agravos à saúde destes usuários do serviço de saúde.

As responsabilidades nesse projeto devem ser divididas dentro da equipe de saúde da família. Os ACS são responsáveis pelo levantamento das pessoas que têm tido agravos à saúde ou mesmo aqueles que não têm seguido a prescrição medicamentosa. Para tal função, eles terão um mês para pesquisar no seu banco de dados e nas visitas domiciliares as possíveis alterações no acompanhamento dos hipertensos. A enfermeira ficará responsável pela tentativa de arrecadar uma verba junto à secretária municipal de saúde e para isso, ela terá cerca de dois meses e o médico ficará responsável pelas palestras, montagem do material utilizado e servirá como mediador das discussões de forma que elas não sejam impositivas, mas sim, uma construção do conhecimento junto ao grupo.

Plano Operativo

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazo
Grupos Operativos	Diminuição de 20% dos episódios de agudização das doenças crônicas em 1 ano.	Levantamento das pessoas que tem tido agravos de saúde ou que não tem seguido a prescrição	Agentes de saúde	1 mês
JÁ	Menor quantidade de comorbidades originadas das doenças crônicas.	Apresentação do projeto na secretária de saúde e negociação da verba junto a secretária de saúde	Enfermeira	2 meses
		Formatação das palestras, montagem do material utilizado e servira como mediador das discussões.	Médico	2 meses

Para avaliar se o projeto de implantação dos grupos operativos teve impacto positivo na saúde da população, os participantes serão avaliados quanto ao seu controle pressórico, glicêmico e se estão tendo alguma intercorrência. Mudanças graduais no estilo de vida como início das caminhadas de forma regular, também devem ser uma avaliação positiva na evolução do grupo. A incorporação de novos elementos no grupo ou a saída de elementos do grupo deve ser avaliada prontamente de forma qualitativa, para que possíveis erros de abordagem durante as dinâmicas e para que as conversas sejam corrigidas.

O projeto começou a ser implantado entre os meses de setembro e outubro de 2013 e teve que ser adequado, sendo o melhor horário nas quintas-feiras pela manhã, logo depois que as pessoas que participavam do grupo de caminhada, que também foi revitalizado, pois tinha deixado de existir com a troca da enfermeira no início do ano, chegavam da atividade e assim podemos formar um grupo mais coeso e constante.

Só com a revitalização do grupo de caminha, que já possuía alguns adeptos, e com a introdução do grupo operativo, conseguimos chegar a um ponto de adesão da população, começando a atingir resultados parciais positivos até a minha saída da ESF.

O número de adeptos ao programa subiu gradualmente e todos aqueles que participaram do programa começaram a atingir níveis melhores de qualidade de vida e de melhoras laboratoriais e clínicas das suas doenças crônicas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O grupo operativo realmente se mostra uma importante ferramenta de prática educativa em saúde para a abordagem dos pacientes portadores de doenças crônicas. No caso de Andrequicé, houve uma grande adesão ao grupo, mas isso só se tornou uma realidade a partir do momento que foi criado o grupo de caminhada e os encontros do grupo eram realizados após a mesma. O grupo se fortaleceu e ao mesmo tempo em que as pessoas começaram a fazer mudanças dos hábitos de vida, através da caminhada, também houve a educação em saúde com as dinâmicas e a retirada de dúvidas através de assuntos que eram levantados pelos próprios participantes do grupo.

Em um primeiro momento as pessoas começaram a valorizar a caminhada para só depois iniciarem os trabalhos no grupo, isso porque quando se marcou inicialmente em um horário alternativo para o grupo a população não aderiu. Nesse caso, a melhor solução foi a criação de um duplo programa, atrelando o grupo operativo e a caminhada, e que devido ao perfil dos pacientes em questão, hipertensos e diabéticos, teve um melhor impacto na relação saúde-doença de cada participante.

A maioria dos participantes foi de mulheres, já que a população masculina do distrito trabalha predominantemente na plantação de eucalipto, logo ficam afastados da UBS nos horários do grupo. Tanto é que para atendê-los, a equipe deixa as vagas do final da tarde reservada para essa população. Mesmo assim conseguimos bons resultados. Os participantes atingiram índices glicêmicos controlados, o que diminuiu muito as urgências, devido cetoacidose diabética e crise hipertensiva.

Os participantes realmente se identificaram tanto com o grupo que mesmo nos dias que não havia o grupo de caminhada, as pessoas se encontravam para fazer a atividade física logo pela manhã.

Outro ponto foi a maior relação dos usuários com a equipe de saúde, aumentando o número dos procedimentos de enfermagem, com mais aferições de pressões arteriais e glicemias capilares para os usuários de insulina. O que também auxiliou em uma abordagem mais individualizada pela enfermagem com cada usuário que

procurava a UBS e o encaminhamento para o grupo operativo e para uma avaliação médica.

Dessa forma, o grupo operativo mostra-se como um instrumento viável para as UBS de região com equipes recentemente implantadas e que, portanto, não possuem um aporte financeiro grande, assim o gasto é praticamente nulo, dependendo basicamente da equipe. Com esta estratégia consegue-se atingir resultados satisfatórios em um relativo curto espaço de tempo com os usuários que aderem ao programa, além de criar um maior vínculo da comunidade com a equipe, o que auxiliará inclusive em abordagens de situações diversas de saúde, e o mais importante, empodera o usuário a assumir mudanças que terão um forte impacto na evolução da sua doença e na maneira como ele se relaciona com a mesma e com os possíveis momentos de agudização das doenças crônicas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. P.; SOARES, S. M. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15 Supl. 1, p.1123-1132, 2010.

BASTOS, . B. B. I.. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicólogo inFormação**, v.14, n. 14, jan./dez., 2010.

BRASIL Ministério da Saúde. DATASUS. Censo de 2010. Disponível: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>>. Acesso: 19/01/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. SIAB. Censo de 2010. Disponível: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso: 19/01/2014.

FAVORETO, C. A. O.; CABRAL, C. C. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. **COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO**. v.13, n. 28, p.7-18, jan./mar. 2009.

INDICADORES E DADOS BÁSICOS (IDB) - Brasil – 2011. **Taxa de prevalência de hipertensão arterial**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?idb2011/g02.def>>. Acessado em 05/07/2013.

INDICADORES E DADOS BÁSICOS (IDB) - Brasil – 2011. **Taxa de prevalência de diabete melito**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/c12.def>>. Acessado em 05/07/2013.

ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA (IDEB) – Brasil – 2011. **IDEB nacional** - Disponível em: <<http://ideb.inep.gov.br/>>. Acessado em 05/07/2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010** Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=316935&search=minas-gerais|tres-marias>>. Acessado em: 06/01/2014

SANTOS, M. A.; PÉRES, D. S.; ZANETTI, M. L.; OTERO, L. M. Grupo operativo como estratégia para atenção integral ao diabético. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro. V.15, n. 2, p. 242-7, 2007.

SISTEMA DE INFOMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. Dados do município de Três Marias, extraídos do sistema municipal, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**. v. 95, (1 supl.1), p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes – 2009**. 3.ed. Itapevi, SP. 2009. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes09_final.pdf>. Acessado em 01/07/2013.

TORRES, H. C. T.; HORTALE.; V. A. SCHALL, V. A. Experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**. V. 19, n.4, p.1039-1047, jul-ago, 2003.

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. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2009.