



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



PROGRAMAS
INTEGRADOS
DE RESIDÊNCIAS



FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
PROGRAMAS INTEGRADOS DE RESIDÊNCIAS EM MEDICINA DE FAMÍLIA
COMUNIDADE E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARIANA COSTA MATOS

ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA EM GRUPO TERAPÊUTICO DE HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI

CAMAÇARI

2018

MARIANA COSTA MATOS

ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA EM GRUPO TERAPÊUTICO DE HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI

Trabalho de conclusão de Residência
apresentado à Fundação Estatal
Saúde da Família e Fundação
Oswaldo Cruz – BA para certificação
como Especialista em Saúde da
Família.

Orientador: Victor Rocha

CAMAÇARI

2018

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	3
2	METODOLOGIA	6
3	DISCUSSÃO	7
3.1	Caracterização do local de inserção do grupo	7
3.2	O processo de implantação do grupo	8
3.3	Metodologia de desenvolvimento do grupo	9
3.4	Detalhamento dos encontros	11
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
	REFERÊNCIAS	23

1 INTRODUÇÃO

O crescimento e envelhecimento populacional, a maior urbanização e a progressiva prevalência de obesidade e sedentarismo, são exemplos de transformações produzidas pela sociedade ao longo do tempo que modificaram o perfil da morbi-mortalidade da população brasileira, resultando assim na diminuição progressiva da prevalência das doenças transmissíveis e elevação da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, entre as quais estão o Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica (MANOEL, MARCON, BALDISSERA, 2013).

Duncan et.al. (2013) classifica as condições de saúde crônicas como sendo aquelas que tem consequências recorrentes ou persistentes, com duração mínima de 3 a 12 meses, não podendo seu processo causal em geral ser definido claramente, sendo muitas vezes multifatorial. Além disso, define que seu tratamento na maioria das situações não deve ser meramente curativo, estando restrito apenas a controlar a evolução da doença e de suas complicações e/ou a aliviar os sintomas (DUNCAN et.al.,2013).

A Hipertensão Arterial é definida como uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg (MALACHIAS et.al., 2016). Esta patologia representa um problema de saúde crônico bastante comum, sua prevalência é alta e aumenta em faixas etárias maiores e sua evolução decorre de inúmeras complicações sistêmicas. Estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada (BRASIL, 2011).

O Diabetes mellitus (DM) não é entendido como única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas (MILECH, et.al. 2016). O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, são estimadas um total de 4 milhões de mortes por ano determinadas por essa doença e suas complicações, representando 9% do total de mortes. No Brasil, o Diabetes e a Hipertensão constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde (BRASIL, 2011).

De acordo com levantamento do VIGITEL (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico) realizado no ano de 2016, na última década no país houve um aumento de 61,8% de indivíduos com diagnóstico médico de diabetes e de 14,2% de indivíduos com diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2017).

Atualmente, no Brasil, a Hipertensão Arterial atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes

por doença cardiovascular (DCV) (MALACHIAS et.al., 2016). Com relação ao Diabetes Mellitus, estima-se que a população mundial acometida por esta patologia seja da ordem de 387 milhões e no Brasil estima-se um total de 11,9 milhões de pessoas, na faixa etária de 20 a 79 anos, convivendo com esta doença (MILECH, et.al. 2016).

As condições crônicas que englobam a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus representam um problema de saúde pública em virtude dos altos custos com tratamento, complicações que estas podem causar e que geram grande impacto nos serviços de saúde, na sociedade e na família desses indivíduos devido ao aumento no número de internações, aposentadorias precoces e diminuição da qualidade de vida (MENEZES, et.al.,2012).

Nesse contexto, as medidas de promoção da saúde e prevenção de complicações, com enfoque na modificação de estilo de vida e fatores de risco modificáveis, se mostram como ferramentas extremamente necessárias para a otimização de recursos do Sistema Único de Saúde e maximização da qualidade do cuidado em saúde, em especial no âmbito das condições crônicas de saúde.

A Atenção Básica à saúde através da Estratégia de Saúde da Família representa o local mais propício dentro da Rede de Atenção à Saúde para o desenvolvimento e consolidação das ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, pois esta é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas (BRASIL, 2017).

Dentro da Estratégia de Saúde da Família a assistência à saúde tem como ponto central a criação de vínculos e laços de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, o que possibilita um rompimento do paradigma de práticas fragmentadas e com enfoque na doença e seu tratamento (COSTA, RODRIGUES,2010).

Diversos estudos apontam a educação em saúde como a principal estratégia para prevenção e controle dos fatores de risco associados ao surgimento de complicações relativas à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

A educação em saúde inserida no espaço de grupos e atividades coletivas nas unidades de saúde da família é tida como ferramenta potente na adesão terapêutica medicamentosa e não medicamentosa dos indivíduos portadores de doenças crônicas, além de permitir que estes sujeitos tenham um maior conhecimento sobre sua patologia e autonomia no cuidado à sua saúde (MENEZES, et.al, 2012).

De acordo com Soares et.al., (2009), o grupo terapêutico pode ser compreendido como um conjunto de pessoas com problemas similares que se reúnem para a troca de experiências e conhecimentos, visando aquisição de novas habilidades de superação e melhores condições de saúde para seus membros.

O trabalho com grupos dentro da estratégia de saúde da família possibilita o partilhar coletivo da experiência de vida e da doença, permitindo o estabelecimento de vínculo que fortalece seus membros na caminhada com a doença crônica, o que poderá influenciar na melhor qualidade de vida e melhor utilização da rede de apoio existente (FERNANDES, SOARES, SILVA, 2008).

A principal motivação para realização deste relato de experiência está no interesse na prevenção e combate à hipertensão arterial e diabetes mellitus, doenças que representam um grave problema de saúde pública, além de entender que a enfermeira em sua prática profissional apresenta um grande potencial para atuar nas áreas de promoção da saúde e prevenção de agravos e desta forma impactar positivamente nos níveis de saúde dos indivíduos e coletividades.

Além disso, em levantamento bibliográfico realizado na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), foi possível perceber que ainda é reduzido o quantitativo de publicações editadas por profissionais de enfermagem que abordam o trabalho com grupos dentro da estratégia de saúde da família.

Utilizar a abordagem com grupos terapêuticos no seu campo de atuação é de extrema importância para a enfermeira, pois esta prática possibilita que indivíduos, famílias e grupos desenvolvam competências para um agir consciente com relação às suas questões de saúde (MENEZES, GOBBI, 2010).

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo geral relatar a experiência da autora na condução de grupo terapêutico de hipertensos e diabéticos em uma unidade de saúde da família durante sua vivência como enfermeira residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Tem como objetivos específicos analisar percepções e experiências do cuidado de enfermagem dentro do espaço de grupo terapêutico, descrever como ocorre o grupo terapêutico voltado para usuários hipertensos e diabéticos na unidade de saúde da família e discutir as limitações e potencialidades no desenvolvimento de trabalho com grupos dentro da Estratégia de Saúde da Família.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa na modalidade de relato de experiência realizado a partir das vivências como enfermeira residente em uma unidade de saúde da família do município de Camaçari no estado da Bahia, durante o período de março a dezembro do ano de 2016.

O relato das vivências aqui descritas decorre de um processo de observação e registro das minhas impressões quanto às atividades desenvolvidas no grupo terapêutico em portfólio individual no ambiente virtual de aprendizagem do programa de residência. Nestes registros foram levados em consideração depoimentos dos participantes e fatos relevantes durante o desenvolvimento das atividades, tais como repercussões do grupo na vida dos sujeitos e no desempenho das suas atividades cotidianas, o nível de envolvimento dos usuários no grupo e o modo como cada membro reagia às atividades propostas.

A fim de possibilitar uma narrativa mais fluida, a mesma foi dividida em cinco capítulos, são eles: Caracterização do local de inserção do grupo, O processo de implantação do grupo, Metodologia de desenvolvimento do grupo, Detalhamento dos encontros e Discussões e reflexões acerca da experiência vivida.

Para fundamentar as observações e narrativas deste relato foi realizado um levantamento de trabalhos publicados no Brasil, disponíveis na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) em seu formato completo. Para localizar as publicações foram utilizadas as palavras-chave: educação em saúde; hipertensão arterial e diabetes mellitus, sendo escolhidas aquelas com maior afinidade com a temática, publicadas nos últimos 10 anos.

3 DISCUSSÃO

3.1 Caracterização do local de inserção do grupo

A unidade de saúde da família na qual o grupo estava inserido conta com duas equipes de saúde, as quais são compostas por agentes comunitários, técnicas de enfermagem, médicos e enfermeiros e uma equipe de saúde bucal composta por odontólogos e uma auxiliar de saúde bucal. Além disso, contamos com um núcleo de apoio à saúde da família (NASF) formado por educadores físicos, nutricionista e fisioterapeuta.

A unidade possui atualmente um total de 13 microáreas cadastradas com uma cobertura populacional de aproximadamente oito mil pessoas sendo estimado um total de mais de setecentos hipertensos e diabéticos cadastrados.

Na unidade em questão são ofertados serviços de acolhimento com classificação de risco à demanda espontânea, consultas individuais de profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos, farmácia, procedimentos de enfermagem, como realização de curativo, aplicação de medicações injetáveis, entre outros, além de sala de vacina e grupos terapêuticos.

A unidade de saúde da família na qual foram desenvolvidas as atividades do grupo está localizada no município de Camaçari que pertence à região metropolitana de Salvador, estando a 52 quilômetros de distância da capital baiana.

O município conta com uma população total de 242.970 (duzentas e quarenta e duas mil, novecentos e setenta) habitantes de acordo com último censo demográfico realizado no ano de 2010 (BRASIL, 2010) e conta com um território de 759,8 quilômetros quadrados, sendo 42 quilômetros de faixa costeira.

De acordo com fontes disponíveis no portal da prefeitura, é o município mais industrializado do Estado da Bahia, respondendo sozinho por 35% das exportações, sendo sede do maior complexo industrial integrado do Hemisfério Sul, contando com diversas empresas de grande porte instaladas em seu território que são responsáveis pela geração de 45 mil postos de trabalho, 15 mil deles diretos e 30 mil indiretos. Ainda de acordo com o portal, o município possui o maior PIB (Produto Interno Bruto) industrial da região Nordeste.

Com relação à rede de saúde, o município conta com 30 Unidades de Saúde da Família, 7 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 5 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 1 Hospital Geral, que conta com maternidade e emergência obstétrica, além de centros de especialidades médicas, odontológica, centros de atenção psicossocial, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), entre outros.

O município de Camaçari conta com 57,96% de cobertura de Saúde da Família, 32% de cobertura de Saúde Bucal, e 72,46% de cobertura na Atenção Básica.

3.2 O processo de implantação do grupo

Para uma maior efetividade da atenção às pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Melitus na comunidade percebemos que era preciso inovar e não estarmos restritos apenas às intervenções tradicionais como as consultas individuais. Nesse contexto, pensamos no trabalho com grupos como uma estratégia de promover a educação em saúde para este grupo de indivíduos.

A educação em saúde pode ser entendida como um processo político pedagógico que requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade (FALKENBERG et al, 2014).

O desenvolvimento de atividades coletivas voltadas para a educação em saúde dos usuários da unidade faz parte das agendas semanais de todos os profissionais da equipe inseridos na residência.

De acordo com o Manual Para Organização do Serviço (2017) das unidades que possuem o programa de residência as atividades coletivas representam um importante mecanismo de diversificação de ofertas no serviço, ampliação de qualidade e capacidade de cuidado, podendo ter o foco na promoção da saúde, na prevenção e no cuidado de usuários.

Um turno da agenda era garantido semanalmente para que fossem realizadas as ações de planejamento, construção e implementação das atividades, que em sua maioria eram desenvolvidas na forma de grupo terapêutico.

A implantação do grupo terapêutico para hipertensos e diabéticos na unidade foi pensada pela equipe através da constatação de que, na maioria dos casos, estas doenças não se encontravam controladas e os usuários portadores destas enfermidades não possuíam um seguimento assistencial regular.

A equipe percebeu que os usuários compareciam à unidade somente para marcar retornos com o profissional médico, porém nem sempre conseguiam devido a falta de vagas na agenda, ficando muitas vezes sem o devido acompanhamento, tendo apenas a garantia da medicação através da renovação das receitas de medicamentos de uso contínuo no serviço de acolhimento à demanda espontânea disponibilizado na unidade.

Dessa forma, o grupo foi criado com o objetivo de prevenir complicações decorrentes da hipertensão e diabetes, esclarecer sobre fatores de risco cardiovasculares, alcançar uma maior adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, valorizar a mudança de comportamento desses indivíduos com vistas a adoção de estilo de vida saudável e melhor autocuidado e organizar o atendimento a esse público, proporcionando um seguimento

clínico regular e multiprofissional. Por possuir maior afinidade, me tornei referência e responsável por sua facilitação e condução, sob a supervisão das preceptoras de odontologia e enfermagem da unidade.

3.3 Metodologia de desenvolvimento do grupo

O grupo em questão ocorria dentro das dependências da unidade de saúde, mais especificamente no auditório e era coordenado por mim com supervisão das preceptoras da residência.

A Política Nacional de Atenção Básica preconiza que a realização de ações de educação em saúde à população adstrita é uma atribuição comum a todos os membros das equipes que atuam na Atenção Básica (BRASIL, 2017), logo, profissionais de diferentes núcleos também participavam das atividades do grupo.

Estes profissionais se inseriam no grupo como convidados e colaboravam no planejamento das atividades de acordo com o tema a ser abordado a cada encontro, participaram neste período nutricionista e educadores físicos, integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e enfermeiras e dentistas componentes da equipe mínima.

Como membros do Programa de Residência Multiprofissional somos a todo momento estimulados a exercitar o trabalho em equipe e a valorizar os saberes e práticas dos diferentes núcleos profissionais, dessa forma, o planejamento e execução das atividades coletivas de maneira conjunta e multiprofissional para mim aconteceu de forma natural e não representou um ponto de dificuldade ou limitação na minha vivência.

Mendonça e Nunes (2014) apontam a correlação entre o trabalho multiprofissional e a diversidade de atividades, materiais e assuntos discutidos nos grupos de educação em saúde, enfatizando que este trabalho propicia a construção de diversos saberes e contribui para que a ação educativa se torne mais rica e criativa.

Ainda no contexto do trabalho em equipe, destaco aqui que poderia ter explorado muito mais as potencialidades de alguns profissionais nas ações referentes ao grupo os envolvendo mais nas ações relacionadas ao grupo, como por exemplo, a assistente social, técnicas de enfermagem e, sobretudo os agentes comunitários de saúde (ACS), já que o papel dessa categoria profissional no grupo foi voltado somente para a sua divulgação na comunidade.

Mendonça e Nunes (2015) destacam a participação dos ACS nas atividades de grupo, ressaltando que esses profissionais precisam de maior apoio em seu processo de formação para trabalhar com as atividades coletivas de educação em saúde, pois além de ser a categoria de maior representação nas equipes de saúde da família, são os profissionais que tem maior vínculo e conhecimento da realidade local.

Durante o referido período foram realizados cinco encontros, sendo que um deles foi destinado à realização de um atendimento coletivo. As temáticas abordadas nestes encontros foram sugeridas pelos próprios usuários, sendo elas: fluxo dos pacientes portadores de hipertensão e diabetes na USF, a importância da atividade física na promoção da saúde e prevenção de complicações de portadores de doenças crônicas e o papel da alimentação saudável no controle da hipertensão e diabetes.

Os assuntos trabalhados nos espaços do grupo tiveram relação direta com as patologias, mesmo que tenha sido dada liberdade aos usuários de escolherem o tema que quisessem no âmbito da saúde.

Essa valorização de assuntos e procedimentos médico-farmacológicos é cultural e compartilhada tanto por profissionais como por usuários de saúde. Entretanto, é necessário compreender que as ações de educação em saúde devem extrapolar a clínica limitada à cura de doenças e passem a valorizar o contexto, os determinantes sociais, a subjetividade do processo saúde-doença, portanto a doença deve deixar de ser o foco para se tornar apenas uma parte da vida humana (MENDONÇA, NUNES, 2015).

A metodologia utilizada nos encontros para facilitação dos conteúdos tinha como referência o modelo dialógico de educação em saúde, neste modelo os usuários se tornam sujeitos do processo ensino - aprendizagem, por meio de prática crítica e reflexiva. O indivíduo é reconhecido como portador de um saber, que embora distinto do saber técnico-científico não é desvalorizado pelos serviços. O profissional de saúde neste processo tem o papel de proporcionar as condições para que o conhecimento seja construído e a ação educativa ocorre de forma centrada no diálogo entre o profissional de saúde e o usuário (FIGUEIREDO, RODRIGUES-NETO, LEITE, 2010).

No desenvolvimento das atividades do grupo fazia sempre o exercício de colocar o usuário como personagem central, levando-os a identificar suas necessidades e dificuldades no controle da doença, refletindo sobre situações cotidianas. A troca de vivências e experiências entre os participantes era estimulada, procurando demonstrar que eles não estavam sozinhos no enfrentamento do adoecimento crônico, de modo que os profissionais de saúde participavam como facilitadores e não condutores do processo.

No entanto, este processo não ocorreu de forma fácil e fluida, senti dificuldades em aplicar esta metodologia nas ações educativas desenvolvidas por mim, muitas vezes por falta de conhecimento e capacitação para a sua utilização, mesmo reconhecendo suas vantagens como a construção coletiva do conhecimento e o desenvolvimento da corresponsabilização e autonomia do usuário no cuidado à sua saúde.

Um dos fatores envolvidos na dificuldade dos profissionais para aplicação do modelo dialógico está na concepção hegemônica baseada no modelo tradicional de que a educação em saúde significa transmitir para a população informações e conhecimentos considerados

saudáveis e que o profissional de saúde é o detentor de todo o saber (MENDONÇA E NUNES, 2014).

Estudo de Flisch et.al. (2014) aponta uma necessidade de qualificação e de formação dos profissionais da estratégia de saúde da família no sentido de ampliar seus conhecimentos em educação em saúde, sugerindo inclusive, a ampliação de disciplinas curriculares na graduação que favoreçam a criação de competências e habilidades para as práticas coletivas de educação em saúde.

A participação no grupo era livre para os usuários hipertensos e diabéticos da unidade e o convite para os encontros se dava de forma individual através da distribuição de convites pelos agentes comunitários de saúde, pelos profissionais odontólogos, médicos e enfermeiros em suas consultas individuais e através de publicação em mural da unidade.

Durante o período de realização das atividades do grupo pode-se perceber que o perfil dos seus membros era de indivíduos em sua grande maioria idosos e do sexo feminino, aposentadas e/ou donas de casa.

A superioridade feminina na participação das atividades do grupo pode ser explicada pela maior procura das mulheres pelo sistema de saúde, por apresentarem uma tendência maior ao autocuidado e busca de auxílio médico para si e para seus familiares. Já a faixa etária concentrada em idosos tem explicação no fato de que tanto a Hipertensão Arterial Sistêmica quanto o Diabetes Melitus tem sua prevalência aumentada em indivíduos acima dos cinquenta anos de idade (LIMA et.al., 2011).

O número de participantes no grupo variou bastante no período tendo reuniões acontecendo com um número máximo de trinta e cinco e mínimo de quatro participantes, os encontros ocorreram no período vespertino com exceção do atendimento coletivo que ocorreu no turno da manhã.

3.4 Detalhamento dos encontros

O primeiro encontro do grupo foi planejado por mim e pela enfermeira com a qual dividia a equipe, ele foi construído com o objetivo principal de estreitar os laços com a comunidade e fortalecer o vínculo e relação de confiança entre usuários e equipe de saúde. Nossa intenção era que o usuário se sentisse acolhido e pudesse estar à vontade para compartilhar com os outros participantes suas vivências como portador de uma condição crônica.

O objetivo do grupo também era o de ampliar as ofertas de cuidado e de alguma forma desafogar as demandas do acolhimento, já que a busca dos usuários pela renovação de receitas de medicamentos de uso contínuo, válidas no município por seis meses, sobrecarregava este serviço. Por isso, inserimos na proposta do grupo a possibilidade dos

participantes realizarem a troca de receitas e agendamento de consultas com profissionais médicos e enfermeiros para seguimento clínico, levando em consideração as necessidades individuais de cada usuário.

Planejamos um momento inicial com uma dinâmica rápida de apresentação de usuários e equipe para que todos pudessem se conhecer melhor e assim se aproximar um pouco mais da realidade do outro, no momento seguinte seria realizada a apresentação do fluxo do usuário hipertenso e diabético na unidade, para que os mesmos estivessem familiarizados com os serviços oferecidos e mais orientados sobre o que ou quem procurar para melhor atender às suas necessidades.

Posteriormente foi pensado um momento para aferição de pressão arterial, renovação de receitas de medicamentos de uso contínuo e agendamento de consultas com médicos e enfermeiros das equipes de forma individual.

Em seguida, planejamos um momento de avaliação, no qual os participantes poderiam expor suas impressões, questionamentos e sugestões para os próximos encontros. A atividade seria então encerrada com um lanche ofertado pela equipe com alimentos leves e saudáveis como frutas e sucos para confraternização entre os membros.

Como este encontro foi planejado com bastante antecedência, tivemos muito tempo para divulgá-lo entre a comunidade, reforçamos em reunião de equipe, distribuimos convites individuais através dos agentes comunitários e durante consultas de profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos, além de exposição de um cartaz no mural da unidade.

Como resultado de todo esse trabalho de divulgação conseguimos reunir um total de 35 pessoas neste primeiro encontro, uma quantidade bastante significativa tendo em vista o histórico de participação dos usuários em atividades como esta em anos anteriores.

Apesar de participar de todo o processo de planejamento e construção da atividade, na data de sua realização não pude estar presente, sendo o encontro conduzido pelos outros membros da equipe envolvidos.

A avaliação que foi feita posteriormente nas reuniões de equipe foi positiva, sendo que os profissionais destacaram a participação ativa dos usuários, que a todo momento demonstraram interesse e empolgação com a criação do grupo. Neste mesmo encontro foi definido o nome do grupo como sendo “Esperança na Saúde” bem como as temáticas que os participantes gostariam que fossem trazidas nos próximos encontros pactuados de acontecerem quinzenalmente.

A temática sugerida pelos participantes do grupo para ser abordada no segundo encontro foi sobre atividade física, para ampliação da discussão e possibilidades de trabalho deste tema no grupo convidamos para participar do planejamento e execução da atividade as professoras de educação física inseridas no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

da unidade. Dessa forma, em conjunto planejamos propor uma roda de conversa sobre Hipertensão e Diabetes e os benefícios da atividade física para o controle dessas doenças.

A proposta seria de que os profissionais da unidade envolvidos na atividade iriam fazer uma exposição dialogada, trazendo para os usuários de forma geral alguns conceitos sobre hipertensão e diabetes focando na importância da atividade física para o controle das mesmas.

Nesta oportunidade também pensamos em sugerir ao grupo a caminhada como atividade física, sendo levantados os seus benefícios, além da importância do alongamento antes e depois da atividade, uso da vestimenta e calçados adequados e a importância da hidratação durante a sua prática.

A prática regular de exercícios físicos é recomendada para hipertensos e diabéticos, devido aos benefícios a ela associados como, redução da pressão arterial, dos níveis glicêmicos e auxílio na redução ou manutenção do peso corporal, uma vez que a obesidade é um importante fator de risco para hipertensão (ALVES, et.al., 2016).

Os obesos tem até três vezes mais risco de desenvolver hipertensão, desta forma, perder peso constitui o método mais efetivo para redução da pressão arterial em indivíduos obesos e também contribui para diminuição das doses de medicamentos anti-hipertensivos (MALTA et.al., 2017).

Uma vez a proposta planejada, começamos a iniciar o processo de divulgação da atividade entre os profissionais nas reuniões de equipe, porém desta vez por um período mais curto, já que tínhamos pactuado com os usuários um intervalo quinzenal entre os encontros. Além disso, enfrentamos neste momento dificuldades com fornecimento de papel ofício e problemas de impressão na unidade, o que impossibilitou a confecção dos convites individuais.

Talvez por esse motivo a participação dos usuários neste segundo encontro foi abaixo do esperado pela equipe, na data acordada para realização da atividade compareceram apenas quatro usuários.

A falta de materiais básicos foi um obstáculo a ser superado por mim e por toda a equipe no desenvolvimento das atividades do grupo, muitas vezes tínhamos que trazer de casa o material necessário ou arrecadar o dinheiro para sua aquisição através de realização de bazares na comunidade. Isso foi uma dificuldade que perpassou por todos os encontros do grupo e muitas vezes nos levou a desconsiderar a utilização inclusive de outros recursos como os audiovisuais, como vídeos, filmes, entre outros.

A baixa utilização destas mídias no espaço de grupos nas unidades de saúde também foi encontrada no estudo de Fernandes, Soares e Silva (2008). Estes autores enfatizam que apesar do avanço das tecnologias educativas, observa-se que as equipes de

saúde da família não dispõem de todos esses recursos, o que acaba por comprometer o trabalho com grupos e se apresenta como uma limitação ao seu desenvolvimento.

De acordo com Flisch et.al. (2014) para a viabilização dessas práticas educativas são necessários investimentos em materiais pedagógicos e adequação de infraestrutura, além de educação permanente dos profissionais, o que representa um desafio para a gestão dos serviços na Atenção Primária à Saúde.

Diante da quantidade reduzida de participantes adaptamos a atividade planejada e realizamos apenas a roda de conversa onde os usuários que compareceram puderam expor seus conhecimentos acerca da prática de atividade física, de que forma a estavam inserindo em seu cotidiano. Com a presença das professoras de educação física foi possível também que os participantes pudessem esclarecer algumas dúvidas e ser orientados sobre a melhor forma de praticar exercícios físicos diante das suas condições e necessidades de saúde.

A quantidade reduzida de participantes, no entanto, não foi um fator impeditivo ou negativo para a realização da atividade, pelo contrário, a presença de um número menor de pessoas permitiu que os usuários se sentissem mais a vontade para expor suas dúvidas e compartilhar suas experiências na prática de exercícios físicos, além de estreitar um pouco mais as relações entre profissionais de saúde e usuários.

Porém o objetivo do grupo, pelo menos neste momento inicial, era atingir o maior número possível de diabéticos e hipertensos da área, por isso, após o encerramento do encontro fizemos a avaliação de que o número reduzido de participantes foi causado pela divulgação insuficiente do espaço e que a distribuição dos convites individuais com a data e horário de realização dos encontros era mais eficaz do que somente o convite feito de forma verbal pela equipe.

Decidimos então, retornar à estratégia anterior de impressão e distribuição dos convites por mais quinze dias e repetir a temática da atividade física no próximo encontro, visto sua potencialidade e importância para uma melhora significativa na qualidade de vida dos indivíduos portadores de hipertensão e diabetes.

Como as dificuldades com a impressão dos convites na unidade, decidi imprimi-los por conta própria em minha casa e distribuí entre os agentes comunitários e consultórios de atendimento dos profissionais da equipe.

Na data marcada para o terceiro encontro compareceram doze usuários, além de duas internas de medicina e dois estudantes de ensino técnico de enfermagem que estavam realizando atividades de estágio do curso de graduação na unidade. As estudantes se colocaram apenas como observadoras do processo, não participando do processo de planejamento e execução da atividade.

O momento foi iniciado com a apresentação de todos os profissionais e usuários envolvidos na atividade. Logo em seguida realizamos uma dinâmica de mitos e verdades,

com o objetivo de desmistificar alguns conceitos sobre a prática de atividade física e reforçar as orientações sobre como desenvolvê-la de maneira adequada e saudável, nessa dinâmica as frases contendo os mitos e as verdades foram lidas em voz alta pelo profissional que e os participantes expressaram suas opiniões acerca destas frases.

Pude perceber com a realização desta atividade que foram poucos os usuários que informaram uma prática regular de exercícios físicos, sendo que a grande maioria desconhecia quais eram os reais benefícios da sua prática no controle da hipertensão e diabetes, sabiam somente que tinham que praticar exercícios físicos por conta das orientações dadas pelos profissionais da equipe nas consultas individuais e através do que leem e ouvem na mídia.

A quantidade numerosa de dúvidas com relação à forma correta de realizar as atividades físicas também surpreendeu, já que muitas vezes o profissional enxerga esta prática como sendo muito simples estando disposta de forma muito clara para o usuário através do senso comum, não necessitando de aprofundamento específico.

Esta constatação me fez repensar sobre a forma como eu orientava os usuários portadores de diabetes e hipertensão que compareciam aos atendimentos individuais sobre a prática de atividades físicas. Passei a não somente falar sobre a sua importância, o que fazia muitas vezes mecanicamente, mas também a explicar a forma correta para sua realização e explorar no indivíduo e seu contexto de vida alguns fatores que contribuíssem para a sua adesão à prática regular destas atividades.

Posteriormente os participantes foram orientados e convidados pelas professoras de educação física do NASF a realizar os tipos de alongamento mais adequados para serem praticados antes e depois da atividade física.

Neste momento a proposta da formação do grupo de caminhada foi colocada para o grupo, a ideia era de que os participantes deste grupo fizessem uma avaliação inicial com a educação física e fisioterapia para avaliação de risco e limitações durante a prática desta atividade. Seria fornecido também um acompanhamento regular destes participantes pela equipe de saúde da família e NASF para avaliação contínua dos impactos da prática da caminhada nos seus níveis de saúde e controle da doença.

Os usuários se mostraram bastante receptivos e empolgados com a proposta do grupo de caminhada e viram nele uma oportunidade de apoio para a falta de energia e interesse na prática de atividades físicas, sendo que um membro poderia incentivar o outro na sua realização.

A produção de relações interativas, pautadas na solidariedade entre os membros de um grupo, como o de caminhada, pode ser positiva para o cuidado em saúde, uma vez que esta interação influencia as condutas e práticas que serão adotadas posteriormente pelo usuário (ALMEIDA, MOUTINHO, LEITE, 2014).

Apesar de possuir um grande potencial, a proposta do grupo de caminhada nunca saiu do âmbito do planejamento. Acredito que muito disso se perdeu por conta da saída da residente do segundo ano envolvida na atividade para continuação do programa em outros espaços e também pela outra professora de educação física do grupo ter entrado em licença maternidade. Como esta era uma proposta específica do núcleo de educação física, não tive pernas para conduzi-la sozinha.

Ainda neste mesmo encontro foi realizado o momento de renovação de receita e marcação de consulta médica ou de enfermagem, onde fizemos a transcrição das receitas médicas e registro no prontuário, para aqueles usuários que estivessem com suas receitas vencidas, além disso, estava à nossa disposição as agendas médicas e de enfermagem para que os pacientes descompensados e/ou que tenham mais de três meses sem acompanhamento médico ou de enfermagem fossem encaixados na agenda.

Por fim, fizemos um momento de avaliação das atividades desenvolvidas no grupo e foi discutido coletivamente o tema a ser trabalhado no próximo encontro, assim como sugestões para aperfeiçoamento das atividades.

Muitos usuários destacaram como ponto positivo a forma de condução dos encontros, onde os participantes são vistos como personagens centrais do processo e não simples receptores de informação. Ressaltou-se também que a forma de divulgação através da distribuição dos convites individuais é a melhor estratégia, pois muitos acabam esquecendo a data quando isso é informado apenas de forma oral.

Os usuários decidiram de forma conjunta que o próximo tema que eles tinham interesse em aprofundar os seus conhecimentos era sobre alimentação saudável. Mais uma vez contei com o apoio do NASF para planejamento e execução da atividade, com a participação da nutricionista de referência da equipe.

O encontro foi planejado com o objetivo de promover a educação alimentar e nutricional, incentivando nos usuários a adoção de hábitos alimentares saudáveis, para isso pensamos novamente em uma metodologia que envolvesse a participação ativa do usuário em todo o processo.

Diante de problemas para conciliação das agendas minha e da nutricionista do NASF o encontro não foi realizado dentro do intervalo de quinze dias, como havia sido pactuado previamente com os usuários. O intervalo entre a segunda e terceira reunião do grupo foi por volta de um mês.

No dia da realização da atividade contamos com a participação de dez usuários. Nesta altura já pude perceber a assiduidade de alguns usuários no grupo, àqueles que sempre compareciam às reuniões e se envolviam de forma ativa nas atividades propostas, vistos como peças chave para divulgação do grupo entre a comunidade, além de observar uma participação maior de usuários da área I da unidade.

Neste encontro a dinâmica proposta foi a do “Supermercado HiperSaúde”, onde o usuário foi convidado a ir às compras em um supermercado fictício montado no auditório da unidade. No supermercado foram ofertadas diversas opções de produtos entre carnes, laticínios, frutas, verduras, alimentos industrializados, entre outros. Os produtos eram expostos através de imagens impressas em papel ofício e distribuídas em diferentes sessões no espaço.

Pensando em aproximar ao máximo a experiência da realidade dos usuários, estes receberam diferentes quantias de dinheiro fictício para comprarem neste supermercado os produtos que consomem em seu dia-a-dia. Alguns receberam uma quantia maior e outras pessoas receberam uma quantia menor de dinheiro. Nos preocupamos em colocar o valor dos produtos o mais fiel possível à realidade encontrada em mercados e outros estabelecimentos comerciais.

Antes de iniciar as compras, pedimos que os participantes colocassem em sua cesta aquilo que realmente consumiam em seus domicílios e os insumos que faziam parte da sua alimentação no dia-a-dia.

Após realizadas as compras, os usuários foram convidados a apresentar para o grupo o que compraram com o dinheiro que receberam. Neste momento foi feita uma reflexão sobre as escolhas realizadas e de que forma elas impactam no controle da diabetes e hipertensão.

Os usuários que receberam uma quantidade menor de dinheiro relataram a dificuldade de optar por produtos mais saudáveis por causa do seu alto valor, neste momento a nutricionista demonstrou opções saudáveis e mais em conta disponíveis no nosso supermercado que poderiam ser escolhidas pelos participantes.

Com isso, pudemos discutir juntamente com os usuários tipos de alimentos e produtos disponíveis nos mercados e feiras que possuem um menor valor e que podem ser agregados à sua dieta sem prejuízos do orçamento familiar.

Outro ponto discutido foram os tipos de preparação possíveis com os produtos escolhidos, os usuários foram orientados acerca de formas mais saudáveis de preparo das refeições com os diferentes tipos de produtos escolhidos, muitos deles compartilharam formas alternativas de preparo de ingredientes tradicionais que deixam a refeição reduzida nas quantidades de gordura, sódio e açúcar que já adotam em casa.

Àqueles participantes que optaram por produtos em sua maioria industrializados, ricos em sódio e açúcar foram orientados a partir das discussões a substituí-los por alimentos de maior valor nutricional e que representassem aliados no controle da hipertensão e diabetes.

Os membros do grupo avaliaram a atividade como significativa para enriquecimento dos conhecimentos prévios que eles já possuíam devido orientações dos próprios profissionais da unidade.

Muitos usuários relataram que a mudança de padrão alimentar após diagnóstico da doença se mostrou um grande desafio e que esta atividade tinha os ajudado a buscar apoio e força de vontade através do compartilhamento de experiências entre eles e a sensibilização de que é possível consumir comida de qualidade e saudável de forma prática e barata.

Com o passar dos encontros e o envolvimento cada vez maior com outros núcleos profissionais dentro da saúde, como o da educação física e nutrição, tive a oportunidade de ampliar meus conhecimentos sobre as temáticas trabalhadas nos encontros do grupo, muitas vezes informações trazidas por estes profissionais e pelos próprios usuários eram novas para mim e esta troca de saberes contribuiu de forma significativa para a minha formação enquanto profissional de saúde.

Como em todos os outros encontros tivemos o momento de renovação de receitas e agendamento de consultas com profissional médico e enfermeira das equipes. Em estudo realizado por Melo e Campos (2014) para os participantes de grupo de Hipertensão, os serviços de agendamento de consultas individuais, fornecimento de medicações e controles periódicos são vistos como uma forma de obter facilidade de acesso ao serviço de saúde e o conhecimento dos níveis pressóricos e de glicemia possibilitavam a produção de estratégias para manutenção do parâmetro clínico esperado.

Porém, já com a experiência de encontros anteriores, pude observar que estes serviços ofertados no grupo não eram muito aproveitados pelos usuários, que continuavam preferindo atender estas demandas no acolhimento da unidade, ou seja, um dos objetivos do grupo que era de amenizar a procura para renovação de receitas não estava sendo atingido.

Somente três meses depois deste encontro, em dezembro de 2016, ocorreu a quinta e última reunião do grupo de hipertensos e diabéticos da unidade, enquanto estive como responsável pelo mesmo. Esse tempo foi necessário para ser feita uma avaliação, juntamente com a equipe, das potencialidades, limitações e desafios a serem superados na efetivação e consolidação desta ferramenta de cuidado como uma das ofertas do serviço para os usuários portadores de doenças crônicas acompanhados na unidade.

A proposta do grupo e seu alcance foram bastante discutidos em reuniões de equipe e espaços pedagógicos específicos da residência como seminários e tutorias. Pudemos perceber que mesmo depois da implantação do grupo, continuávamos com os mesmos entraves na busca pelo cuidado continuado e integral ao hipertenso e diabético da comunidade.

As maiores dificuldades enfrentadas eram a não garantia de espaços na agenda para consultas de retorno para profissionais médicos e enfermeiros, a grande quantidade de pessoas que continuavam a sobrecarregar o serviço de acolhimento para renovação de receitas de medicamentos de uso contínuo, desconhecimento por parte da equipe, sobretudo equipe II, sobre a quantidade de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na área.

Diante deste cenário, começamos a pensar sobre estratégias para superação destes problemas e um dos caminhos apontados foi o da implantação de uma linha de cuidado para portadores de hipertensão e diabetes na unidade, onde o grupo de HIPERDIA seria inserido no plano de cuidado destes usuários.

Para que esta atividade fosse realizada, a equipe decidiu que o ponto de partida seria a estratificação de risco dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados, reconhecendo que cada um possui diferentes níveis de vulnerabilidade e necessidades de saúde. Conhecer os riscos de cada usuário seria de extrema importância para que a equipe pudesse adequar as ações voltadas para este público, tanto individuais como coletivas, e de que forma cada indivíduo iria se beneficiar delas.

O primeiro passo para a estratificação de risco dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade foi dado dentro do grupo de HIPERDIA, por abranger uma quantidade menor de pessoas e envolver os usuários mais assíduos, de quem possuíamos maiores informações. Posteriormente realizaríamos a estratificação de todos os usuários cadastrados portadores destas condições crônicas através da análise de seus prontuários de família.

Dessa forma, foi planejado um atendimento coletivo para todos os usuários hipertensos e diabéticos do grupo de HIPERDIA da unidade com o objetivo principal de estratificar o risco cardiovascular e definir fluxos de encaminhamentos destes usuários na unidade.

A estratificação de risco foi realizada por meio de uma ficha de avaliação clínica dos usuários que contou com dados de anamnese, exame físico e avaliação do pé diabético, os dados coletados nesta ficha tiveram como base as recomendações do Caderno de Atenção Básica nº 35 - estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, elaborado pelo Ministério da Saúde e publicado no ano de 2014.

Nesta forma de estratificação adotada levamos em consideração dois critérios, sendo eles a severidade da condição crônica estabelecida e a capacidade de autocuidado, que contempla aspectos socioeconômicos e culturais, o grau de confiança e o apoio que as pessoas têm para cuidar de si mesmas (BRASIL, 2014).

Contamos com a participação de dois profissionais do NASF, uma nutricionista e um educador físico, e três enfermeiras da equipe mínima. O total de usuários que compareceu

para a atividade foi de dezesseis. O auditório da unidade foi dividido em 3 ilhas cada uma com um profissional da equipe responsável, sendo elas: anamnese, exame físico, avaliação do pé diabético.

Inicialmente foi esclarecido aos usuários o objetivo da atividade, alguns conceitos de estratificação de risco e linha de cuidado foram trazidos de forma simples e com uma linguagem acessível para que os participantes pudessem ter uma ideia de como essa forma de organizar o processo de trabalho iria trazer grandes benefícios e melhorar a qualidade da assistência prestada pela equipe.

Logo em seguida, começamos a aplicar o instrumento de coleta de dados individualmente, sendo que todas as partes das fichas foram preenchidas exclusivamente pelos profissionais responsáveis.

A ficha iniciava com um local para identificação do usuário contendo informações relativas a nome, sexo, idade, número do prontuário cartão SUS e telefone. Na parte dedicada à anamnese foram coletados dados referentes a condição clínica se hipertenso, diabético ou os dois, investigação de fatores de risco relacionados a tabagismo, sedentarismo, sobrepeso/obesidade, uso de álcool e histórico familiar, além disso foram questionados as medicações em uso e de acordo com o julgamento do profissional, através de perguntas norteadoras, foram levantadas a adesão terapêutica e a capacidade para o autocuidado.

No campo do exame físico foram mensuradas frequência cardíaca, peso, altura, circunferência abdominal, relação cintura/quadril, índice de massa corporal e pressão arterial sistólica e diastólica. Neste campo também havia um espaço para anotação de resultados de exames laboratoriais, que no momento do convite pedimos que fossem levados para o encontro, foram pesquisados valores de hemoglobina, hematócrito, glicemia em jejum, colesterol total e frações, triglicérides, ureia, creatinina e hemoglobina glicada.

No campo da avaliação do pé diabético fizemos a inspeção do pé, a procura de alterações na pele, presença de feridas e calosidades, palpação dos pulsos pedioso e tibial, além de realizar a avaliação da sensibilidade com aplicação do monofilamento.

Em posse de todos estes dados e com informações complementares coletadas através do prontuário de família, estratifiquei o risco de todos os usuários que participaram do encontro com o suporte do tutor de enfermagem da residência, discutindo com ele possíveis encaminhamentos que seriam posteriormente apresentados aos profissionais da unidade em espaços de reuniões de equipe.

Os possíveis encaminhamentos levantados foram agendamento de consultas individuais com enfermagem, medicina, consulta compartilhada ou individual com profissionais do NASF, participação no grupo de HIPERDIA e agendamento de visitas domiciliares.

Apesar de todo este esforço na realização desta atividade, o produto decorrente dela não foi aproveitado pela equipe como deveria. Todos estavam imersos nas demandas impostas pelo serviço, enfrentando inúmeras dificuldades com o final de uma gestão política e início de outra, havia também a escassez de recursos humanos e materiais.

Neste contexto, me senti muito sozinha na tarefa de impulsionar a implantação da linha de cuidado e estratificação do risco dos usuários restantes, o fato de não possuir experiência prévia também foi um desafio já que não sabia de que ponto partir. Este período também coincidiu com as minhas férias, onde fiquei afastada do serviço por 30 dias e com a minha saída o projeto não alcançou grandes avanços.

Essa grande rotatividade de profissionais nas equipes de saúde é uma importante limitação na prática do trabalho com grupos, pois constitui um empecilho para a sua integração, comprometendo a formação de vínculo e a efetivação do cuidado. (FERNANDES, SOARES, SILVA, 2008).

Quando retornei do meu período de férias, muitas coisas haviam mudado na unidade com a nova gestão, além disso, tivemos que nos preparar para a chegada dos novos residentes e nos adequar à saída daqueles que estavam concluindo o programa, mais uma vez o projeto do grupo foi deixado de lado e até o momento da minha saída da unidade não foi retomado.

Sabia o quanto o grupo representava um diferencial no tratamento dos usuários hipertensos e diabéticos da unidade e do seu grande potencial para promover uma mudança de hábitos e estilos de vida, impactando positivamente na qualidade de vida e saúde dos seus participantes, por isso, a descontinuidade das suas atividades representou para mim uma grande frustração. A sua manutenção e, conseqüentemente, o fortalecimento de vínculos entre os participantes eram cruciais para a adesão dos usuários a esta modalidade de cuidado oferecida na unidade.

Desde o momento da sua concepção até o planejamento e realização dos encontros o trabalho com o grupo terapêutico sempre foi um desafio, repleto de dificuldades e barreiras, porém levo dessa experiência muito aprendizado sobre as diversas formas de persistir e buscar superá-las.

Tenho certeza que, se em algum momento durante minha jornada profissional, tenha que novamente realizar um trabalho como esse estarei mais fortalecida e munida de ferramentas que permitirão lidar melhor com os imprevistos e percalços do caminho, sabendo, porém, que com relação ao desenvolvimento de grupos terapêuticos cada experiência é única e em todas elas sempre terei algo mais a aprender.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato permitiu realizar uma análise da minha percepção enquanto membro de uma equipe de saúde da família acerca das práticas de educação em saúde, mais especificamente sobre a minha vivência na condução de um grupo de usuários hipertensos e diabéticos de uma unidade de saúde da família.

Após refletir sobre minhas práticas na condução do grupo, entendo que se faz necessária a reavaliação do mesmo, com o seu fortalecimento e manutenção por maior período de tempo e conseqüentemente, com a ampliação de vínculos entre usuários e profissionais.

Na tentativa de superar as práticas fragmentadas em educação e saúde e para que estas sejam realmente capazes de atuar na transformação dos hábitos de vida e saúde dos indivíduos e comunidade no município de Camaçari, é de fundamental importância que o Departamento de Atenção Básica invista na educação permanente dos seus trabalhadores.

Uma das estratégias a serem adotadas pode ser a promoção de eventos que tenham ênfase no compartilhamento de experiências no desenvolvimento de práticas educativas em saúde pelos profissionais de saúde, onde sejam priorizadas àquelas que considerem ações pautadas no diálogo, na abordagem crítica e reflexiva e no trabalho em equipe multiprofissional.

Através de uma consolidação e amadurecimento maior das discussões sobre as ações educativas e com o apoio de diversos atores, como o próprio Programa de Residência Médica e Multiprofissional, posteriormente pode-se pensar na elaboração e implementação de uma política municipal de educação em saúde que norteie as práticas coletivas na atenção básica, dada a sua importância para as ações de promoção à saúde e prevenção de agravos neste âmbito do Sistema Único de Saúde.

Espero que este relato possa favorecer debates e provocar reflexões dos profissionais de saúde sobre suas práticas educativas e sobre a valorização do trabalho com grupos dentro da oferta de ações e serviços desenvolvidos pelas equipes de saúde da família.

RERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. S. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. *Saúde Debate* | Rio De Janeiro, V. 38, N. 101, P. 328-337, Abr-Jun 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0328.pdf>>. Acesso em: 23/01/2017.

ALVES, Murilo da Silva ; ARAÚJO, Maria da Conceição Filgueiras de; NASCIMENTO Mônica Pinchemel ; RIBEIRO, Francielli Cardoso; REBOUÇAS, Patrícia Teixeira ; SANTOS, Thalita Araújo dos ; SANTOS, Ariadne Nascimento ; OLIVEIRA, Carilene Silva; OLIVEIRA, Juliana Ingrid de. Grupo Terapêutico com Idosos Sobre o Autocuidado nas Doenças Crônicas. *J Health Sci* 2016;18(1):48-51. Disponível em: <<http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/viewFile/3515/3107>>. Acesso em: 23/01/2018.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em 15/06/2017.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de hipertensão e diabetes. Hipertensão arterial e diabetes mellitus: morbidade auto referida segundo o vigitel, 2009 e cadastro de portadores do sis-hiperdia, 2010. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/prevalencia01_2011.pdf>. Acesso em: 06/08/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA GM N. 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/conass-informa-b-192-publicada-portaria-gm-n-2436-que-politica-nacional-de-atencao-basica-estabelecendo-revisao-de-diretrizes-para-organizacao-da-atencao-basica-no-ambito-do-sist/>>. Acesso em: 12/01/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php>>. Acesso em: 11/07/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf>. Acesso em 06/08/2107.

COSTA, Rafaela Cristina, RODRIGUES, Carla Roberta Ferraz. Percepção dos usuários acerca das práticas de promoção da saúde, vivenciadas em grupos, em uma unidade básica de saúde da família. *Rev. APS, Juiz de Fora*, v. 13, n. 4, p. 465-475, out./dez. 2010. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/836>>. Acesso em: 16/06/2017.

DUNCAN, Bruce Bartholow et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FALKENBERG, Mirian Benites, MENDES, Thais de Paula Lima, MORAES, Eliane Pedrozo de, SOUZA, Elza Maria de. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3):847-852, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00847.pdf>>. Acesso em: 12/01/2108.

FERNANDES, Maria Teresinha de Oliveira, SOARES, Sonia Maria, SILVA, Liliam Barbosa. Limitações e possibilidades no desenvolvimento do trabalho com grupos na Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Min. Enferm.*;12(3): 355-341, jul./set., 2008. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/274>> .Acesso em 16/06/2017.

FIGUEIREDO Maria Fernanda Santos, RODRIGUES-NETO João Felício, LEITE Maísa Tavares Souza. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2010 jan-fev; jan-fev; 63(1): 117-21. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a19.pdf>>. Acesso em: 12/01/2018.

FLISCH TMP, ALVES RH, ALMEIDA TAC, TORRES HC, SCHALL VT, REIS DC. Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde? *Interface (Botucatu)*. 2014;18 Supl 2:1255-1268. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1255.pdf>>. Acesso em 12/01/2018.

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ GONÇALO MUNIZ. Residência de medicina de família e comunidade e multiprofissional em saúde da família. Manual para organização do serviço, Salvador, 2017. Disponível em: <http://ava.fesfsus.ba.gov.br/pluginfile.php/2605/mod_resource/content/1/Manual%20do%20servi%C3%A7o_%2010.04.2017_vers%C3%A3o%20final.pdf>. Acesso em:30/06/2017.

LIMA, Lílian Moura de et al . Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. *Rev. Gaúcha Enferm.* (Online), Porto Alegre , v. 32, n. 2, p. 323-329, June 2011 . Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472011000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16/01/2018.

MALACHIAS MVB, SOUZA WKS, PLAVNIK FL, RODRIGUES CIS, BRANDÃO AA, NEVES MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2016; 107(3Supl.3):1-83. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em: 06/08/2017.

MALTA DC et AL. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 1:11s. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000006.pdf>. Acesso em:23/01/2017.

MANOEL, Maria Fernanda, MARCON, Sonia Silva, BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. Estratégias educativas para pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2013 jul/set; 21(3):403-8. Disponível em: < <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7551/5451>> . Acesso em: 06/08/2017.

MELO, Lucas Pereira de, CAMPOS, Edemilson Antunes de. “O grupo facilita tudo”: significados atribuídos por pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 a grupos de

educação em saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem, nov.-dez. 2014;22(6):980- DOI: 10.1590/0104-1169.0056.2506. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-22-06-00980.pdf>. Acesso em: 16/01/2018.

MENDONÇA, Fernanda de Freitas, NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida. Atividades participativas em grupos de educação em saúde para doentes crônicos. Cad. Saúde Colet., 2014, Rio de Janeiro, 22 (2): 200-4. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n2/1414-462X-cadsc-22-02-00200.pdf>>. Acesso em 12/01/2018.

MENDONÇA, Fernanda de Freitas, NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 13 n. 2, p. 397-409, maio/ago. 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tes/v13n2/1981-7746-tes-13-02-0397.pdf>>. Acesso em 12/01/2018.

MENEZES, Ana Gabriela Mota Pereira de, GOBBI, Débora. Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2010;34(1):97-102. Disponível em: < http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/13_revisao_Educacao.pdf>. Acesso em: 16/06/2017.

MENEZES, Tânia Maria de Oliva, GUIMARÃES, Eleonora Peixinho, SANTOS, Elisângela Maria Paulino dos, NASCIMENTO, Mirelle Vasconcelos, ARAÚJO, Patrícia Dantas de. Grupo educativo com dispensação de medicamentos: uma estratégia de adesão ao tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus. Revista Baiana de Saúde Pública, v.36, n.1, p.148-158 jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/243>>. Acesso em: 16/06/2017.

MILECH, Adolfo, et. al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) / organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. Disponível em: < <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>>. Acesso em: 06/08/21017.

SOARES, Lenícia Cruz, SANTANA, Maria da Glória, THOFEHRN, Maira Buss, DIAS, Denise Gamio. Educação em saúde na modalidade grupal: Relato de experiência. Cienc Cuid Saude 2009 Jan/Mar; 8(1):118-123. Disponível em: < <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/7786/4417>>. Acesso em: 16/06/2017.