

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

**SÍNTYA DE ABREU BORGES**

**GRUPOS OPERATIVOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:  
PROMOVENDO O GERENCIAMENTO PARA O AUTOCUIDADO A  
PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS**

**TEÓFILO OTONI  
2013**

**SINTYA DE ABREU BORGES**

**GRUPOS OPERATIVOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:  
PROMOVENDO O GERENCIAMENTO PARA O AUTOCUIDADO A  
PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS**

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: Profa. Raquel Linhares Bello de Araújo

**Teófilo Otoni - Minas Gerais  
2013**

**SINTYA DE ABREU BORGES**

**GRUPOS OPERATIVOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:  
PROMOVENDO O GERENCIAMENTO PARA O AUTOCUIDADO A  
PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS**

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.

Banca Examinadora

Profa. Raquel Linhares Bello de Araujo (orientadora)

Prof. Edison José Corrêa

Aprovado em Belo Horizonte: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

Dedico primeiramente a Deus, pela sabedoria, força e direção em todos os momentos.

Aos meus amados pais, José Carlos (*in memoriam*) e Maria José, que tornaram possível a realização deste sonho.

Aos meus irmãos José Marques e Manoel, meus grandes alicerces.

Aos meus avós que, mesmo estando distante fisicamente, sempre estiveram presentes em meu coração.

A todos os meus familiares e amigos pelo apoio e carinho incondicional.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AVC - Acidente Vascular Cerebral

COSEMS - Conselho de Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho de Secretários Nacionais de Saúde

DM - Diabetes Mellitus

ESF - Estratégia Saúde da Família

DRC - Doença Renal Crônica

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

HÁ - Hipertensão Arterial,

SUS - Sistema Único de Saúde

SMS - Secretarias Municipais de Saúde

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro -1 Resultados alcançados em 2007 (físico e financeiro) da Atenção Básica e a Saúde da Família Equipes de Saúde da Família

Quadro -2 Atribuições das equipes de saúde inseridas na Estratégia Saúde da Família

Quadro 3 - Estrutura física do PSF Funcionários

Quadro 4 - Profissionais e horários do PSF Funcionários

Quadro 5- PSF Funcionários - Priorização dos Problemas

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo investigar a importância dos grupos operativos no tratamento e controle do Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. Neste sentido, este estudo foi elaborado a partir de revisão bibliográfica, diagnóstico situacional Programa de Saúde da Família Funcionários, localizado na região periférica, nos bairros Eucalipto, Teófilo Rocha, Mucuri, Funcionários e João XXIII, pertencente ao Município de Teófilo Otoni por fim, a elaboração de uma proposta de intervenção como forma de assistência de saúde primária para diabéticos e hipertensos. A hipertensão arterial é descrita como uma doença crônica, que ocasiona diversas complicações à saúde do indivíduo. Caracterizada por apresentar um descontrole da pressão arterial, é uma doença que não tem cura, mas que pode ser controlada permitindo uma melhora na qualidade de vida do paciente. O diabetes mellitus é caracterizado como uma doença metabólica que ocasiona a hiperglicemia, o que pode desencadear uma série de complicações, afetando órgãos como rins, olhos, nervos, cérebro, coração, vasos sanguíneos. No contexto da assistência em saúde primária para hipertensos e diabéticos, destaca-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como modelo descentralizado de assistência em saúde, que ajuda no enfrentamento aos agravos de saúde a uma determinada comunidade. Dentre as formas possíveis de enfrentamento que podem ser realizadas na ESF, podem-se citar os Grupos Operativos. Os grupos operativos consistem de um conjunto de pessoas ligadas e articuladas por sua mútua representação interna, que vivem uma mesma realidade existencial, e se propõem explícita ou implicitamente formas de autoajuda ou autocuidado. No caso do controle de doenças crônicas, a formação de grupos cujos objetivos são comuns ajudam no processo de internalização das orientações em saúde, através do compartilhamento de pensamentos, sentimento e ações. Dessa forma sugere-se que a construção de uma proposta de intervenção por meio da formação de grupos operativos, visando o controle da hipertensão arterial e do diabetes, colaborará com melhorias da saúde e da qualidade de vida dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Palavras chaves: Hipertensão. , Diabetes Mellitus. Saúde da Família. Educação de pacientes.

## ABSTRACT

This work aims to investigate the importance of the operating groups in the treatment and control of Diabetes Mellitus and Hypertension. Thus, this study was drawn from a literature review, situation analysis, the Programa de Saúde da Família Funcionários, located in the peripheral region, neighborhoods Eucalipto, Teófilo Rocha, Mucuri, Funcionários e João XXIII. Municipality Teófilo Otoni. The coverage area includes the staff and finally drew up a proposal for intervention as a primary health care for diabetic and hypertensive patients. Hypertension is described as a chronic disease that causes several complications to the health of the individual. Characterized by presenting an uncontrolled blood pressure is a disease that has no cure but can be controlled allowing an improvement in the quality of life of patients. Diabetes mellitus is a metabolic disease characterized such that it causes hyperglycemia. This change in the elevation of blood sugar can trigger a series of complications, affecting organs such as kidneys, eyes, nerves, brain, heart, blood vessels. In the context of primary health care in hypertensive and diabetic patients, there is the Programa de Saúde da Família (PSF), a decentralized model of health care, which helps in coping with health problems to a particular community. Among the possible ways of coping that can be carried in the PSF, we can mention the Operational Group. Operating groups consist of a group of individuals linked and articulated their mutual internal representation, living the same existential reality, proposes explicitly or implicitly forms of self-help or self-care. In the case of chronic disease management, the formation of groups whose goals are common aid in the internalization of Health guidance process, through the thoughts, feelings and actions share. Thus it is suggested that the construction of a proposed intervention by forming operative groups and for the control of hypertension and diabetes , work with improvements in health and quality of life of hypertensive and diabetic patients

Key words: Hypertension, Diabetes Melitus. Family Health. Patient education.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>13</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
3.1 Objetivo geral: .....	14
3.2 Objetivos específicos: .....	14
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>15</b>
<b>5 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>16</b>
<b>5.1 Hipertensão arterial.....</b>	<b>15</b>
<b>5.2 Diabetes mellitus.....</b>	<b>17</b>
5.2.1 Tratamento.....	18
5.2.1.1 Cuidado medicamentoso.....	19
5.2.1.2 Terapia não medicamentosa.....	19
5.2.1.2.1 Atividade física.....	19
5.2.1.2.2 Cuidado nutricional .....	20
<b>5.3 Estratégia Saúde da Família.....</b>	<b>21</b>
<b>5.4 O Hiperdia.....</b>	<b>26</b>
<b>5.5 Grupos Operativos.....</b>	<b>26</b>
<b>6. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE BASICA DE SAÚDE ESTUDADA.....</b>	<b>32</b>
<b>6.1 Território / Área de abrangência.....</b>	<b>32</b>
<b>6.2 Estrutura física.....</b>	<b>33</b>
<b>6.3 Recursos humanos.....</b>	<b>34</b>
<b>6.4 Definições dos problemas por grau de prioridade.....</b>	<b>34</b>
<b>7 PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO GRUPOS OPERATIVOS.....</b>	<b>36</b>
<b>4 DISCUSSÕES.....</b>	<b>39</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>41</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>42</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As mudanças que aconteceram nos últimos anos impulsionadas em grande parte pela Revolução Industrial e Tecnológica levaram a uma expansão das doenças crônicas como a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (TEIXEIRA, 2002).

Com o advento da Revolução Industrial, novas formas de divisão do trabalho foram empreendidas. As teorias do engenheiro norte-americano Frederick W. Taylor propunha que a produção deveria ser fracionada em etapas que teriam grupos de trabalhadores especializados nesta ou naquela atividade, controlando-se. O tempo gasto para cada parte da produção de uma determinada mercadoria. Logo depois, com o desenvolvimento do Fordismo, pelo o norte-americano Henry Ford, a utilização de equipamentos e matéria-prima que facilitavam cada vez mais o processo produtivo, com um o aumento da capacidade de produção por meio de bonificação do operário, e o rápido escoamento das mercadorias produzidas evitando assim o estoque de mercadoria e matéria primas. Neste sentido, significar produzir mais, atender melhor, se dedicar as atividades dentro das empresas.

Neste tocante, as preocupações com a saúde, por exemplo, comumente são deixadas de lado a fim de dar conta da demanda e das exigências do cargo ou da atividade desempenhada pelo trabalhador. Assim, as doenças crônicas como a Hipertensão Arterial e o Diabetes tem se constituído um grave problema de saúde pública no mundo contemporâneo.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HA) constitui um importante fator de risco para o surgimento das doenças cardiovasculares, além de complicações como acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM) e doença renal crônica (DRC) (FELIPE, 2011).

Assim como a HA, o Diabetes Mellitus (DM) constitui-se como um problema de Saúde Pública, visto que afeta um grande número de pessoas, acarreta incapacidade de trabalho e óbitos, além dos custos elevados necessários para o controle e tratamento das complicações decorrentes da patologia, tais como as retinopatias, nefropatias, neuropatias, cardiopatias, pé neuropático, entre outras. O DM é a quarta causa de mortes em todo o mundo (TORRES *et al.*, 2009).

Em 2002, foi criado pelo Ministério da Saúde, um Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus descrevendo o potencial da rede básica de saúde na resolução de cerca de 60 a 80 % dos casos de HA e DM. Ganhando destaque na

organização do atendimento a esta clientela, encontra-se o programa a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A ESF surge diante da necessidade de reorganização e orientação das práticas de saúde tradicionais até então voltadas para a área curativa. É composta por uma equipe multiprofissional e tem como foco a promoção, prevenção além da reabilitação e recuperação da saúde de sua clientela (HORTA, 2009).

Diversos estudos tem descrito a importância da educação no autogerenciamento dos cuidados a saúde. Ferreira (2011) aponta os grupos operativos, que são uma ferramenta utilizada pelas ESF, no processo de melhoria dos padrões de saúde no ambiente comunitário, pela via da corresponsabilidade dos usuários do Sistema de Saúde.

Neste sentido os profissionais integrantes da equipe da saúde da família tem a oportunidade de estimularem o público alvo para a promoção da saúde e prevenção de agravos por meio da aquisição de hábitos saudáveis (alimentação correta, atividades físicas e ocupacionais terapêuticas), que podem ser realizadas dentro do ambiente dos grupos operativos, visando alcançar melhores condições de vida (SANTOS, 2006).

O profissional enfermeiro é o responsável pela coordenação da ESF, pela capacitação de sua equipe e realização de atividades de promoção e prevenção direcionadas a população. Com o aumento da expectativa de vida, é possível observar entre a população os elevados índices de HA e DM e a carência de informação da população sobre estas doenças e seu controle (SILVA, 2006).

A formação processo grupal é uma forma de promoção da saúde e prevenção de agravos e vem sendo amplamente discutida na saúde, uma vez que possibilita aos membros participantes a discussão e reflexão de comportamentos, o que pode favorecer a adoção de hábitos de vida saudáveis e mudanças de comportamentos, além de melhor adesão ao tratamento proposto (FERREIRA, 2011).

Os Grupos Operativos tem ganhado destaque nas atividades realizadas pelos profissionais nas ESF, no entanto muitos profissionais ainda estão despreparados para tal atividade, realizando-as de forma a simplesmente repassar informação, sem levar em conta o que o público conhece ou desconhece sobre o assunto. A importância do trabalho em equipe vem sendo constantemente discutida como mecanismos de otimização dos serviços prestados seja no setor público ou privado. Tem sido cada vez mais evidente que o trabalho multifocal com a saúde pública produz melhores resultados nos padrões de saúde da família. (SILVEIRA e RIBEIRO, 2005)

Não se poder perder o foco que o trabalho de equipe nos sistema de saúde visa produzir o cuidado integral à saúde. Para tanto as ações devem articuladas forma conjunta e contínua por meio de estratégias e serviços preventivos, diagnósticos e curativos (RIVIÈRE, 2008)

Neste sentido, este trabalho tem como objetivo geral a descrição da importância dos grupos operativos na Estratégia Saúde da Família no acompanhamento de pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Os objetivos específicos serão: Identificar por meio de revisão bibliográfica estudos relacionados à prática de grupos operativos a clientes hipertensos e diabéticos, analisar os resultados com o desenvolvimento de grupos operativos e sua influência no tratamento de pessoas hipertensas e diabéticas.

## **2 JUSTIFICATIVA**

A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus destacam-se como importantes problemas de Saúde Pública Mundial, em virtude de suas complicações à saúde, mortalidade prematura e custos envolvidos decorrentes das complicações.

O grande desafio no controle destas patologias está relacionado à adesão do paciente ao tratamento, principalmente no que se refere à necessidade de modificação dos hábitos de vida saudáveis, como a prática de atividade física, perda de peso, suspensão do tabaco, diminuição ou suspensão de bebidas alcoólicas, alimentação balanceada, introduzindo-se verduras, frutas e legumes e com redução de sal, açúcar e gorduras saturadas.

A formação de grupos operativos na Estratégia de Saúde da Família destaca-se como importante ferramenta utilizada pela Equipe de Saúde, a fim de proporcionar ao paciente uma aprendizagem para o autocuidado, contribuindo para maior adesão ao tratamento, além de fortalecer o vínculo entre o usuário e a Equipe de Saúde.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral:**

- Descrever a importância dos grupos operativos nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) no acompanhamento de pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

#### **3.2 Objetivos específicos:**

- Identificar por meio de revisão bibliográfica estudos relacionados à prática de grupos operativos a clientes hipertensos e diabéticos;
- Analisar os resultados obtidos com o desenvolvimento de grupos operativos e sua influência no tratamento de pessoas hipertensas e diabéticas.

#### **4 METODOLOGIA**

Para a realização deste trabalho, foi realizada uma pesquisa de revisão bibliográfica de caráter descritivo no período de Março a Julho 2013. A pesquisa teve por finalidade reunir e sintetizar o conhecimento já produzido pelo tema publicado no período de 2003 a 2013. Utilizaram-se como fontes bibliográficas as seguintes bases de dados: Bireme, Scielo, BVS-LILACS. A busca foi realizada com os seguintes descritores: Educação em Saúde, Grupos Operativos nos PSF a clientes portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus

Como resultado da pesquisa foi elaborado um plano de intervenção, que tem por finalidade a formação de Grupos Operativos, que abordarão temas relacionados à saúde da população, visando à promoção da saúde e prevenção de doenças.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

### 5.1 Hipertensão arterial

A hipertensão arterial (HA) é descrita nos estudos como uma doença crônica, que pode causar diversas complicações à saúde do portador da doença. Caracterizada por apresentar um descontrole da pressão arterial é uma doença que não tem cura, mas que pode ser controlada no sentido de possibilitar uma maior qualidade de vida para o portador a Hipertensão Arterial é definida como a presença persistente da pressão sistólica acima de 140 mmHg e da pressão diastólica acima de 90 mmHg. (BIANCHI, 2003).

Na perspectiva do Ministério da Saúde (2005), a HA desponta como um dos principais agravos em saúde pública na atualidade. Estudos têm apontado que cerca de 32% das pessoas apresentam alterações elevadas na pressão arterial. Existem diversos fatores que podem desencadear a elevação da pressão arterial, muitas vezes ligado ao estilo de vida dos indivíduos. Dessa forma estresse, obesidade, excessivo de cafeína, álcool ou tabaco, ingestão de sódio e gorduras saturadas, podem precipitar o aparecimento dessa doença. Em alguns casos os históricos familiares são apontados como fator de risco para o surgimento da doença.

Os sintomas da hipertensão arterial comumente são silenciosos, sendo detectados muitas vezes através das consultas clínicas. Um dos principais riscos à saúde decorrente da HA é AVC (Acidente Vascular Cerebral), quando ocorre uma anormalidade no suprimento sanguíneo para o cérebro, causando isquemias ou hemorragia. Paiva alerta que o AVC, é a terceira causa de morte no Brasil, desse modo aponta-se a importância do cuidado e assistência de saúde junto às pessoas hipertensas (PAIVA, 2008).

O processo de controle e tratamento da HA sistêmica tem como objetivo a melhora dos sintomas e a diminuição dos eventos adversas, o risco de complicações cardíacas e de acidente vascular cerebral. O tratamento não farmacológico da HA ou terapia medicamentosa buscam promover a redução da pressão arterial diminuindo a morbidade e a mortalidade decorrentes das complicações trazidas pela hipertensão arterial (FUCHS, 2002).

As políticas públicas de saúde para o controle da doença hipertensiva devem ser construídas a partir de estratégias multifocais, na promoção do estímulo à adesão ao tratamento, na diminuição dos preços dos medicamentos também no setor primário, na promoção da interação dos profissionais de saúde na condução do processo saúde-doença. A participação da equipe neste processo é imprescindível, tanto para orientação dos valores da adesão tratamento, na construção de terapias medicamentosas (BIANCHI, 2003).



Hoje se estima que cerca de 80% dos casos de há pode ser tratada pelo SUS. A criação do Hiperdia, pelo Ministério da Saúde, visa rastrear, cadastrar pacientes hipertensos e diabéticos, a fim de oferecer gratuitamente os medicamentos de controle da hipertensão arterial.

Existem no mercado farmacêutico, medicamentos destinados ao tratamento da HA. O Captopril, a Hidroclorotiazida e o Propanol, estão entre os medicamentos mais difundidos entre as terapias medicamentosas.

As medicações anti-hipertensivas dadas aos pacientes pelo Ministério da Saúde do Brasil nos postos de saúde eram o captopril de 25 mg, um inibidor da enzima conversora de angiotensina; o propranolol de 40mg, um betabloqueador não cardio-seletivo; e a hidroclorotiazida de 25 mg, um diurético tiazídico (PESSUTO, 1998, p.33 )

A adesão ao tratamento e ao controle da hipertensão pelos portadores é muito importante. A observação e obediência das orientações sugeridas pelas terapias medicamentosas, quanto ao uso, e reorientação dos hábitos de vida, gradativamente, melhora os efeitos adversos (REIS, 2006).

De acordo com Silva (2006), é possível empreender estratégias terapêuticas não medicamentosas como complemento ao controle da hipertensão arterial. Recomendam-se atividades físicas de baixo impacto como: caminhadas de curta duração, hidroginastica. Além das atividades físicas, propõem-se mudanças nos hábitos alimentares, sobre tudo no que tange a redução do consumo de alimentos ricos em sódio. Neste sentido a ingestão de frutas e verduras pode ajudar na redução da HA.

## **5.2 Diabetes Mellitus**

O diabetes é uma doença metabólica, caracterizada pela ocorrência da hiperglicemia. Essa alteração na glicemia pode desencadear uma série de complicações, afetando órgãos como rins, olhos, nervos cérebro, coração, vasos sanguíneos. É uma doença que se apresenta pela deficiência de produção e/ou de ação da insulina, sendo causada por um defeito de secreção ou ação da mesma, acarretando a destruição das células beta do pâncreas, responsáveis pela produção da insulina (BRASIL, 2006b).

O diabetes tipo I é descrita como doença insulino dependente. Esta ocorre predominantemente em crianças e adolescentes, e adultos jovens. A produção de insulina do pâncreas destes indivíduos é insuficiente, não sendo capaz, portanto de manter os níveis normais de glicose no sangue. As células passam pela destruição autoimune, levando os

indivíduos a necessitarem de doses diárias de insulina, pois oferece riscos à vida do portador do diabetes tipo I caso isso não aconteça. (SESTERHEIM *et al.* 2007).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2002), diferentemente do diabetes tipo I, o diabetes tipo II, não é insulino dependente, ou seja, ela está ligada ao estilo de vida das pessoas. Sendo a mais comum entre os tipos de diabetes, ocorre normalmente em adultos, acima dos 40 anos, normalmente obesos, com vida sedentária, e estilo de vida estressante. Estudos tem demonstrado que há cada vez mais um número maior de jovens sendo acometidos pelo diabetes tipo II.

Na forma clínica tipo II, o organismo humano ao passar por um distúrbio que envolve o metabolismo de carboidratos, gorduras e proteínas, pode apresentar um estado de resistência à ação da insulina associado a uma relativa deficiência de sua secreção. A hiperglicemia persistente, característica da doença, atinge de forma significativa os indivíduos, exigindo alterações importantes em seus estilos de vida (CORRER, 2008).

O diabetes gestacional acontece por meio da alteração da taxa de glicose no sangue durante a gestação. Há preocupação da Organização Mundial da Saúde (2004), tanto com a mulher, quanto com a criança, pois a doença pode persistir após o fim da gravidez. Embora a literatura científica desconheça as causas exatas do diabetes gestacional, o processo que desencadeia a doença já está bem descrito.

De acordo com Valladares (2008), o diabetes gestacional pode oferecer riscos à saúde da gestante e da criança desde o período de gestação e posterior ao nascimento. Sabe-se que uma alimentação inadequada pode favorecer o aparecimento do diabetes gestacional, porém ainda não foi comprovada a causa do diabetes gestacional. O que se sabe é que durante a gravidez, a placenta produz hormônios em grande quantidade, em alguns casos o excesso destes interfere no processo de ação da insulina, responsável por controlar os níveis de glicose no sangue, favorecendo assim para o aumento dos níveis glicêmicos das gestantes.

O diabetes gestacional pode ser prevenido, combatido, tratado à medida que se conhece seus possíveis riscos, sinais e sintomas e, por meio de um diagnóstico clínico laboratorial (AYACH *et al.*, 2005).

### 5.2.1 Tratamento

O tratamento do diabetes pode ser realizado por meio de uma interação entre mecanismo medicamentoso e uma terapia de educação física e alimentar.

### 5.2.1.1 Cuidado Medicamentoso

Para Weinert, et al. (2011), o primeiro passo para o tratamento do diabetes está voltado a um tratamento, através de planejamento alimentar e exercícios físicos. Isto ocorre, pois pode-se promover uma interação dessas práticas com as medicamentosas, e é interessante que se busque alternativas de combate preventivo.

Havendo necessidade de uma intervenção medicamentosa, os cuidados a serem ministrados, serão através do tratamento com insulina. É claro que toda intervenção medicamentosa deve ser extremamente cuidadosa. A insulino terapia deve ser rigorosamente monitorada (SCHMIDT, 1999).

Neste sentido, Franco *et al.*, (2008) ressaltam que é importante que a intervenção seja acompanhada por equipes multiprofissionais. Diante do complexo problema de saúde ao qual o diabético fica exposto, o apoio de médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas e demais membros da equipe de saúde, pode reduzir estas complicações, pois se trata de uma atividade que consiste em cuidados à saúde do paciente, principalmente no que diz respeito aos medicamentos que este faz uso.

Não obstante a reposição de vitaminas para o organismo poder ser realizada através dos alimentos, ainda é possível que vitaminas como A, C, D, B6, B12, ácido fólico, minerais cálcio, ferro e zinco, sejam adquiridas por via medicamentosa. (VISNADI, 2004).

### 5.2.1.2 Terapia não medicamentosa.

#### 5.2.1.2.1 Atividade física

Segundo Lima (2005), a atividade física é recomendada como mecanismo de controle do diabetes, pois ajuda na diminuição ou controle do peso, que, como já vimos é um dos fatores de risco para o aparecimento da doença.

De acordo com Dias (2007), a inserção dos doentes em programas de atividade física deve ser orientada e acompanhada por uma equipe multiprofissional, sobretudo de um profissional de educação física e pelo nutricionista. De um modo geral, são recomendadas as atividades de baixo impacto, a fim de que não ofereçam riscos à saúde. Desse modo, caminhadas de até 45 minutos, hidroginástica, ioga, ciclismo, exercícios aeróbicos, ajudam no controle da respiração e na diminuição dos sintomas, além de estimularem o bom funcionamento do organismo humano, inclusive para produção da insulina. Assim tais

atividades podem servir de um valioso instrumento de auxílio para o controle e tratamento do diabetes (ATAÍDE, 2004).

Não há dúvidas que a qualidade de vida e condição de saúde do organismo do diabético é um fator primordial para criar barreiras para o aparecimento do diabetes. Assim, a vivência em um ambiente familiar tranquilo, a qualidade de repouso é imprescindível para a saúde (LIMA, 2005).

#### 5.2.1.2.2 Cuidado Nutricional

De acordo com Weinert et al (2011), outra estratégia que tem mostrado bons resultados em relação ao controle do diabetes é a alimentação saudável. Para Monteiro, et al (2003), a alimentação diversificada e equilibrada, que é recomendada para todos os seres humanos. A adesão a uma alimentação equilibrada composta por fibras, verduras, frutas, proteínas, vitaminas, irá proporcionar uma vida mais saudável.

De acordo com Santos (2011), o processo de educação alimentar deve ser aplicado no cotidiano. É importante que os diabéticos possam se alimentar de forma balanceada, ou seja, que haja um equilíbrio das substâncias ingeridas por elas para promoção da perfeita saúde. Desse modo, vitaminas e sais minerais, proteínas e fibras, devem ser ingeridas de forma a equilibrar seus valores entre si.

Nos casos de detecção da diabetes durante a gravidez, recomenda-se que as gestantes evitem a ingestão de alimentos que apresentem altos valores de gorduras e carboidratos, pois são substâncias que estimulam a produção de glicose no organismo. Vale ressaltar que evitar não significa abandonar, pois a ausência de carboidratos no organismo pode causar uma perda energética, abrindo para o surgimento de outras doenças (LANDIM, 2008).

Entendendo a importância da aquisição de uma dieta balanceada, ressalta-se então o papel fundamental do profissional de nutrição no aconselhamento dietético. Este processo educativo deverá ter como objetivo auxiliar os diabéticos a escolher e programar comportamentos desejáveis de nutrição e de estilo de vida (PADILHA et al 2010).

### 5.3 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) inserido no contexto da saúde pública no Brasil visa responder as demandas e os agravos da saúde da população marcada pelo abandono, sucateamento e superlotação das instituições de atenção de saúde; surge como uma nova proposta de caráter preventivo e de horizontalização da assistência de saúde pública e foi elaborado pelo governo federal como um programa da atenção de saúde pública tendo suas atividades iniciadas no princípio da década de 90 e em 1994, ainda com o nome Programa Saúde da Família, foi fundamentado por meio de um processo de parceria com os Estados e Municípios e aconteceu que, o modelo centralizador da gestão da saúde por meio do Sistema Único de Saúde, praticado até então no Brasil, passava a assumir novas características (COSTA, 2004).

No modelo tradicional de saúde, o usuário recebia uma atenção superficial decorrente da falta de estrutura dos centros de atendimento. O contato do paciente com o médico era muito rápido e não tinha como este profissional avaliar e conhecer o histórico de saúde. No modelo ESF preconiza-se um atendimento individualizado. É possível conhecer a realidade integral do usuário através da leitura dos formulários feito por intermédio das entrevistas e das visitas dos agentes. São colhidas informações como: tipo de alimentação, atividades físicas, preexistência de doenças se torna um instrumento importante sobre vida desses usuários favorecendo um atendimento médico de melhor qualidade (FERRAZ, 2005). De posse dessas informações, além de conhecerem as possíveis causas e o surgimento de agravos à saúde, será possível estabelecer estratégias e interferir na saúde das pessoas desta comunidade prestando uma melhor assistência.

A implantação do programa além de levar o atendimento de saúde a um número maior de pessoas oferece uma assistência multiprofissional que buscam promover [...] “ações de promoção, prevenção e assistência e da união entre vigilância e planejamento das ações em saúde no nível local (...)”. O contato das equipes multiprofissionais com a realidade de vida dos usuários, [...] permite pensar a saúde na perspectiva da integralidade “[...], ampliando as possíveis intervenções necessárias (MELO, 2007, s/p.).

Em 28 de março de 2006, o Governo Federal emitiu a Portaria 648, através da qual o Programa Saúde da Família passou a funcionar como Estratégia Saúde da Família, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização e a Estratégia Saúde da Família uma reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para sua finalização (BRASIL, 2006).

De acordo com Silva, et al (2006), é possível entender a Estratégia Saúde da Família como um instrumento de coleta de dados epidemiológicos, estatísticas atendendo também aquela população que muitas vezes ficavam de fora por não viverem nos grandes centros urbanos; outro aspecto importante que precisa ser analisado é a deficiência da oferta dos postos de atendimento (Unidades Básicas de Saúde, Prontos Socorros, Hospitais), em relação à demanda pelo atendimento de saúde, de um modo geral, os postos de atendimento estão nos centros urbanos, nas áreas centrais das cidades o que, em muitos casos dificultam o acesso da população tanto dos bairros periféricos ou até mesmo nas zonas rurais.

Para Kluthcovsky (2006), a novidade trazida com a inserção dos agentes de saúde na Estratégia Saúde da Família ajuda a superar a ausência dos postos de atendimento de saúde e nestes casos são os agentes que vão até as residências dos usuários dos serviços de saúde e através das visitas podem eles ajudar os moradores com orientações no agendamento de consultas médicas, estratégias e ações que previnem o aparecimento de possíveis problemas à sua saúde.

O Governo Brasileiro por meio do Ministério da Saúde vem aumentando a cobertura de pessoas atendidas pelo programa e tinha uma expectativa no ano de 2006 de atingir 100 milhões de pessoas através da implantação de 32 mil equipes de saúde da família. O resultado aferido pelo Ministério da Saúde, em 2007, demonstra que o crescimento proposto ficou abaixo da estimativa, entretanto em relação aos anuários anteriores, nota-se um crescimento do programa como se pode observar no Quadro 1

---

**Quadro-1 Resultados alcançados em 2009(físico e financeiro) da Atenção Básica e a Saúde da Família**

**Equipes de Saúde da Família. Brasil**

Total de equipes de Saúde da Família implantadas:	30,328
Total de municípios:	5.251
Cobertura populacional: cobrindo 50,7% da população brasileira	De 96,1 milhões de pessoas

---

Fonte: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>

O processo de gestão compartilhada entre as esferas federais, estaduais e municipais, contribuiu para a dinamização dos mecanismos de controle, avaliação e atenção à saúde, dessa forma, cada esfera assume suas atribuições dentro do processo de implantação da Estratégia Saúde da Família como parte da proposta da Atenção Básica de Saúde. Essa proposta de horizontalização da assistência da saúde para as ações de atendimento básico permite

aproximar os mecanismos institucionais das realidades diversas espalhadas por todo território brasileiro.

No âmbito federal, as responsabilidades são de elaborar as diretrizes da política nacional de atenção básica, ou seja, estabelecer as linhas reguladoras que serviram de bases para a implantação dos programas nas demais instâncias; co-financiar o sistema de atenção básica, dar apoio financeiro, logístico aos Estados e Municípios para os diversos planos constituídos para melhor promover a assistência de saúde; ordenar a formação de recursos humanos, financiar ou realizar programas de estudos, aprimoramentos dos agentes de saúde, realizando constantes atualizações dos processos de atenção da saúde; propor mecanismos para a programação, controle, regulação e avaliação da atenção básica; manter as bases de dados nacionais, como garantia do bom funcionamento. Tornando-se responsável por promover a fiscalização das atividades desenvolvidas nos Estados e Municípios, além centralizar os dados informados, no sentido de conhecer a realidade nacional para implantação das possíveis intervenções, (BRASIL, 2006).

Aos Estados cabem as responsabilidades de “acompanhar a implantação e execução das ações de atenção básica em seu território”, ou seja, a partir das realidades regionais dentro de cada Estado, este deve auxiliar os municípios no processo implantação dos mecanismos da atenção básica; “regular as relações intermunicipais”, formar mecanismos de parcerias entre municípios, sobretudo, nos casos de microrregiões onde os municípios polos recebem pacientes dos municípios pequenos; “coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território; “co-financiar as ações de atenção básica”; juntamente com o Governo Federal, o Estado deve proporcionar que os profissionais da saúde estejam em constante treinamento e processos de formação, além de gerir e gestar ações que promovam a melhoria dos índices de saúde no Estado. Neste sentido o Estado ainda deve auxiliar na execução das estratégias de avaliação da atenção básica em seu território (BRASIL, 2006,. )

Aos municípios, partindo da premissa de melhor conhecer as realidades das comunidades, bairros e distritos, firmam-se as responsabilidades de “definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território”; sabendo-se que cada localidade municipal apresenta realidades socioeconômicas distintas. Cabe ao poder municipal definir o melhor modelo que se adéque a cada realidade. “contratualizar o trabalho em atenção básica; manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento (gestão e gerência)”, os Municípios são responsáveis pela seleção dos profissionais que vão atuar diretamente como os usuários atendidos de Sistema de Saúde; além de “co-financiar as ações de atenção básica”, no sentido de manter o bom funcionamento dos estabelecimentos de atenção de saúde, na capacitação

dos profissionais de saúde. Os municípios são responsáveis ainda por “alimentar os sistemas de informação; avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão”, no sentido de produzir informações diagnósticas que serão repassadas aos Estados e Governo Federal, criando assim dados nacionais sobre atenção básica no Brasil, (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde, juntamente com os Estados e Municípios, organizam o modelo de atendimento prestado pela Estratégia Saúde da Família, com esquema básico de equipes multiprofissionais de saúde compostas por enfermeiro, técnico e ou auxiliar de enfermagem, médico e agentes comunitários; outros profissionais poderão ser inseridos dependendo de cada realidade aferida. De acordo com Ministério da Saúde cada equipe acompanha de 3 a 4 mil pessoas, moradora em um bairro ou região adscrita de uma determinada cidade, atuando na construção de cadastro dos usuários, visitas e mobilização da comunidade, realizando atividades de educação, prevenção, promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 1997).

Em um trabalho desenvolvido pela Secretaria de Assistência à Saúde e Coordenação de Saúde da Comunidade, do Ministério da Saúde, é possível encontrar a sistematização e as principais atribuições dos profissionais envolvidos no atendimento do Programa.

Dessa forma o Ministério da Saúde define no quadro abaixo as atribuições das equipes de saúde da família

---

**Quadro-2 Atribuições das equipes de saúde inseridas na Estratégia Saúde da Família**

---

- conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas.

---

- identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos qual a população está exposta

---

- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença.

---

- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde.

---

- resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contrarreferência, os principais problemas detectados.

---

- desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos.

---

- promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados

---

Fonte: BRASIL. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.



Para Silva, (2006), o papel educacional desenvolvido pelo programa através da equipe é relevante e é o diferencial frente ao modelo tradicional, como multiplicadores de uma nova educação para promoção de saúde o enfermeiro disseminam a mentalidade da prevenção como mecanismo de atenção à saúde por meio de palestras, visitas, orientações junto às comunidades, escolas, ou famílias conseguindo assim promover a adesão dos usuários às mudanças no estilo de vida, hábitos alimentares, cuidados com a higiene e outras medidas que podem prevenir novas patologias.

Para, Silva, et al (2006), os profissionais inseridos no programa são conduzidos a conhecer a fundo a realidade socioeconômica e cultural dos usuários, sobretudo nos casos dos agentes de saúde que são moradores dos bairros ou região, tendo conhecimento da realidade do cotidiano dos usuários dos serviços de saúde, facilitando o acesso e contato das equipes com as famílias. Neste sentido, os profissionais são considerados os principais disseminadores das políticas públicas de saúde, conhecem os anseios das comunidades as quais estão inseridos, habilita-nos a promover o planejamento de ações comunitárias de prevenção, combate e controle dos possíveis casos de doenças na região das famílias atendidas.

Muitas vezes o agente comunitário é visto como um “amigo da família” através do contato direto com o usuário permitindo criar uma sinergia, desencadeando uma relação de confiança; essa concepção filial de “amigo” estabelece laços de confiança, onde tanto processo de coleta de dados sobre a vida do usuário, quanto o processo de adesão às orientações prestadas são otimizadas.

O caráter descentralizador aplicado na metodologia de trabalho da Estratégia Saúde da Família permite que os órgãos públicos de saúde desenvolvam ações mais eficientes, justamente por conhecerem melhor as realidades locais ou regionais, permitindo diagnosticar as necessidades de atenção de saúde de uma determinada região e por conseqüências quais profissionais serão empregados para atuarem nestas regiões; apresentando como uma alternativa para o preenchimento das lacunas da assistência de saúde às camadas mais carentes da sociedade, evidenciando o papel importante do profissional enfermeiro no cenário de opção pela prática multiprofissional na Estratégia Saúde da Família (COSTA, 2004).

## 5.4 O Hiperdia

Em Outubro de 2000, foi realizado pelo Ministério da Saúde em Brasília, um encontro com representantes dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e Conselho de Secretários Nacionais de Saúde (CONASS), onde foi estabelecida diretriz do Plano de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

No ano seguinte, conforme Chazan e Perez (2008) este Plano foi implantado com ênfase na Atenção Primária, resultando em uma parceria das Sociedades Científicas de Hipertensão Arterial, Cardiologia, Nefrologia, Diabetes, Endocrinologia e Metabologia, entidades de pacientes com essas patologias com 27 estados brasileiros e Distrito Federal.

A prioridade deste Plano é a confirmação de casos suspeitos; elaboração de protocolos de atendimento e capacitação dos profissionais de saúde; distribuição gratuita de medicamentos antipertensivos, hipoglicemiantes orais e insulina NPH, além da criação de um Sistema Informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (Sis-HIPERDIA), conhecido como HIPERDIA (CHAZAN e PEREZ, 2008).

De acordo com o autor supracitado este programa é composto pelos subsistemas Municipal e Federal, onde os dados gerados nas secretarias Municipais de Saúde (SMS) compõem a base nacional de informação, sendo possível ser acessada através do site DATASUS, que constitui um órgão do Ministério da Saúde responsável pelos sistemas informatizados.

Para que o HIPERDIA funcione corretamente é necessário que as equipes de saúde e gestores realizem a retroalimentação do sistema. Outro ponto importante é o desenvolvimento de ações de saúde voltadas ao público hipertenso e diabético que possibilitem a identificação de fatores de risco das doenças relacionadas e possíveis complicações, além da busca de clientes faltosos (OLIVEIRA; PALHA, 2008).

## 5.5 Grupos Operativos

Nos últimos anos, o processo de trabalho com saúde tem se tornado cada vez mais coletivo e multiprofissional, tanto para o cuidado dos agravos de saúde, quanto para as estratégias de prevenção em saúde. Neste último, Rivièrè (2005, p.34), indica que existem

métodos de assistência em saúde voltados para o trabalho coletivo de caráter educacional que pode contribuir para melhoria dos padrões de saúde. Assim ele define os chamados grupos operativos. “Todo conjunto de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, e articuladas por sua mútua representação interna, que se propõe explícita ou implicitamente uma tarefa que constitui sua finalidade”.

De acordo com Dias, (2006), a ideia dos grupos operativos surgiu devido a uma demanda vivenciada por Enrique Pichon Rivière, médico psiquiatra radicado na Argentina. Diante de uma greve de enfermeiros, e a decorrente falta de assistência aos pacientes no hospital em que trabalhava Rivière passou a orientar os pacientes com a saúde menos comprometida, a darem a assistência àquele cuja saúde estava mais debilitada. O que se observou neste processo, foi uma sensível melhora nos padrões de saúde em ambos dos grupos. Tal fenômeno, portanto, levou-o a aprofundar seus estudos nesse novo processo de assistência em saúde.

Nesta visão, os grupos operativos exercem um papel importante no processo de adesão aos tratamentos, bem na adesão de hábitos de vida mais saudáveis. A formação de grupos cujos objetivos são comuns ajudam no processo de internalização das orientações em saúde, através do compartilhamento de pensamentos, sentimento e ações. Normalmente nos grupos operativos usa-se uma linguagem mais acessível, as reuniões são monitoradas quanto ao tempo, bem como assiduidade dos membros participante.

A formação dos grupos operativos necessariamente passa pela formação de um sentimento de grupo. O processo torna-se mais eficaz quando do compartilhamento de pensamentos, sentimentos e ações. Dessa forma criar um grupo operativo, é preciso estabelece objetivos comuns em que todos os membros possam comungar. Neste sentido Dias (2006, p. 1), define que:

Os integrantes estejam reunidos em torno de um interesse comum, o todo é maior do que as partes e se constituem como uma nova identidade, no entanto é preciso que mantenham discriminadas as identidades individuais, e haja alguma forma de interação afetiva entre os membros do grupo, sendo estabelecido algum tipo de vínculo entre os integrantes.

No mesmo entendimento, Fernandes (2003), diferencia de agrupamento de grupos. No primeiro caso, pode-se até se conceber os objetivos comuns, como por exemplo, pessoas numa fila de ônibus, contudo, estas não necessariamente têm um vínculo entre si. Portanto no grupo, além dos objetivos comuns, é necessário que ocorra um processo de interação e vinculação entre as pessoas.

O processo é defendido por Vasconcelos *et al.* (2009), que compreende que os grupos operativos, têm uma função terapêutica, e busca promover a inserção do sujeito no grupo, a fim de atingir os objetos e as abrangências do grupo operativo.

Dias (2006) indica que os grupos operativos podem abranger o ensino-aprendizagem (grupos de debates, discussão e reflexão), institucionais (formados a partir de outros grupos preexistentes, igrejas, escola, etc... que podem promover reflexões voltadas para saúde; comunitários (onde há uma mobilização da população treinada previamente para intervir na promoção da saúde), e por fim terapêutico (que oferece suporte para melhoria da saúde tanto física quanto psicológica dos membros dos grupos).

As abrangências terapêuticas presentes nos grupos operativos ajudam na conscientização para a importância do autocuidado em saúde. Entende-se que muitas vezes os saberes sobre as causas, os impactos e conseqüências de um determinado agravo de saúde, fique restrito à equipe de saúde, dessa forma, o paciente enquanto sujeito passivo, pouco pode fazer quanto ao enfrentamento de sua própria doença. Nos casos dos grupos operativos a proposta é fazer coadunar os saberes da equipe de saúde, ao entendimento do paciente ao seu problema. Dessa o repasse de informações, a educação em saúde, o treinamento dos membros do grupo, e a comunicação e troca de experiências por conduzir para uma transformação nos padrões de saúde daquele grupo (SILVEIRA, 2004)

No entendimento de Favoreto (2009), o processo autoconhecimento, e autocuidado, pode ser potencializado nos grupos operativos. A formação de grupos onde os indivíduos possam compartilhar suas experiências, dúvidas, suas angústias, medos, conquistas, e receberem orientações de como proceder diante o seu agravo de saúde, tem se mostrado uma forma de se promover a saúde.

De acordo com as experiências de Silveira (2004), o grupo operativo pode ser um espaço de coletividade, onde se engendrem estratégias formativas, reflexivas (religião, sexualidade, saúde, política, violência, etc...), ou seja, espaço de compartilhamento da vida comum um todo, bem como de suporte, promoção da autonomia, soluções de problemáticas decorrentes dos tratamentos, etc..

A formação de grupos operativos no contexto da saúde pública pode ser uma das formas de intervenção junto à comunidade. No entendimento de Santos et al (2006), os grupos podem coabitar as Estratégias de Saúde da Família, uma vez que prescreve ações educativas voltadas para promoção da saúde. Do mesmo modo que na ESF, os grupos operativos, visam dialogar, conhecer o histórico sócio, político, econômico, o estilo de vida, o histórico de saúde- doença, com a diferença que o processo pode ocorrer mesmo que não haja a presença

constante das equipes de saúde, que como se sabe ainda é incapaz de atender plenamente as demandas de saúde no país.

Diante das notórias dificuldades do Sistema Público de Saúde, é cada vez maior o interesse na formação de grupos operativos como instrumento colaborativo da atenção de saúde. No entendimento de Carvalho (2004), a promoção da saúde deve ter entre seus princípios, o estímulo à autonomia, o conhecimento, e a reflexão dos indivíduos, a fim de condicioná-los a um maior controle da díade saúde-doença. Assim tanto o conhecimento de estratégias preventivas, quanto, a detenção das formas de cuidado das doenças, pode ser trabalhada dentro dos grupos operativos, como formas de melhoria dos padrões de saúde.

Na visão de Horta, *et al.* (2009), os grupos operativos, na medida do possível, devem evitar posturas biomédicas de dependência paternalista. A presença das equipes de saúde é importante, contudo, ressalta-se o valor do grupo, buscar conhecimentos, estabelecerem estratégias cotidianas de interação e reflexão, propor e buscar alternativas de combates terapêuticos dos agravos à saúde, promovendo o autoconhecimento de cada membro, de si e da doença que o acomete.

A formação processo Grupal é uma forma de promoção da saúde e prevenção de agravos e vem sendo amplamente discutida na saúde. Pois possibilita aos membros participantes a discussão e reflexão de comportamentos, o que pode favorecer a adoção de hábitos de vida saudáveis e mudanças de comportamentos, além de melhor adesão ao tratamento proposto (FERREIRA, 2011).

De acordo com as análises empreendidas nos referenciais teóricos os grupos operativos podem enquadrar dentro das Estratégias de Saúde da Família. A Promoção da Saúde na contemporaneidade tem se focado além da assistência aos agravos de saúde, assim como no processo preventivo. De acordo com Dias *et al.* (2009), no contexto da atenção primária de saúde a formação dos grupos operativos, é também recomendado pelo Ministério da Saúde, como um mecanismo para se alcançar os objetivos da ESF.

Muito estudo tem apontado que nem sempre os objetivos de prevenção propostos pela Estratégia de Saúde da Família são atingidos, seja por dificuldades operacionais, falta de material, número adequados de profissionais envolvidos, e outros tantos problemas. Desse modo a promoção dos grupos operativos no contexto de saúde da família, é visto como um instrumento de superação de algumas dessas dificuldades, sobretudo na mobilização e sensibilização para adoção da prática do autocuidado. Para Souza *et al.* (2005), os grupos operativos podem contribuir para as mudanças de comportamentos dos doentes crônicos, por meio de um processo educativo gerir no meio da própria comunidade em que este vive,

No que tange à assistência aos hipertensos e aos diabéticos, é cada vez mais recomendando que estes usuários do Sistema Públicos de Saúde sejam inseridos em grupos operativos. Horta et al (2009) indica que os grupos operativos invertem o foco doença-sujeito, para sujeito-doença. Assim toda a complexidade inerente à vida do indivíduo é trabalhada, trançando assim um diagnóstico mais preciso sobre a situação a sua situação de saúde como decorrência de seu estilo de vida.

Paula (2001) ressalta o valor do companheirismo, do clima de acolhimento, da troca de informações, a sinergia entre os indivíduos que partilham da mesma doença. Dessa forma indica que:

A vivência comum no grupo é um importante fator para o processo de diminuição da ansiedade e se torna um espaço terapêutico de excelência, na medida em que seus membros, através da convivência, além das informações sobre sua doença, buscam soluções para seus problemas pessoais. (PAULA, p. 3)

Matos (2009) define da seguinte forma o trabalho em equipe dentro do contexto da saúde da família:

Equipe pode ser definida como um grupo que desenvolveu um sentido de unidade forjado nas inter-relações do próprio trabalho cotidiano e que apresenta múltiplas possibilidades e significados, por constituir uma rede de relações interpessoais na qual cada membro é dotado de conhecimentos e habilidades diversos, resultantes de suas vivências, visão de mundo e aspirações, dentre outros fatores, que acabam por impactar diretamente os resultados alcançados. (MATOS, 2009, p.181)

No entendimento da autora, através do trabalho em equipe, os profissionais de saúde podem colocar a serviço dos usuários da saúde pública seus saberes de forma conjunta, dessa forma, seja em um trabalho preventivo, diagnóstico, ou de combate de um determinado agravo de saúde, o usuário receberá um atendimento multifocal, o que pode garantir melhores resultados para seu padrão de saúde. Outro aspecto que se chama atenção na definição da autora é quanto às relações interpessoais dentro do cotidiano do trabalho. Essa relação pode constituir laços de solidariedade, companheirismo, confiança entre os profissionais da equipe de saúde. Tais aspectos são fundamentais no funcionamento de quaisquer ações em equipe.

Nota-se que em certa medida a hipertensão e o diabetes podem ser resultados do estilo de vida do indivíduo, como por exemplo, hábitos alimentares inadequados, rotina de vida sedentária, consumo exagerado de álcool, obesidade, entre outros fatores que pode precipitar o aparecimento dessas doenças. Para Araújo (2007), tendo vista esses aspectos nota-se que um processo de educação em saúde, por meio de ações multiprofissionais, da interação e capacitação dos indivíduos para o auto cuidado e controle das doenças, é uma nova vertente da assistência em saúde.

No caso experimentado por Silva, et al (2006), onde 126 pacientes hipertensivos foram inseridos em grupos operativos, encontrou-se uma considerável redução relativa de 42%, de pacientes com pressão moderada ou grave (pressão arterial igual ou superior a 160/85mmhg). Tal resultado decorre de um precedente trabalho de educativo e terapêutico, medicamentosos e de aconselhamento e acompanhamento após trinta meses.

O autocuidado segundo Torres (2004) tende a crescer quando da inserção de diabéticos nos grupos operativos. O processo educativo conscientizador quanto constância nestes ambientes coletivos favorecem para melhoria nos padrões adesão ao tratamento medicamentoso, bem como na adoção de estilo de vida mais saudáveis.

De acordo com os estudos de Maia (2011), os membros dos grupos operativos tendem a compreender a sua participação nos grupos operativos como uma forma de abstrair aprendizados, e se sentem incentivados das continuidades aos tratamentos, sejam eles medicamentosos, ou terapêuticos.

## **6 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ESTUDADA**

### **6.1 Territórios / Área de Abrangência**

A implantação da Equipe de Saúde da Família é de fundamental importância para reorganização do sistema de saúde em vigor no município, e isto significa substituir as antigas diretrizes baseadas na valorização do hospital, mais voltadas para a doença, e introduzir novos princípios com foco na promoção da saúde e participação da comunidade.

O programa de saúde da família foi implantado em Teófilo Otoni em 1998, sendo que o mesmo foi dividido em quatro distritos sanitários. Atualmente, o município conta com 32 equipes de saúde da família, um Núcleo de Apoio Familiar (NAF), e um Centro de Especialidades Odontológicas. Nos Sistema de Referência e Contra Referência, os pacientes são encaminhados conforme a necessidade à Policlínica Municipal, Centro Viva Vida, Pronto Socorro Raimundo Gobira, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Hospital Santa Rosália, Núcleo de Especialidades Odontológicas (NEO). Existem ainda na cidade as Redes de Média e Alta Complexidade: Centro Viva Vida, UPA, NEO e Hospital Santa Rosália.

O PSF Funcionários, no qual se insere esta pesquisa está localizado na região periférica do Município de Teófilo Otoni. A área de cobertura da equipe abrange os bairros Eucalipto, Teófilo Rocha, Mucuri, Funcionários e João XXIII. Localiza-se na rua Olímpia Zimmer de Souza, nº 202, Bairro Funcionários. O PSF atende 1.146, famílias, num total de 3.909 pessoas. As principais fontes de renda das pessoas da comunidade são oriundas do comércio, da prefeitura, da agricultura, e em alguns casos tráfico de entorpecentes. Na comunidade existem ainda, escolas, creches e igrejas, e serviços de luz elétrica, água, telefonia.

Dentre os problemas encontrados, observa-se alto índice de criminalidade e envolvimento de jovens no tráfico de drogas, o que acaba por fazer com que os mesmos abandonem seus estudos para seguirem a criminalidade. Com isso pode ser verificado baixo nível educacional da população e sérios problemas relacionados à saúde tanto física quanto mental. Observa-se também um elevado índice de idosos hipertensos e diabéticos, que enfrentam grandes dificuldades para fazer o controle, devido ao baixo grau de escolaridade, a elevada idade e a falta de familiares para oferecer suporte.

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na ESF, pois cabe a ele o acompanhamento e supervisão do trabalho, a promoção das capacitações e educação



continuada dos ACS e auxiliares de enfermagem, além de atuarem na assistência com ênfase na promoção da saúde.

Agenda semanal médica e de enfermagem. São 14 consultas médicas diárias, sendo que duas são reservadas para a enfermeira utilizá-las na triagem em casos de emergência. Os atendimentos de enfermagem são divididos durante a semana em consultas de enfermagem, puericultura, pré-natal, preventivo, atividades em grupo e uma vez no mês capacitação da equipe.

Os grupos geralmente contam com o apoio do NASF, que tem como membros a nutricionista, fisioterapeuta e educador físico. Estes grupos tem uma boa aceitação por parte da comunidade.

## 6.2 Estrutura física

Há alguns anos, a Unidade de Saúde não possuía sede própria, sendo utilizada para atendimento aos usuários uma casa alugada pela Prefeitura Municipal. Atualmente conta com uma boa estrutura física, embora ainda carente em recursos materiais. No quadro abaixo é possível observar como se encontra as estruturas físicas do PSF.

<b>QUADRO 3- ESTRUTURA FÍSICA DO PSF FUNCIONÁRIOS</b>	
<b>Elementos Físicos</b>	<b>Quantidade</b>
Consultório Médico	<b>2</b>
Consultório de enfermagem	<b>2</b>
Recepção	<b>1</b>
Sala de reunião	<b>1</b>
Sala de Observação	<b>1</b>
Sala De Técnico de enfermagem	<b>1</b>
Sala dos ACS	<b>1</b>
Banheiro	<b>6</b>
Cozinha	<b>1</b>
Sala de Arquivo	<b>2</b>
Área de serviço	<b>1</b>

### 6.3 Recursos Humanos

O PSF funciona de segunda a sexta-feira de 07:00 hs às 11:00 hs e 13:00 às 17:00. Conta com 10 funcionários, sendo uma médica, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, duas auxiliares de serviços gerais, e cinco agentes comunitários de saúde.

**QUADRO 4 - PROFISSIONAIS E HORÁRIOS DO PSF FUNCIONÁRIOS**

<b>Nome</b>	<b>Profissão</b>	<b>Horário de Trabalho</b>
Mayssa	Médica	07:00 as 17:00 hs
Síntyia de Abreu	Enfermeira	07:00 as 17:00 hs
Titulívia	Téc. Enfermagem	07:00 as 17:00 hs
Nádia	Aux. Serviços Gerais	07:00 as 17:00 hs
Marilene	Aux. Serviços Gerais	07:00 as 17:00 hs
Denise	Agente Comunitário de Saúde	07:00 as 17:00 hs
Girlaine	Agente Comunitário de Saúde	07:00 as 17:00 hs
Adenilde	Agente Comunitário de Saúde	07:00 as 17:00 hs
Valdira	Agente Comunitário de Saúde	07:00 as 17:00 hs
Rosilene	Agente Comunitário de Saúde	07:00 as 17:00 hs
10		<b>TOTAL</b>

### 6.4 Definições dos problemas por grau de prioridade

Os critérios utilizados para a definição das prioridades foram com base nos anseios da comunidade, suas aflições e os problemas que mais influenciam em sua qualidade de vida. Colocamos como prioridade os problemas que estão relacionados com a nossa capacidade de enfrentamento, com os problemas de saúde. E em segundo lugar colocamos os problemas que estão fora da nossa capacidade de enfrentamento que são relacionados à estrutura do bairro como esgoto, ruas, falta de transporte, casas com baixa qualidade etc.

<b>QUADRO 5-</b>		<b>PSF FUNCIONÁRIOS- PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS</b>		
Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Hipertensão	Alta	6	Parcial	1
Diabetes	Alta	6	Parcial	1
Casas e ruas com baixa infraestrutura	Alta	2	Fora	6
Esgoto a céu aberto	Alta	6	Fora	2
Falta de transporte	Alta	6	Fora	5
Verminose	Alta	5	Parcial	1

Cerca de 80 % da população maior de 30 anos analfabeta possui hipertensão arterial descontrolada. Outro ponto que chama muito atenção é a dificuldade de controle da glicemia capilar dos pacientes com diabetes. Os pacientes diabéticos correspondem 25% do total de pacientes com hipertensão.

## 7 PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO GRUPOS OPERATIVOS

Diante da realidade apresentada, a presente proposta de intervenção visa promover a formação de grupos operativos como mecanismo de cooperativo no processo de Assistência em Saúde, para diabéticos e hipertensos.

Os diagnósticos situacionais apresentaram esses dois agravos de saúde como um alto grau de importância, sendo que a USB, tem parcial capacidade de enfrentamento, sendo, portanto, necessário criar novas estratégias a fim de promover uma assistência integral.

A proposta de intervenção será desenvolvida em quatro etapas

- A) Formação dos grupos/ capacitação orientacional para educadores em saúde
- B) Definições dos Temas Prioritários
- C) Reuniões semanais com diabéticos e Hipertensos
- D) Análise dos Resultados.

### **A) Formação dos grupos/ capacitação orientacional para educadores em saúde**

Formar grupos operativos de no máximo 20 pessoas para facilitar o processo de relação interpessoal. Os grupos podem ser ainda compostos por familiares e lideranças comunitárias dispostas a colaborar no processo de educação em saúde.

A Capacitação e Orientação para Educadores Sociais serão destinadas aos profissionais de saúde, familiares e usuários (hipertensos e diabéticos), e se dividirá em Capacitação Inicial, e Capacitação Continuada.

- *Semana de capacitação inicial*
  - Segunda -feira à Sexta-Feira- 8h às 17h
  - Conteúdos relativos aos cuidados à saúde de hipertensos e diabéticos
    - Formas de tratamento medicamentoso (Uso correto dos medicamentos)
    - Formas de tratamento não medicamentoso (Atividades terapêuticas, físicas, dicas sobre alimentação balanceada).
- *Capacitação Continuada*

- Promover reuniões bimestrais para avaliação dos trabalhos e reorientações necessárias.

## **B) Definições dos Temas Prioritários**

Após o processo inicial de capacitação das lideranças, serão definidos de forma coletiva os temas prioritários a serem trabalhados no grupo operativo. Pode-se estabelecer um planejamento bimestral para cada grupo formado.

Os temas podem ser:

- Conhecimento sobre as doenças
- Autocuidado
- Medidas preventivas
- Assistência em saúde
- Políticas Públicas e Direito em saúde
- Temas relacionados à sociedade (afetividade, sexualidade, violência, relações interpessoais, família, etc.).

## **C) Reuniões semanais com Diabéticos e Hipertensos**

- *Reunião semanal (em grupos separados por tipo de agravo de saúde)*

Criar lideranças para promoção do autocuidado entre os usuários da UBS

- Duração: 2 Horas
  - Momento Formativo.
  - Momento de Partilha.
  - Momento Reflexivo.

O momento Formativo poderá ser composto por palestras (Educadores em saúde, profissionais de saúde convidados), vídeos, slides, etc... Dentro dos momentos formativos podem se estabelecer e distribuir tarefas entre os membros dos grupos, como:

- Visitações de suporte e apoio
- Fiscalização preventiva quanto ao correto uso de medicamentos
- Cooperação no cuidado de doentes debilitados.

O momento de partilha é destinado a relatos das experiências de vida (medos, angústias, problemas relacionais, dificuldade no enfrentamento das doenças).

O momento reflexivo é destinado à compreensão e tomada de consciência para necessidade mudança de comportamentos frente à díade saúde- doença. Podem-se realizar dinâmicas de grupos.

#### **D) Análise dos Resultados.**

As equipes de educadores em saúde podem elaborar questionários quantitativos e projetivos a fim de verificar a adesão no processo de tratamentos das doenças crônicas, bem como o nível de consciência a cerca dos cuidados, riscos, e melhoria na qualidade dos padrões de saúde entre diabéticos e hipertensos.

As análises dos resultados devem ser repassadas aos grupos operativos como forma de alertas e/ou incentivo pelas práticas realizadas pelos grupos

## 8 DISCUSSÕES

Para Silveira (2005), processo de gerenciamento do autocuidado dentro dos grupos operativos ocorre à medida que por essa via é possível conhecer o histórico de cada membro, e o senso de cooperação cria laços de confiança entre as pessoas de diferentes realidades, mas que compartilham de um mesmo problema. Desse modo os grupos operativos se tornam ambiente em que se pode falar refletir, escutar, aprender propor formas de vencer as possíveis resistências para os enfrentamentos das doenças crônicas como o Diabetes e a Hipertensão arterial.

Nos grupos operativos criam-se perspectivas de corresponsabilidade, onde os doentes hipertensos e diabéticos assumem papéis ativos em relação aos cuidados necessários para o controle de suas doenças. Para Horta (2009), as equipes de saúde da família podem fomentar a formação de novos grupos, e neles promoverem processos de ensino-aprendizagem quanto aos cuidados com saúde. Nestes casos os benefícios atingiriam toda a cadeia de assistência de saúde, diminuindo o inchaço por demandas de consultas das unidades básicas de saúde, favorecendo a inter-relação entre os grupos e profissionais de saúde, diminuindo os casos de agravamento dos quadros de saúde de doentes crônicos, como decorrência do autocuidado.

O processo de educação e promoção do autocuidado no contexto da Estratégia da Saúde da Família paulatinamente se afirmando. Segundo Ronzani (2008), há de se construir formas de incluir os indivíduos no processo de planejamento das ações voltadas para a educação em saúde.

Para Acioli (2008), a ESF, de fomentar grupos operativos, e fazer com que seus membros sejam detentores de conhecimentos necessários para promoção da interação, disseminação de boas práticas de saúde. Nos casos das doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial, deter o pleno conhecimento dos impactos dessa à saúde do doente pode favorecer a mudança de comportamentos.

De acordo com Dias (2009), os grupos operativos inseridos na Estratégia de Saúde da Família pode promover planejamentos voltados para prática de Promoção da Saúde. Assim tais planejamentos podem prescindir ações preventivas, cuidadoras e curadoras nos casos de doenças não crônicas.

Sendo as equipes de saúde da família notoriamente inseridas no contexto social usuários do sistema público de saúde, estas podem promover o gerenciamento, organizando os espaços, providenciando materiais e apoio educacional, de divulgação de boas práticas em

saúde, promovendo processos de capacitação dos membros dos grupos operativos. De acordo Nunari (2003), o trabalho da equipe é de fomento e de apoio, deve-se na medida do possível estimular a autonomia desses grupos, condicionando-os a resolverem as demandas que independem da atuação das equipes da ESF.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das complexidades e problemas existentes no Sistema Público de Saúde no Brasil, é cada vez mais imperativo que os profissionais de saúde estejam inteirados das realidades existentes em cada comunidade, sobretudo no que tange aos agravos de saúde causados por doenças crônicas como o Diabetes e a Hipertensão arterial.

Percebeu-se ainda que os grupos operativos podem dar importantes contribuições para construção e execução de estratégias educativas em saúde. Nos casos do diabetes e hipertensão arterial, a conscientização para adoção de novos comportamentos, tanto no cuidado medicamentoso, quanto o terapêutico, são caminhos que podem ser trabalhados pelos membros dos grupos operativos.

O caráter conjuntivo presente nestes grupos cria ambiente de confiança, propícios para trocas de experiências, momentos de reflexão, estudos, onde membros movidos pelos objetivos comuns e vinculados entre si, possam melhor conhecer o seu agravo de saúde, e estabelecer estratégias de cuidado e controle.

Sendo a Estratégia de Saúde da Família voltada dentre outras coisa para prevenção, e focada no sujeito como um todo, e não apenas na doença, a formação dos grupos operativos no contexto da saúde da família colabora com o processo de conscientização para o autocuidado em saúde, e possibilita através das reuniões periódicas conhecerem toda complexidade sócia, econômica, cultura, nas quais se inserem hipertensos e diabéticos.

Ficou evidente ainda a importância do compartilhamento dos saberes entre os membros dos grupos operativos e destes com os profissionais das equipes de saúde da família. Essa nova mentalidade de assistência de saúde voltada para os diabéticos e hipertensos, coloca-os como sujeitos ativos no processo de cuidado. Assim cabe as estes assumirem novas posturas diante de seus agravos de saúde.

Dessa forma entende-se o gerenciamento do autocuidado pode partir das discussões oriundas dos grupos operativos, sob a orientação dos profissionais das equipes de saúde da família.

## REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. A. prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v.61, n.1, p.117-21, jan/fev 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000100019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000100019&script=sci_arttext): Acessado em: 2 setembro. 2013

ARAÚJO, J. C. GUIMARÃES. A. C Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. V.41. N3. Jun2007 . Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32239> Acessado em: 2 setembro de 2013

ATAÍDE, M.B.C. **Vivência grupal: estratégia de engajamento no autocuidado e diabetes**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2004. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>. Acessado em: 24 agosto. 2012

AYACH W.; Calderon I.M.P.; RUDGE MVC, COSTA R.A.A.. Associação glicemia de jejum e fatores de risco como teste para rastreamento do diabete gestacional. **Rev Bras Saúde Matern Infant**. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf%0D/rbsmi/v5n3/a09v5n3.pdf>. Acessado em: 2 setembro de 2013

BIANCHI MC, Pereira LL, Baptista MEC, Carvalho D. **A Importância de Atenção Farmacêutica em pacientes hipertensos e diabéticos atendidos em ambulatório multiprofissional**. Infarma 2003

BRASIL. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em; <http://bvsmms.saude.gov.br>. Acessado em 10 setembro 2013.

BRASIL – Ministério da Saúde. **Secretaria de políticas de saúde, departamento de ações, programáticas estratégicas, plano de reorganização de atenção à hipertensão arterial e as diabetes Mellitus-** Brasília Ministério da Saúde – 2005. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br>. Acessado em 10 setembro 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde. Volume 4 2006 Secretaria De Atenção Básica Departamento De Atenção Básica. Brasília, 2006ª Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br>. Acessado em 10 setembro 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica - n.º 16 .Brasília – DF 2006b. Disponível em: [www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad\\_AB\\_DIABETES.pdf](http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad_AB_DIABETES.pdf). Acessado em 24 de agosto de 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus: Manual de hipertensão arterial e Diabetes mellitus**. Brasília, 2002. 102 p. Disponível em :<http://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em 10 setembro 2013.

CARVALHO, S. R. **As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669-678,

jul./set. 2004. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a13v09n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a13v09n3.pdf) . Acessado em 10 setembro 2013.

CHAZAN, A.C; PEREZ, E.A. Avaliação da implementação do sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (hiperdia) nos municípios do estado do Rio de Janeiro. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 10-16, jan./mar.2008. Disponível em: [www.ufjf.br/nates/files/2009/12/010-016.pdf](http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/010-016.pdf). Acessado em 10 setembro 2013.

CORRER, C. J. **Efeito de um programa de seguimento farmacoterapêutico em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em farmácias comunitárias Curitiba**. Universidade Federal Do Paraná. Paraná, 2008 ( Tese de Doutorado). Disponível em: [bvsm.saude.gov.br/.../trabalho\\_completo\\_cassyano\\_janua\\_rio\\_correr...](http://bvsm.saude.gov.br/.../trabalho_completo_cassyano_janua_rio_correr...)Acessado em 25 de agosto de 2013

COSTA. E. M. A. CARBONE, M. H. Saúde da Família: uma abordagem inter disciplinar. Ed Rúbio. Rio de Janeiro, 2004

DIAS, R.B.;CASTRO, F. M. **Grupos operativos**. Estudo de Grupos em Saúde da Família. EMMFC. Belo Horizonte, 2006

DIAS, J. A, et al. **A importância da execução de atividade física orientada**: uma alternativa para o controle de doença crônica na atenção primária. Revista Digital - Buenos Aires - Año12 - N° 114 - Noviembre de 2007. Disponível em:<http://www.efdeportes.com/efd114/a-importancia-da-execucao-de-atividade-fisica-orientada.htm>. Acessado em 02 de setembro de 2013

DIAS, V. P. et al. **Educação em saúde**: o trabalho de grupos em atenção primária. Rev. APS, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009. Disponível em: [www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/download/330/205](http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/download/330/205). Acessado em 25 de outubro 2013

FAVORETO , C. A. O; CABRAL C. C. **Narrativas sobre o processo saúde-doença**: experiências em grupos operativos de educação em saúde Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 13, núm. 28, enero-marzo, 2009 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000100002&script=sci_arttext). Acessado em 25 de outubro de 2013

FELIPE G.F. **Educação em Saúde em Grupo**: olhar da enfermeira e do usuário hipertenso. Dissertação (mestrado). Universidade Estadual do Ceará. Centro de Ciências da Saúde, Fortaleza-Ceará, 2011. Disponível em [www.uece.br/cmaccis/dmdocuments/gilvan\\_ferreira.pdf](http://www.uece.br/cmaccis/dmdocuments/gilvan_ferreira.pdf). Acessado em 25 de outubro de 2013

FERNANDES, W. J. **A importância dos grupos hoje**. Revista da SPAGESSP. Ribeirão Preto, V. 4, dez. 2003.

FERRAZ, L, AERTS, D. R. G. de C. **O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre**. Revista de Ciência e Saúde Coletiva. 10(2): 347, 355, 2005. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&>

src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=416244&indexSearch=I  
D. Acessado em 16 de setembro de 2013

FERREIRA, C. **Hipertensão Arterial**. Emedix – Portal de saúde com informações sobre doenças. 2011. Disponível em <<http://emedix.uol.com.br/doe/index.php>>. Acessado em 26/de setembro de 2013.

FRANCO, V. de S. et al. **Automonitorização da glicemia capilar no domicílio**. Cienc Cuid Saude 2008 Jan/Mar; 7(1).Disponível em: [periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/.../3219](http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/.../3219). Acessado em 02 de setembro de 2013

FUCHS FD. Tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica: considerações para a prática clínica. **Rev Bras Hipertens** 2002. Disponível em: [departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-1/011.pdf](http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-1/011.pdf) . Acessado em 20 de outubro de 2013

HORTA, N.C; SENA, R.R; SILVA, M.E.O; TAVARES, T.S; CALDEIRAS I.M. **A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família**. Rev. APS, V. 12, N. 3, P. 293-301, Jul./Set.2009. Disponível em: [www.seer.ufjf.br/index.php/aps/article/download/407/228](http://www.seer.ufjf.br/index.php/aps/article/download/407/228). Acessado em 23 de outubro de 2013

KLUTHCOVSKY, A.C.G. TAKAYANAGUI, A. M. M.. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde** Rev. Bras Med. Fam. e Com Rio de Janeiro, v.2, nº 5, abr / jun 2006 Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/media/file/rev\\_ista/revista\\_08.pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/file/rev_ista/revista_08.pdf). Acessado em <16 de setembro de 2013>

LANDIM CAP, Milomens KMP, Diógenes MAR. **Déficits de autocuidado em clientes com diabetes mellitus gestacional**: uma contribuição para a enfermagem. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2008 set;29(3):374-81.Disponível em: [seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6757](http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6757). Acessado em 25 de setembro de 2013

MAIA, M. A., TORRES, H. de Carvalho. Promoção da saúde e diabetes: o grupo operativo como estratégia educativa para o autocuidado. **Revista Intellectus** Ano VIII | Nº. 22, 2011 Disponível em: <http://www.revistaintellectus.com.br/DownloadArtigo.ashx?codigo=252>. Acessado em 25 de setembro de 2013

MATOS, A. C. Almeida; FARIAS, L. das G. Q. de. Diagnóstico da interação no processo de trabalho das equipes de saúde da família em Ibicaraí, Bahia. **Gestão Contemporânea**, Porto Alegre, ano 6, n. 6, p. 177-196, jan./dez. 2009. Apud VERGARA, Sylvia C. **Gestão de pessoas**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007. Disponível em:<http://seer2.fapa.com.br/index.php/arquivo/article/viewFile/12/8> <acessado em 25 de setembro de 2013>

MELO, V. PSF:estratégia de mudança do modelo assistencial X focalização e seletividade da assistência à saúde no Brasil”. Jornal de Debates (On Line). Em 21. Julho 2007 - 21:00. Disponível em <http://www.jornaldedebates.ig.com.br/debate/saude-publicatemremedio/artigo/psfestategiamudanca-modelo-assistencial-x-focali>. < acessado em 25 de setembro de 2013>

OLIVEIRA, C.A; PALHA, P.F. Sistema de informação hiperdia, 2002-2004, adequação das informações. **Cogitare Enferm**, v. 13, n. 3, p.395-402, jul/set.2008.Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=526296&indexSearch=ID>< acessado em 25 de setembro de 2013>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE 57<sup>a</sup>. Assembléia Mundial da Saúde. **Estratégia mundial sobre regime alimentar, atividade física e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2004. Disponível em: [www.prosaude.org/publicacoes/.../Estrategia\\_Global\\_portugues.pdf](http://www.prosaude.org/publicacoes/.../Estrategia_Global_portugues.pdf). Acessado em 24 de agosto de 2013

PADILHA, P, C.; et al, **Terapia nutricional no diabetes gestacional**. Rev. Nutr., Campinas, 23(1):95-105, jan./fev., 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732010000100011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000100011). Acessado em 03 de setembro de 2013

PAIVA, S. g.; SANABRIA, L. m. H. Hipertensão arterial, AVC: a importância do Enfermeiro nos grupos operativos. **Rev. Edu., Meio Amb. e Saúde** 2008; Disponível em: [http://www.faculadadedofuturo.edu.br/revista/2008/resumos/REMAS%203\(1\)%20189%20a%20196%20-%20RESUMO.pdf](http://www.faculadadedofuturo.edu.br/revista/2008/resumos/REMAS%203(1)%20189%20a%20196%20-%20RESUMO.pdf). Acesso em: 11 jan. 2014.

PAULA, R.E.S. Grupo **Terapia para pacientes com hipertensão arterial**. Revista SPAGESP. Ribeirão Preto. V2. N. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-29702001000100001&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-29702001000100001&script=sci_arttext) Acessado em 03 de setembro de 2013

PESSUTO, J. CARVALHO, E. C. de. **Fatores De Risco Em Indivíduos Com Hipertensão Arterial**. Rev. latino-am. enfermagem - Ribeirão Preto - v. 6 - n. 1 - p. 33-39 - janeiro 1998 Disponível em [www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919). Acessado em 30 de setembro de 2013

PEREZ, E.A; VILANOVA, R.M.S. Sistema Informatizado HIPERDIA-Cadastro e Acompanhamento de pacientes portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. 1º Expogest- Mostra Nacional de Vivências Inovadoras de Gestão no SUS. Eixo 1: Organização da Atenção Integral em Saúde. **Resumo de trabalho e Grandes Conversas. 498p.**

REIS LJB, Figueiredo Neto JA, Silva AAM. **Adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo** [Dissertação]. São Luiz (MA): Univ.Federal do Maranhão; 2006. Sistema Informatizado HIPERDIA-Cadastro e Acompanhamento de pacientes portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes

RIVIÈRE, E. P., **O Processo Grupal**. 7a ed. São Paulo: Martins Fontes. 2005.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.23- 34, jan./fev. 2008. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100007). Acessado em 30 de setembro de 2013

SANTOS, F.R; ANDRADE, C.P. Eficácia dos trabalhos de grupo na adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Revista **APS**, v.16, n.1, p 15-18, jan/jun 2003. Disponível em [www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Educacao.pdf](http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Educacao.pdf) Acessado em 30 de setembro de 2013

SANTOS, L. M. et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.40, n.2, p.346-52, abr. 2006. Disponível em [www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28543.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28543.pdf) Acessado em 30 de setembro de 2013

SANTOS, E. C. B. dos. Usuários dos serviços de saúde com diabetes mellitus: do conhecimento à utilização dos direitos à saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Mar-abr 2011. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\\_09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_09.pdf) Acessado em 09 de setembro de 2013.

SILVEIRA, L.M.C.; RIBEIRO, V.M.B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.9, n.16, p.91-104, 2005. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a08.pdf) Acessado em 09 de setembro de 2013.

SILVA, T. R. et al. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutico em seguimento ambulatorial de uma unidade básica de saúde. **Saúde e Sociedade. São Paulo**. V15, n3 set/dez. 2006 Disponível em: [www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n3/15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n3/15.pdf) Acessado em 09 de setembro de 2013.

SESTERHEIM, P. et al. **Diabetes mellitus tipo 1: multifatores que conferem suscetibilidade à patogênese auto-imune**. Scientia Medica, Porto Alegre, v. 17, n. 4, out./dez. 2007. Disponível em: [revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/.../2631](http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/.../2631). Acessado em 01 de setembro de 2012

SILVA, B. M. et al. **Jornada de trabalho**: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. Texto Contexto Enferm. V. 15, n. 3, p. 442-8, jul.-set. 2006. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/714/71415308.pdf> < acessado em 25 de setembro de 2013>

SILVA, C. C. Da. SILVA, Ana Tereza M. C. Da. LONSINGI Agnes. A integração e articulação entre as ações de saúde e de educação no Programa de Saúde da Família – PSF. Revista Eletrônica de Enfermagem /2006. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_1/original\\_09.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_09.htm).< acessado em 25 de setembro de 2013>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso Brasileiro sobre Diabetes 2002**. Diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito tipo 2. São Paulo; 2003. Disponível em : [www.diabetes.org.br/educacao/docs/Consenso\\_atual\\_2002.pdf](http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/Consenso_atual_2002.pdf). Acessado em 31 de agosto de 2013

TEIXEIRA M.B. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Departamento de Administração e Planejamento em Saúde Fundação Oswaldo Cruz., Rio de Janeiro, Abril de 2002.

TORRES, H.C; FRANCO,L.J; STRADIOTO, M.A; HORTALEY, V.A; SCHALL, V.T. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n.2, p.291-8, 2009. Disponível em : [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000200010&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000200010&script=sci_abstract&tlng=pt) Acessado em 31 de agosto de 2013

TORRES, H. C. **Avaliação de um Programa Educativo em Diabetes Mellitus com Indivíduos Portadores de Diabetes Tipo 2 em Belo Horizonte, MG.** Tese (Doutorado)- Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em : <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=420925&indexSearch=ID> Acessado em 31 de agosto de 2013

VALLADARES CG, KOMKA SB. **Prevalência de diabetes mellitus gestacional em gestantes de um centro de saúde de Brasília – DF.** Ver. Com. Ciências Saúde. 2008. Disponível em: [http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol19\\_1art01.pdf](http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol19_1art01.pdf). Acessado em 24 de setembro de 2013

VASCONCELOS, M; GRILLO, M.J.C; SOARES, S. M. **Práticas educativas em Atenção Básica à Saúde.** Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: UFMG, 2009. Disponível em [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Praticaseducativas\\_em\\_atencao\\_basica\\_a\\_saude\\_\\_tecnologias\\_para\\_abordagem\\_ao\\_individuo\\_\\_familia\\_e\\_comunidade/64](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Praticaseducativas_em_atencao_basica_a_saude__tecnologias_para_abordagem_ao_individuo__familia_e_comunidade/64). Acessado em 01 de novembro de 2013

WEINERT, L. S., et al **Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar.** Arq Bras Endocrinol Metab. 2011. Disponível em: [www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/.../000818091.pdf?...1](http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/.../000818091.pdf?...1). Acessado em 31 de agosto de 2013