

**FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA/FUNDAÇÃO
OSWALDO CRUZ**

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA DE MEDICINA DA
FAMÍLIA E COMUNIDADE E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

JULIANA DE JESUS SILVA

**PRÁTICAS GRUPAIS COMO ESTRATÉGIA PARA OFERTA DE
CUIDADO ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS NO ÂMBITO DA
ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO NARRATIVA**

Salvador

2017

JULIANA DE JESUS SILVA

**PRÁTICAS GRUPAIS COMO ESTRATÉGIA PARA OFERTA DE
CUIDADO ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS NO ÂMBITO DA
ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO NARRATIVA**

Artigo apresentado ao Programa de Residência Integrada de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família/ Fundação Oswaldo Cruz, como pré-requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família

Orientador: Prof. Esp. Antonio Maurício R. Brasil

Coorientador: Msc. Leandro Alves da Luz

Salvador

2017

JULIANA DE JESUS SILVA

**PRÁTICAS GRUPAIS COMO ESTRATÉGIA PARA OFERTA DE
CUIDADO ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS NO ÂMBITO DA
ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO NARRATIVA**

Artigo apresentado ao Programa de Residência Integrada de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família/ Fundação Oswaldo Cruz, como pré-requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Salvador, ____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

“Ninguém liberta ninguém, ninguém se
liberta sozinho: os homens se
libertam em comunhão”.

Paulo Freire, 1968.

SILVA, Juliana de Jesus. Práticas grupais como estratégia para oferta de cuidado às pessoas com diabetes mellitus no âmbito da atenção básica: uma revisão narrativa. 39f. 2017. Trabalho de Conclusão de Residência (Residência Multiprofissional) – Fesfsus/Fiocruz, Salvador, 2017.

RESUMO

O diabetes mellitus (DM) é um transtorno metabólico que se encontra dentro do grupo denominado de doenças crônicas não transmissíveis, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de macronutrientes. Sua epidemiologia no mundo traz grandes preocupações para a saúde pública, o que demonstra a necessidade de desenvolver estratégias para prevenir a doença e diminuir as morbidades associadas a ela. Uma estratégia de oferta de cuidado que vem demonstrando bons resultados e que, se bem desenvolvida, entra em total consonância com princípios da Atenção Básica são as atividades grupais. Diante desta perspectiva este estudo propõe-se a realizar uma revisão narrativa acerca da utilização das práticas grupais junto às pessoas que apresentam DM. Foram utilizadas as bases de dados: Google acadêmico, Lilacs, BVS e Scielo fazendo recorte temporal entre 2006 e 2016. Como fonte para este estudo, foram ainda utilizadas legislações, sites e documentos oficiais na área da saúde. As reflexões provenientes do estudo dos trabalhos evidenciam o grupo como espaço potencial para educação em saúde, empoderamento dos indivíduos e também como estratégia eficaz para aumentar o nível de conhecimento dos participantes sobre a doença, sendo uma temática que ainda necessita de maior aprofundamento a fim de subsidiar a sua efetiva implementação no cotidiano dos serviços, sobretudo naqueles localizados no âmbito da Atenção Básica.

Palavras-chave: Diabetes mellitus; Grupo; Educação em Saúde; Atenção Básica.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
BVS	Biblioteca virtual de saúde
DCNT	Doenças Crônicas não transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
EPS	Educação Popular em Saúde
ES	Educação em Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
HbA1C	Hemoglobina glicada
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SCIELO	Biblioteca Eletrônica Científica online
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. Introdução	7
2. Metodologia	11
3. Desenvolvimento	12
4. Discussão	22
5. Considerações Finais	26
6. Referências	28
Apêndice	34

Introdução

O diabetes mellitus (DM) pode ser definido como um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, devido a defeitos na secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). ODM encontra-se dentro do grupo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e que são de longa duração e podem levar a complicações com graus variáveis de incapacidade ou morte (BRASIL, 2014c; CAMPOS e RODRIGUES, 2009).

Os principais sintomas do DM são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os chamados “4 Ps”). Além desses sintomas, os indivíduos podem apresentar outros, como fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição; mas, em boa parte dos casos, a doença evolui sem sintomas (BRASIL, 2006a). Como critérios de diagnóstico do DM, além da avaliação clínica, são adotados os pontos de corte de glicose plasmática, que classificam com DM as pessoas que apresentam glicemia de jejum (≥ 126 mg/dl) ou teste de tolerância à glicose (≥ 200 mg/dl) ou glicemia casual (≥ 200 mg/dl), esta quando associada a poliúria, polidipsia e polifagia (BRASIL, 2013a).

Pessoas com DM devem ser orientadas sobre a importância da adoção de medidas de mudança no estilo de vida (MEV) e estimuladas a manter hábitos de vida saudáveis, como ter uma alimentação adequada, praticar atividade física regular, evitar o fumo e uso excessivo de bebidas alcoólicas, bem como estabelecer metas para controle do peso, independente da necessidade ou não de incluir terapia medicamentosa com hipoglicemiantes orais e/ou insulina (BRASIL, 2013a).

Existe uma preocupação em torno do DM devido à alta prevalência no mundo, estimada em 422 milhões (8,5% da população mundial), pela morbidade relacionada a ela e por ser um dos principais fatores de risco cardiovascular e cerebrovascular (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016c; MENDES *et al*, 2011). Estima-se que no ano de 2012, o DM foi causa direta de morte de 1,5 milhões de pessoas e que 2,2 milhões de mortes atribuíveis à hiperglicemia, chegando a ser, segundo projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS), a 7ª causa de mortalidade em 2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016b).

No Brasil, em 2016, 7% do total de mortes estavam relacionadas ao DM, sendo responsável pela morte de 29.900 pessoas, com idade entre 30 e 69 anos. Estima-se que, no país, 8,1% da população, encontra-se com DM, sendo tal agravo mais prevalente nas mulheres (8,8% contra 7,4% nos homens) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016a).

O DM não controlado pode provocar, em longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2013a). Essas complicações podem trazer danos à funcionalidade das pessoas que apresentam a doença, aumento de gasto com sua própria saúde, dificuldade e/ou afastamento de atividade laborativa, trazendo implicações diretas e indiretas na qualidade de vida das pessoas acometidas com DM e seu núcleo familiar.

Para além da sua dimensão epidemiológica, o tratamento do DM tem um impacto muito grande no orçamento público. Segundo a *International Diabetes Federation* (2015), estima-se que 12% do gasto público com saúde estão relacionados com o tratamento da doença ou das complicações associadas a ela, com previsão de ser ainda maior com o esperado crescimento populacional nos países de média e baixa renda, aumento da urbanização e mudanças no estilo de vida.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, o gasto nacional relativo a procedimentos hospitalares no tratamento do DM no mês de dezembro de 2016 foi de R\$ 864.653.655,46, considerado alto, uma vez

que o DM é um agravo passível de tratamento e acompanhamento no âmbito da Atenção Básica (BRASIL, 2016a).

Partindo dessas dimensões epidemiológica, social e econômica do DM, é imprescindível buscar formas de garantir um melhor controle da doença. Os resultados relativos ao controle do DM estão associados a diversos fatores e condições, para os quais o resultado esperado, para além do controle glicêmico é o desenvolvimento do autocuidado, contribuindo para melhorar a qualidade de vida das pessoas que convivem com o DM e, conseqüentemente, diminuir a morbimortalidade relacionada à doença (BRASIL, 2013a).

Dentro desse cenário, é importante saber que cerca de 60 a 80% dos agravos decorrentes do DM podem ser tratados na rede básica de saúde, sendo importante fortalecer o debate sobre as ofertas de cuidado nesse nível de atenção (BRASIL, 2001). A Atenção Básica (AB) configura-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que envolvem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, bem como o diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006b).

No contexto da AB, o interesse em produzir um novo modo de atuação em saúde pública, voltado às necessidades e características da população atendida, concretiza-se, muitas vezes, por meio da aposta na utilização das práticas grupais, devido às características do trabalho em grupo as quais se mostram sensíveis à cultura, ao vocabulário e à linguagem de seus membros, valorizando o contexto social. Além disso, o grupo representa a marca do coletivo que permite o reconhecimento do sofrimento compartilhado, ampliando as formas de entender e significar o processo saúde e doença, potencializando a organização e ação conjuntas (RASERA e ROCHA, 2010).

Com relação ao que de fato define o grupo, há diversos conceitos de autores diferentes, sendo que, de modo simplificado, o grupo pode ser definido como um conjunto de pessoas que, motivadas por necessidades

semelhantes, reúnem-se em torno de uma tarefa específica (BERSTEIN, 1986).

O grupo é considerado uma tecnologia de cuidado complexa e diversificada, sendo teorizado por diferentes molduras teóricas, muitas delas provenientes da contribuição da Psicologia Social argentina, sendo estas úteis para subsidiar as atividades grupais. Na prática, os profissionais de saúde recorrem à formação de grupos como novas ferramentas de trabalho, por entender estes espaços como produtor de saúde, que podem vir a impactar nos determinantes e condicionantes de saúde dos sujeitos e coletividades (BRASIL, 2013a).

Os grupos podem apresentar-se de diversas formas, de acordo com características e objetivos envolvidos. Um grupo pode ser classificado, quanto a sua estrutura, em aberto ou fechado e, de acordo com a sua finalidade ou metodologia de trabalho, em diversos tipos, tendo destaque os grupos operativos, motivacionais e terapêuticos (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2014a).

O processo grupal, quando bem refletido em sua finalidade, estrutura e manejo, permite uma rica troca de experiências e transformações subjetivas que não seria alcançável em um atendimento de tipo individualizado e isso se justifica pela pluralidade de seus integrantes, pela diversidade de trocas de conhecimentos e possíveis identificações que apenas um grupo tornam possíveis (BRASIL, 2013a).

A partir da percepção da necessidade de ampliar o debate sobre as práticas grupais no âmbito da AB, sobretudo direcionadas a pessoas que apresentam uma doença de grande repercussão epidemiológica e que tem prioridade de atenção na Saúde Pública, faz-se necessário incorporar novos estudos que possam contribuir para reflexão e prática de atividades grupais pelas equipes de saúde.

Diante disso, o presente trabalho propõe-se a realizar uma revisão narrativa acerca da utilização das práticas grupais voltadas a

pessoas com DM, buscando contribuir para enriquecer as reflexões e o debate sobre essas práticas enquanto estratégia para oferta de cuidado e como espaço potente para ações voltadas para a educação em saúde.

Metodologia

O presente estudo trata-se de uma revisão narrativa sobre práticas grupais voltadas para pessoas que apresentam DM, a partir de um levantamento bibliográfico acerca do tema.

Na fase inicial deste trabalho, realizou-se um levantamento bibliográfico de trabalhos científicos publicados nas bases de dados Google acadêmico, Biblioteca virtual de saúde (BVS), Biblioteca Eletrônica Científica *online* (Scielo) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), utilizando como descritores: educação em saúde, diabetes mellitus e atenção primária à saúde. Como recorte temporal foi utilizado na busca apenas trabalhos publicados entre os anos de 2006 e 2016, contemplando a última década de produções científicas que dialogassem com a temática proposta para este estudo.

Para a revisão narrativa, foram utilizados como critérios de inclusão: trabalhos do tipo original, disponibilidade para leitura na íntegra, em versão *online* e abordagem sobre alguma modalidade de atividade grupal direcionada a pessoas com DM em serviços de saúde do Brasil. Ainda como critério de inclusão, os estudos selecionados deveriam ter descritos em sua metodologia alguma forma estruturada de avaliação da atividade desenvolvida, seja de forma quali ou quantitativa.

Após essa fase, realizou-se uma leitura sistemática dos trabalhos a serem incluídos na revisão, associada a um aprofundamento teórico sobre o tema. Logo em seguida, os trabalhos científicos foram

organizados no formato de fichamento para melhor visualizar e compreender as dimensões trazidas nos estudos.

Além dessas publicações, também foram utilizadas informações extraídas em portais oficiais, legislações, livro e documentos oficiais de interesse para a área da saúde. Ao final, os principais achados foram sintetizados e refletidos neste presente trabalho.

As práticas grupais no âmbito da Atenção Básica

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) está organizado em uma grande rede, denominada de “Rede de Atenção à Saúde (RAS)”, ela é “composta por arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010b).

Dentre dessa rede encontra-se a AB, nível de menor densidade tecnológica, a qual deve ser a via de acesso preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. A AB é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006b).

Para melhor garantir esses princípios, o Ministério da Saúde tem divulgado, através de documentos oficiais, as diversas dimensões e ferramentas de oferta de cuidado que podem ser ofertados a indivíduos e coletividades.

As práticas grupais são consideradas ferramentas da AB, constituindo-se como importante recurso no cuidado aos usuários,

contribuindo para o empoderamento, o desenvolvimento da autonomia, a participação e a corresponsabilização dos usuários (BRASIL, 2014a).

No cenário das práticas de saúde pública e coletiva no Brasil, em suas portarias e programas, as ações grupais com usuários e grupos populacionais, são colocadas em evidência, principalmente no âmbito da AB (BRASIL, 2010a). Essas ações tornam-se uma alternativa para as práticas assistenciais, promovendo espaços em que se favoreçam o aprimoramento de todos os envolvidos, tanto no aspecto pessoal como profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir de forma criativa no processo de saúde-doença de cada pessoa (DIAS *et al.*, 2009).

Com relação à condução de grupos e coletivos, pode-se verificar que, nos serviços da AB, frequentemente, é uma ação menos priorizada quando comparada à atenção individual, prevalecendo-se como entrave a falta de instrumentos e conhecimentos dos profissionais, em virtude da deficiência da abordagem dessa temática em suas formações curriculares (BRASIL, 2010a).

Quando as práticas grupais estão presentes na AB, é possível notar que, geralmente, estão organizadas de acordo com demandas programáticas, ou seja, voltadas para condições específicas de vulnerabilidade (gestantes, idosos, dentre outros) ou de saúde (usuários que possuem hipertensão ou diabetes mellitus, por exemplo), no sentido de atuar na complementaridade terapêutica (MAFFACCIOLLI e LOPES, 2011).

A percepção dessa considerada complementaridade terapêutica, revela, implicitamente, a visão de que as práticas grupais têm papel secundário, estando à parte de outros tipos de atendimento (individualizados), estando desassociadas do projeto terapêutico como um todo, muitas vezes sendo utilizadas apenas como estratégia para atender coletivamente demandas individuais de saúde, conforme pode ser

identificado no estudo qualitativo desenvolvidos com equipes da AB no município de Porto Alegre (FURLAN, 2012).

É importante ampliar a percepção das práticas grupais, pois estas não devem ser reduzidas a uma forma de atender a uma grande demanda, mas sim como uma oferta de cuidado que favorece a socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de saberes e a construção de projetos coletivos (BRASIL, 2014a).

Faz-se necessário refletir também a importância do grupo como oferta de cuidado diante do enfrentamento de algumas doenças que possuem prioridade de atenção pelo Ministério da Saúde, como é o caso do DM, uma vez que a vivência de cada indivíduo interfere na forma de enxergar a doença em seu contexto de vida, e, conseqüentemente, em como ocorrerá a adesão ao tratamento (BRASIL, 2011a; MALDANER *et al.*, 2008).

Práticas grupais como estratégia de cuidado no Diabetes Mellitus

Dentro do conjunto de possibilidades para se ofertar cuidado, no âmbito da AB, encontramos as ações e atividades realizadas na perspectiva dos grupos.

A prática grupal, no âmbito da AB no Brasil, tende a ser uma prática complementar, em geral não sendo considerada como um componente importante da organização das práticas e do projeto terapêutico das pessoas. Em função disso, tornar-se fundamental trazer elementos que justificam sua utilização no cotidiano do serviço, como a sua capacidade de facilitar a comunicação entre profissionais e usuários, e, conseqüentemente, fortalecer o vínculo, possibilidade de melhorar o manejo clínico da doença quando possível, contribuindo para uma maior

abertura e compartilhamento de experiências entre pessoas que partilham de condições de pensamento e/ou de vida semelhantes (BRASIL, 2010a).

Além disso, a formação de grupos voltados para pessoas com hipertensão e diabetes está configurada como uma ação de prevenção primária avançada de doenças e complicações cardiovasculares, devendo-se inserir profissionais de saúde de diversas categorias, sempre que possível, sendo importante para melhorar a adesão ao tratamento (BRASIL, 2001).

Dentro dessa perspectiva, a AB, considerada como via de acesso preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, deve ter protagonismo nas práticas grupais, pois é um espaço que dialoga intensamente com alguns de seus princípios norteadores como a produção de vínculo, integralidade do cuidado, responsabilização, humanização e estímulo à participação social (BRASIL, 2012a).

Alguns estudos que abordam o uso das práticas grupais em pessoas que apresentam DM vêm demonstrando a produção dos seus efeitos sobre os participantes. Estudo desenvolvido por Oliveira *et al.* (2009), no município de Goiânia, buscou identificar a presença de fatores terapêuticos através da análise das falas de participantes em grupo educativo de diabetes e foi possível identificá-los, sobretudo, em maior expressão, quanto aos fatores “*oferecimento de informações*” (100%), “*coesão*” (100%), “*universalidade*” (86%) e “*aprendizagem interpessoal*” (57%), sendo estes fatores terapêuticos resultados da interação entre os participantes do grupo.

Trabalho semelhante desenvolvido por Rêgo *et al* (2006), no município de Aurora, também já trazia efeitos benéficos das atividades grupais. Neste estudo qualitativo, as autoras puderam avaliar, através da análise das falas de participantes em grupo educativo em DM, que eles ampliaram sua capacidade de refletir sobre seus próprios atos, procurando as causas dos mesmos e começando a ver soluções antes não percebidas, identificando o grupo como um espaço de facilitação para

o indivíduo com DM aderir novos hábitos de vida e desenvolver atitudes de autocuidado.

Analisando os estudos que constituíram esta revisão narrativa, foi possível identificar que havia no processo de avaliação da atividade grupal uma concentração em algumas dimensões, sobretudo no que diz respeito ao nível de conhecimento sobre a doença e autogerenciamento do cuidado em DM; além disso, alguns estudos buscaram identificar a avaliação do impacto da participação em grupo educativo sobre o controle glicêmico.

Efeito de atividades grupais voltadas a pessoas com DM sobre o nível de conhecimento da doença e autogestão do cuidado

A adesão à mudança do estilo de vida e desenvolvimento de autonomia do sujeito são fatores que vem sendo estudados e estão sendo diversas vezes relacionados ao nível de conhecimento das pessoas sobre a doença. Em um estudo etnográfico realizado por Almeida (2006) envolvendo um grupo de DM em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em Belo Horizonte, pode-se perceber, que a partir dos núcleos temáticos identificados, o grupo possibilitou a criação de novos laços afetivos e rede de apoio, aumentou aceitação e nível de conhecimento sobre a doença e seu manejo e ampliação da gestão do autocuidado e automonitoramento.

Achados semelhantes puderam ser encontrados em outro estudo realizado por Pereira *et al.* (2012), o qual consistiu em um ensaio clínico randomizado envolvendo usuários com DM participantes (n = 28) e não participantes (n = 34) de uma atividade educativa em grupo; neste trabalho, foi avaliado o nível de conhecimento inicial e pós intervenção, sendo possível observar no grupo que participou das atividades, um

aumento significativamente maior do nível de conhecimento que no grupo controle.

Resultados positivos, quanto ao nível de conhecimento e autogerenciamento da doença foram encontrados por Maia (2015), que avaliou essas dimensões, após a implementação de atividade grupal junto a usuários de Unidades de Saúde da Família (USF) de Belo Horizonte, comparando com valores iniciais à intervenção (n = 151).

No estudo de Grillo *et al.* (2016), esses resultados puderam ser ratificados; os autores avaliaram, dentre outros aspectos, o nível de conhecimento sobre DM em um grupo conduzido por uma enfermeira da atenção primária em uma UBS do município de Porto Alegre, comparando o período inicial com o período pós intervenção, bem como comparando o nível de conhecimento do grupo de intervenção com o grupo controle (observando melhores resultados naquele do que neste último).

Para além do nível de conhecimento, há uma preocupação em torno do empoderamento dos indivíduos e coletividades no âmbito da AB. Quanto ao empoderamento individual, este se refere à habilidade das pessoas de ganharem conhecimento e controle sobre forças pessoais, para agir na direção de melhoria de sua situação de vida; diz respeito ao aumento da capacidade de os indivíduos se sentirem influentes nos processos que determinam suas vidas (BAQUERO, 2012).

Diante da importância de considerar também a dimensão do “empoderamento” nos grupos voltados a pessoas com DM, foi que Costa (2014) desenvolveu um estudo, do tipo *cluster* aleatorizado com participantes em grupo educativo voltado ao DM em UBS, no município de Belo Horizonte; ao final, pode-se verificar que no grupo participante da atividade grupal (n = 77) houve melhores escores de empoderamento e autocuidado em comparação aos do grupo controle.

Em contrapartida, Torres *et al.* (2011), que avaliaram o nível de autogerenciamento da doença, após intervenção educativa junto a

peças diabéticas em seguimento ambulatorial em um Hospital escola de Belo Horizonte (n = 27), não encontraram diferenças estatisticamente significantes após a intervenção.

Não é possível identificar os elementos que possam justificar a discordância dos achados deste último estudo em relação aos outros; talvez se houvesse um maior detalhamento do método educativo utilizado, esse poderia ser um elemento de contraponto a ser avaliado; os outros estudos de forma explícita ou implícita demonstraram uma semelhança, utilizando-se de metodologias ativas, especificando, em alguns casos, a citação da Pedagogia Freireana como direcionadora da atividade grupal.

Além das dimensões mencionadas, um aspecto a ser considerado é o controle glicêmico, pois ele é relevante na prevenção de complicações do DM, devendo ser também um aspecto terapêutico a ser avaliado diante do investimento nas práticas grupais. Muitas vezes, os profissionais de saúde não valorizam o efeito terapêutico dos grupos na prática clínica, como estratégia de tratamento e como meio de intervenção no acompanhamento dos pacientes em longo prazo (FURLAN, 2012), tornando-se necessário cada vez mais avaliar as diversas dimensões possíveis que possam subsidiar e fortalecer a prática grupal como oferta de cuidado no DM.

Controle glicêmico e outras dimensões avaliadas nas atividades grupais junto às pessoas com DM

Um estudo que buscou comparar a efetividade de estratégias, em grupo (n = 50) e individual (n = 54), de um programa educativo em diabetes, implementado no município de Belo Horizonte, teve como principais achados: resultados de atitudes psicológicas, mudança de

comportamento e qualidade de vida ao final do estudo semelhantes em ambos os grupos, em contrapartida aos resultados dos níveis de hemoglobina glicada (hbA1c), que revelou diferença estatisticamente significativa ($p= 0,012$) apenas no de educação em grupo (TORRES *et al.*, 2009).

Em outro trabalho desenvolvido por Silva *et al.* (2006), em que foi avaliado o impacto da estratégia de ações educativas e terapêuticas sobre os níveis de pressão arterial e glicemia de jejum do grupo após a intervenção, revelou redução em ambos os níveis avaliados, classificados inicialmente como moderados/graves ou muito acima do desejado (de acordo com valores preconizados na época do desenvolvimento do trabalho).

Estudo de Grillo *et al* (2016), evidenciou também uma redução nos níveis de HbA1C, embora sem diferença estatística entre os grupos considerados controle e intervenção.

Embora poucos estudos trouxeram a dimensão do controle glicêmico na avaliação da prática grupal, pode-se perceber que há uma melhora desse aspecto quando os indivíduos passam a participar de forma programada de grupos educativos.

Em todos os estudos, pode-se perceber que o caráter educativo estava presente, quer seja como objetivo central do grupo ou como elemento indispensável à concretização dos objetivos priorizados na implementação e desenvolvimento dos grupos. Diante dessa análise, pode-se dizer que a atividade grupal, a depender da forma como é conduzida, pode tornar-se um espaço potente para promover a Educação em Saúde.

O Grupo como espaço que dialoga com a Educação em Saúde

A Educação em Saúde (ES) constitui um campo de conhecimento e de prática do setor saúde, que visa integrar os saberes científico e popular, para tentar auxiliar o indivíduo a ter uma participação responsável e autônoma frente à saúde no cotidiano, contribuindo, também, para a prevenção de doenças e promoção à saúde (REIS *et al.*, 2013).

A principal função de muitos grupos situa-se, justamente, em promover a ES, sendo o empoderamento, o desenvolvimento da autonomia, a participação e corresponsabilização dos usuários alguns de seus principais objetivos (BRASIL, 2014b).

Segundo Pelicioni e Pelicioni (2007), é inegável a importância da educação para a promoção da saúde, sendo ela reconhecida através dos tempos por diferentes autores como fator imprescindível para a melhoria da qualidade de vida, uma vez que o processo de ensino-aprendizagem acaba influenciando as decisões a serem tomadas ao longo da existência dos indivíduos, podendo contribuir para diminuir, manter ou elevar o seu nível de saúde, devendo, portanto, estar presente em todas as ações para promover a saúde e prevenir as doenças.

Dentro das diversas nuances que a educação em saúde percorreu ao longo da história, atualmente o Ministério da Saúde defende em sua Política Nacional de Educação Popular em Saúde (EPS), a EPS como um modelo a ser desenvolvido, especialmente no âmbito da AB, pois ela consiste numa perspectiva teórica orientada para a prática educativa e o trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa e à superação das desigualdades sociais (BRASIL, 2012b).

As ações de EPS podem vir a contribuir com a promoção da saúde e a qualificação da ES tradicionalmente realizada, fortalecendo a mudança no modelo de atenção centrado na doença, devendo, desse modo, estar mais presente na AB, pois muito se aproxima de princípios como a integralidade, a humanização e o acolhimento (BRASIL, 2014b; BRASIL, 2006b).

A produção de conhecimentos em saúde pode ser caracterizada, então, como um processo gerado no trabalho, fundamentalmente participativo, já que é resultante da confrontação de diferentes e complementares experiências envolvendo a equipe de saúde e a comunidade (BRASIL, 2000). E é nesse sentido que o grupo se torna um espaço de grande potencial para desenvolver a ES.

O grupo pode também, segundo Munari *et al.* (2009), representar uma importante ferramenta terapêutica quando desenvolvido em ambientes e relações saudáveis e democráticas. Sendo assim, é importante refletir e utilizar um modelo de ES que de fato produza um espaço e uma relação entre profissionais de saúde e comunidade com essas características.

A associação do espaço do grupo como lugar propício para o processo de aprendizagem e reflexão sobre as condições de saúde e práticas de autocuidado pode ser percebida no estudo etnográfico realizado por Almeida e Soares (2010), com treze pessoas participantes em grupo educativo voltado a pessoas com DM, em uma UBS de Belo Horizonte.

Para além do reconhecimento do grupo como espaço de aprendizagem, no estudo, ela foi considerada motivadora à permanência no grupo. Além disso, foi possível perceber que as reflexões pessoais estimuladas na atividade grupal auxiliam na adaptação das pessoas a uma nova realidade de vida, onde os indivíduos podem aprender uns com os outros sobre novas formas de pensar e se comportar frente à doença e refletir sobre formas de solucionar os seus problemas.

A síntese dos estudos que avaliaram os efeitos das práticas grupais, nesta revisão, pode ser visualizada no Quadro 1, constando no Apêndice deste trabalho.

Discussão

O processo de busca bibliográfica inicial, nesta revisão, revelou uma literatura abrangente sobre atividades grupais na AB, só que, a grande parte dos estudos não se atêm a submeter a atividade a um tipo de avaliação estruturada, o que dificulta ampliar possibilidades de consolidar algumas evidências trazidas pelos autores e descoberta de novos elementos.

Munari e Furegato (2003) apud Oliveira *et al.* (2009) trazem que, muitas vezes, a avaliação é negligenciada nas atividades grupais, porque, possivelmente, trazem consigo muitos dados subjetivos, que necessitam de uma avaliação criteriosa, exigindo do coordenador preparo para avaliar e fazer as adequações necessárias.

De um modo geral, os grupos estudados pelos autores, foram constituídos em cada encontro por um intervalo entre dez e treze pessoas, com duração de noventa a cento e vinte minutos, trazendo para a roda temas predominantemente associados a aspectos biológicos da doença, embora tenham sido, em maior parte, definidos coletivamente junto aos próprios usuários.

Das dimensões avaliadas nas atividades grupais, foi possível perceber a importância dessas práticas para ampliar o nível de conhecimento sobre a doença, fator esse que pode contribuir para melhorar o autocuidado e autogerenciamento da doença. Apesar de poucos estudos que avaliassem o controle metabólico da doença, obteve-se também alguns resultados positivos, embora um elemento que dificulta

esse tipo de avaliação é o curto período de tempo em que as atividades grupais foram desenvolvidas e avaliadas.

Nos estudos abordados, pode-se identificar a utilização de instrumentos diferentes para uma mesma dimensão avaliada, o que dificulta uma comparação mais criteriosa dos resultados encontrados.

Foi possível refletir, também, a importância de ampliar estudos que avaliam o impacto da prática grupal sobre o nível de conhecimento, autogerenciamento da doença e controle glicêmico, bem como a necessidade desenvolver mais estudos que avaliem outros aspectos, como o efeito da prática grupal sobre a funcionalidade e qualidade de vida dos participantes, por exemplo.

Um outro ponto observado é que a maior parte dos estudos realizados, concentram-se nas regiões Sul e Sudeste do país, evidenciando uma necessidade de fomentar e ampliar estudos semelhantes em outras regiões do Brasil. Dessa forma, torna-se imprescindível aumentar e aprofundar o debate acerca do tema, buscando valorizar as práticas grupais e trazendo para reflexão os seus aspectos exitosos e buscando compreender, também, suas limitações.

Além dos aspectos citados, o grupo é um espaço em potencial para desenvolver o empoderamento dos indivíduos e da comunidade, bem como trabalhar as dimensões da promoção à saúde e educação em saúde, contribuindo para o fortalecimento dos princípios da AB, ao tempo em que possibilitam uma maior visibilidade destes.

É muito importante salientar que a forma de desenvolver ES deve, sobretudo, levar em consideração a produção de relações mais democráticas entre usuários e profissionais de saúde, como pode se verificar na EPS. Diante dos elementos trazidos neste estudo, é possível perceber que a intervenção grupal é uma estratégia de oferta de cuidado que não pode ser menosprezada, muito menos no âmbito da AB, que

visa, para além de outros aspectos, a integralidade do cuidado, a promoção da saúde e fomento da participação social (BRASIL, 2006b).

Apesar da importância da ação multidisciplinar para a garantia da integralidade do cuidado, pode-se observar nos estudos a centralidade do profissional de enfermagem na implementação e coordenação dos grupos. Alguns dos estudos chegam a citar o envolvimento de outras categorias profissionais, porém, em geral, não são citadas as categorias dos profissionais envolvidos, sendo identificados nos trabalhos enquanto equipe multidisciplinar, não se sabendo ao certo o grau de envolvimento desses atores no desenvolvimento das atividades.

Dos estudos que detalharam as categorias envolvidas na facilitação dos grupos foram citadas: médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e terapeuta ocupacional. A presença de alguns profissionais de categorias contempladas no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) sugere que a presença desses atores está possivelmente relacionada a existência do NASF nas unidades em que se desenvolveram o estudo.

A dimensão multidisciplinar é pouco trazida nos estudos e este fato pode estar diretamente associado a escassez de profissionais que possam contribuir para uma clínica ampliada e um cuidado integral dos usuários. Dados do Ministério da Saúde, em 2016, sobre a cobertura de equipe NASF no Brasil, traz o valor de 4302 equipes implantadas (somando-se as 3 possíveis modalidades de NASF) contra 40196 equipes de saúde da família (eSF) implantadas (BRASIL, 2016b).

Mesmo compreendendo que a proporção de equipe NASF/eSF pode chegar ao máximo de 9/1 (na modalidade de NASF 1), é importante reforçar a importância de outras categorias profissionais na dimensão do cuidado e refletir possibilidades de novos avanços para cobertura do NASF na AB no Brasil (BRASIL, 2011b).

Nem sempre os estudos trouxeram as limitações encontradas, mas estas são de extrema importância para melhor analisar os resultados encontrados e também contribuir para um melhor percurso e desenvolvimento de autores que desejem desenvolver trabalhos semelhantes.

Dos aspectos que puderam ser identificados em alguns estudos como limitações referentes ao estudo em si ou ao desenvolvimento da prática grupal, foram: rede de saúde fragilizada, padronização das medicações disponibilizadas pela AB, falta de apoio dos familiares e de disponibilidade da equipe para desenvolver atividades voltadas especificamente aos respectivos cuidadores, a baixa escolaridade dos participantes dos grupos, que demandam muito tempo para preenchimento dos instrumentos de avaliação, tamanho amostral reduzido, dificuldade de realizar avaliação antes e após a intervenção, ausência de grupo controle para comparação dos resultados e também a escassez de estudos semelhantes para finalidade comparativa.

Estudo qualitativo desenvolvido por Mazzuchello *et al.* (2014) com dez profissionais de enfermagem que atuam em grupos operativos terapêuticos em uma USF do município de Santa Catarina, pode identificar, através da análise das entrevistas semiestruturadas realizadas com os profissionais, algumas das dificuldades encontradas para o desenvolvimento dos grupos.

As dificuldades destacadas pelos profissionais no estudo de Mazzuchello *et al.* (2014) foram: trabalhar em um contexto onde prevalece ainda a supervalorização da prática assistencial curativista centrada no profissional de medicina, a baixa adesão da comunidade que ainda não compreende o grupo como importante oferta de cuidado, a falta de participação de todos os integrantes da equipe de saúde, insuficiência de recursos humanos e materiais, deficiências estruturais das unidades, sobrecarga de trabalho, dificuldades de acesso à unidade por parte dos usuários (sobretudo moradores da zona rural) e a falta de materiais, em

serviço, de apoio técnico pedagógico, para instrumentalizar a equipe e qualificar o trabalho grupal.

As principais limitações identificadas para realização desta revisão foram: a diversidade dos tipos de trabalhos quanto a sua natureza (quantitativos e qualitativos), as disparidades dos tamanhos amostrais e dos instrumentos de avaliação utilizados e também a ausência, em muitas vezes, de descrição da prática pedagógica adotada na condução dos grupos (mencionada em alguns estudos e em outros não). Essa diversidade foi contemplada na revisão na perspectiva de ampliar o número de estudos e de possibilidades de perspectivas e resultados encontrados.

Considerações finais

No presente estudo pode-se refletir acerca da importância das práticas grupais no cuidado a usuários que apresentam DM. Essas podem contribuir para o aumento do nível de conhecimento sobre a doença, possibilitando um espaço propício também para o fortalecimento de alguns princípios da AB, como produção de vínculo entre os profissionais de saúde, usuários e comunidade, empoderamento dos participantes e integralidade do cuidado. Além disso, o grupo propicia a troca de experiências entre os atores, contribui para motivar novas formas de enfrentamento da doença, consistindo, assim, em uma importante ferramenta terapêutica a ser utilizada.

A prática grupal mostra-se como espaço rico também para desenvolver a ES e trabalhar todas as dimensões do cuidado integral, como a promoção à saúde, demonstrando-se como uma prática que está em total consonância com o papel da AB.

Embora seja possível perceber muitas experiências grupais e uma vasta literatura sobre a temática, faz-se necessário um maior aprofundamento para ampliação do diálogo, desenvolvendo novos estudos que contribuam para a reflexão e efetiva utilização dessa estratégia de cuidado no âmbito da AB.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. P. de; SOARES, S. M. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, RJ, v.15, n. 1, p. 1123-32, 2010. Disponível em < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v15s1/020.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2016.

ALMEIDA, S. P. **A vivência no grupo**: a experiência para as pessoas diabéticas. 2006. 161f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais- EEUFMG, Belo Horizonte, 2006.

BAQUERO, R. V. A. A situação das américas: democracia, capital social e empoderamento. *Revista Debates*, Porto Alegre, RS, v.6, n.1, p. 173-87, jan/abr. 2012. Disponível em < <http://seer.ufrgs.br/index.php/debates/article/view/26722/17099>>. Acesso em: 01 mar. 2017.

BERSTEIN, M. Contribuições de Pichon-Rivière à psicoterapia de grupo. In: Osório LC. *Grupoterapia hoje*. Porto Alegre: Artmed, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica, n.16) [versão online].

_____. *Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica, n.36) [versão online].

_____. *Hipertensão arterial sistêmica – HAS e Diabetes mellitus – DM PROTOCOLO*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001 (Cadernos de Atenção Básica, n.7) [versão online].

_____. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Brasília: Ministério da Saúde, v.I, 2014a. (Cadernos de Atenção Básica, n.39) [versão online].

_____. *Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b (Cadernos de Atenção Básica, n.34) [versão online].

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa. Caderno de Educação Popular em Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, v.II, 2014b [versão online].

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Educação Permanente. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. (Cadernos de Atenção Básica, Programa Saúde da Família, n. 3) [versão online].

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011 – 2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a [versão online].

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a [versão online].

_____. Política Nacional de Educação Popular em Saúde (EPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012b [versão online].

_____. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. (Cadernos HumanizaSUS, v.2) [versão online].

_____. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. **Portarias do Ministério da Saúde**. Brasília, DF, março, 2006b. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

_____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Portarias do Ministério da Saúde. Brasília, DF, dezembro, 2010b. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Portarias do Ministério da Saúde**. Brasília, DF, outubro, 2011b. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

_____. Procedimentos hospitalares do Sus - por local de internação – Brasil. Datasus – tabnet. Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>>. Acesso em: 11 fev. 2017.

_____. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal - Unidade Geográfica. Ministério da Saúde, 2016b. Departamento de Atenção Básica. Disponível em http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 2 fev. 2017.

_____. Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Ministério da Saúde. 2014c. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES, J. F. Neto. Doenças crônicas não transmissíveis: fatores de risco e repercussão na qualidade de vida. Rev. Baiana Saúde Pública, Salvador, BA, v. 33, n. 4, p. 561-81, out/dez 2009. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2009/v33n4/a006.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

COSTA, D. V. P. **Empoderamento na educação em grupo de diabetes na Atenção Primária à Saúde**. 2014. 108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais- EEUFMG, Belo Horizonte, 2014.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em Saúde: o trabalho de grupos em Atenção Primária. Rev. APS, Juiz de Fora, MG, v.12, n. 2, p. 221-27, abr./jun. 2009. Disponível em <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/330/205>>. Acesso em: 10 jan 2017.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FURLAN, P. G. **Os Grupos na Atenção Básica à Saúde**: uma hermenêutica da prática clínica e da formação profissional. 2012. 236f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, 2012.

GRILLO, M. F.F. et al. Diabetes education in primary care: a randomized clinical trial. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, v.32, n.5, p. 1-9, mai. 2016. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n5/1678-4464-csp-32-05-e00097115.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2016.

International Diabetes Federation. Diabetes atlas. Bruxelas: International Diabetes Federation, 2015 [versão online]. Disponível em <<http://www.diabetesatlas.org/resources/2015-atlas.html>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

MAFFACCIOLLI, R.; LOPES, M. J. M. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. Ciência e Saúde Coletiva,

Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 1, p. 973-82, ? 2011. Disponível em <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63018473029.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2017.

MAIA, M. A. **Associação entre o tempo de contato na prática educativa e seu impacto no conhecimento, atitude e autocuidado em diabetes mellitus**. 2015. 151f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais- EEUFMG, Belo Horizonte, 2015.

MALDANER et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre, RS, v. 29, n. 4, p. 647-53, ? 2008. Disponível em <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7638/4693>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

MAZZUCHELLO, F. R. A atuação dos enfermeiros nos grupos operativos terapêuticos na Estratégia Saúde da Família. Mundo da Saúde, São Paulo, SP, v. 38, n. 4, p. 462-72, ? 2014. Disponível em< http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/155566/A11.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2017.

MENDES, T. A. B. et al. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, v. 27, n. 6, p. 1233-43, jun 2011. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/20.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2016.

MENEZES, K. P. de; AVELINO, P. R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, RJ, v. 24, n.1, p. 124-30, ? 2016. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n1/1414-462X-cadsc-24-1-124.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

MUNARI, D. B.; LUCHESE, R.; MEDEIROS, M. Reflexões sobre o uso de atividades grupais na atenção à portadores de doenças crônicas. Cienc Cuid Saude Maringá, PR, v. 8, p. 148-54, ? 2009. Disponível em<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9742/5545>>. Acesso em 16 ago. 2016.

OLIVEIRA, N. F. et al. Fatores terapêuticos em grupo de diabéticos. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, SP, v. 43, n.3, p. 558-65, ? 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a09v43n3.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. *O Mundo Da Saúde*, São Paulo, SP, v. 31, n. 3, p. 320-8, jul/set. 2007. Disponível em < http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/55/02_restrospectiva_historica.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2017.

PEREIRA, D. A. et al. Efeito de intervenção educativa sobre o conhecimento da doença em pacientes com diabetes mellitus. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, SP, v. 20, n. 3, p. 1-8, maio-jun. 2012. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a08v20n3.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2016.

RASERA, E. F.; ROCHA, R. M. G. Sentidos sobre a prática grupal no contexto da Saúde Pública. *Psicologia em Estudo*, Maringá, PR, v. 15, n. 1, p. 35-44, jan./mar 2010. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n1/a05v15n1.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

RÊGO, M. A. B. Educação para saúde como estratégia de intervenção de enfermagem junto às pessoas portadoras de diabetes. *Revista Eletrônica de Enfermagem [Internte]*, v. 10, n. 1, p. 263-5, ? 2008. Disponível em < https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a30.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2016.

REIS, T. C. et al. Educação em saúde: aspectos históricos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, RJ, v. 21, n. 1, p. 200-6, jan-fev. 2005. Disponível em < http://www.ufrgs.br/cuidadocomapele/arquivos/textos_para_leitura/educacao_em_saude/Educacao_em_saude_conhecimentos.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2017.

SILVA, T. R. et al. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma unidade básica de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, SP, v.15, n.3, p.180-9, set-dez 2006. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n3/15.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2016.

TORRES, H. C. et al. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, SP, v. 45, n. 5, p. 1077-82, ? 2011. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a07.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

TORRES, H. C. et al. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, SP, v. 43, n. 2, p. 291-8, ? 2009. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n2/05.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999 [versão online]. Disponível em < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66040/1/WHO_NCD_NCS_99.2.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diabetes country profiles 2016. Geneva: WHO, 2016a [versão online]. Disponível em < http://www.who.int/diabetes/country-profiles/bra_es.pdf?ua=1>. Acesso em: 15 jan. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Fact sheet. Geneva: WHO, 2016b [versão online]. Disponível em < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>>. Acesso em: 15 jan. de 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global report on diabetes. Geneva: WHO, 2016c [versão online]. Disponível em < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204874/1/WHO_NMH_NVI_16.3_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 15 jan. 2017.

ZANELLA, A. V.; PEREIRA, R. S. Constituir-se enquanto grupo: a ação de sujeitos na produção do coletivo. Estudos de Psicologia, ?, v. 6, n. 1, p. 105-14, ? 2001. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v6n1/5337.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

APÊNDICE

Quadro 1 - Principais estudos envolvendo práticas grupais utilizados nesta revisão narrativa.

Autor (es) / Ano	Local	Objetivo do estudo	Amostra	Tipo de avaliação	Principais achados
Almeida (2006)	Belo Horizonte (MG)	Compreender o significado da vivência no grupo para as pessoas com diabetes.	(N) amostral: 13 Características: Pacientes com Diabetes Mellitus que frequentavam grupo específico em uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte.	Observação participante e entrevista etnográfica preconizadas por Leininger (1998).	A partir dos núcleos temáticos identificados, pode-se perceber que o grupo para os participantes possibilitou criação de novos laços afetivos e rede de apoio, aumentou aceitação e nível de conhecimento sobre a doença e seu manejo, contribuindo também para aprenderem novas formas de se comportar frente a doença e ampliar a gestão do autocuidado e automonitoramento.
Torres <i>et al.</i> (2009)	Belo Horizonte (MG)	Comparar a efetividade de estratégias, em grupo e individual, de programa educativo em diabetes.	(N) amostral: 104, subdivididos em dois grupos: educação individual (n =54) e educação em grupo (n = 50) Características: Pacientes com diabetes atendidos no ambulatório e com seguimento em programa educativo de um hospital em Belo Horizonte (MG)	Questionários específicos que avaliaram conhecimentos em diabetes, atitudes psicológicas, mudança de comportamento e qualidade de vida. Avaliação clínica no tempo inicial, depois de três e seis meses da intervenção.	As atitudes psicológicas, mudança de comportamento e qualidade de vida mostraram-se semelhantes em ambos os grupos. Observou-se redução nos níveis de HbA1c nos dois grupos, entretanto apenas no de educação em grupo a diferença apresentou significância estatística (p= 0,012).

Silva <i>et al.</i> (2006)	São Paulo (SP)	Realizar uma proposta de intervenção que alterasse o seguimento de pessoas com hipertensão e diabetes, baseada em estratégias de ações educativas e terapêuticas, com o objetivo principal de melhorar os índices de pressão arterial e do nível sérico de glicose.	(N) amostral: 175 Subdivididos em hipertensos (n = 114), diabéticos (n = 6) e diabéticos hipertensos (n = 55)	Comparação dos níveis pressóricos e glicêmicos antes e após a intervenção, que foi realizada num período de 30 meses.	<p>27% dos pacientes tinham pressão normal e limítrofe e 45%, moderada e grave. Após a intervenção, 53% tinham pressão normal e limítrofe e 19%, moderada e grave, caracterizando uma redução de hipertensão moderada e grave relativa de 42% e absoluta de 26%.</p> <p>Inicialmente, 42% dos pacientes apresentavam glicemia até 140mg/dL e 32%, acima de 200mg/dL. Após a intervenção, 75% apresentaram glicemia abaixo de 140 mg/ dL e 10%, acima de 200mg/dL, caracterizando uma melhora absoluta de 33% dos níveis inferiores e redução absoluta de 22% dos níveis superiores.</p>
Grillo <i>et al.</i> (2016)	Porto Alegre (RS)	Avaliar efeito de uma educação grupal estruturada por uma enfermeira da Atenção Primária com pacientes com DM tipo 2.	(N) amostral: 127 pessoas sendo 67 pertencentes ao grupo intervenção e 60 ao grupo controle.	Avaliação do nível de angústia, com relação à doença, nível de conhecimento e elementos relacionados ao controle metabólico do DM de participantes de grupo educativo estruturado, comparando-os com resultados encontrados de usuários do serviço, que tinham DM e não faziam parte do grupo.	O nível de aflição e angústia, bem como o nível de conhecimento sobre a doença melhora, após a intervenção; níveis de pressão arterial, HbA1C, Índice de Massa corporal e nível de atividade física não diferem estatisticamente entre os grupos ao final do estudo; há um aumento da HbA1C, havendo um aumento menor no grupo intervenção (7% contra 10% no grupo controle), porém sem diferença estatisticamente significante.
Almeida e Soares (2010)	Belo Horizonte (MG)	Fazer reflexões a aprendizagem em grupo vivenciada pela pessoa que possui diabetes, utilizando o referencial de	(N) amostral: 13 pessoas com diabetes, participantes de um grupo em UBS de Belo Horizonte.	Estudo etnográfico baseado na análise das falas em entrevistas semi-estruturadas e análise documental dos registros da atividade de campo.	Com as análises realizadas, pode-se identificar que existe dificuldade dos participantes no manejo da doença, sobretudo no aspecto da alimentação; houve reconhecimento dos participantes do grupo como espaço de aprendizagem, sendo esta motivadora para permanência no grupo, compreensão de que a manifestação do adoecer se dá de forma individual,

		<i>Pichon Rivière.</i>			além de percebê-lo como um espaço também de relaxamento e descontração. Além disso, as reflexões advindas da experiência em grupo auxiliaram para que as pessoas pudessem enfrentar a doença sob nova perspectiva, através da troca de experiências, sendo que a dimensão de cuidado esperada pode ser alcançada.
Pereira <i>et al.</i> (2012)	Local não especificado pela autora.	Avaliar o efeito de ação educativa sobre o conhecimento da doença em pacientes portadores de diabetes tipo 2.	(N) amostral: 62, subdividido em dois grupos: Grupo intervenção – atividades educativas na metodologia problematizadora (n = 28) / Grupo controle (n = 34) não participou de nenhuma atividade educativa em grupo. Características: Pacientes com hipertensão e diabetes cadastrados e acompanhados em serviço de referência para tratamento HAS, que não faziam uso de insulina, não participavam de outro projeto de pesquisa e que tinham disponibilidade econômica e física para participar do estudo.	Ensaio clínico randomizado com pacientes com diabetes, no qual foi avaliado o nível de conhecimento inicial e pós intervenção educativa no grupo controle e no grupo que participou das atividades, chamado de grupo intervenção (GI). Duração do grupo foi de 6 meses.	Comparando o tempo inicial e final, o nível de conhecimento sobre DM foi maior em todos os eixos para o GI e maior na maioria dos eixos no GC. Comparando o nível de conhecimento entre os grupos, ao final do estudo, percebeu-se um conhecimento significativamente maior no GI ($p < 0,05$).

Costa (2014)	Belo Horizonte (MG)	Avaliar os efeitos da educação em grupo no nível de empoderamento de usuários com Diabetes Mellitus Tipo 2 e a associação do empoderamento com glicohemoglobina e variáveis sócio demográficas.	<p>(N) amostral: 190 Subdividido em grupo controle – recebeu cartilha informativa, mas não participou de nenhuma atividade em grupo, (n = 113) e grupo intervenção (n = 77), que participou de encontros educativos segundo metodologia problematizadora de Paulo Freire.</p> <p>Características: Pacientes DM2, ambos os sexos, acompanhados em UBS, sem complicações crônicas que aceitaram participar do estudo.</p>	Estudo do tipo cluster aleatorizado realizado em oito Unidades Básicas de Saúde, nas quais foram incluídos usuários com DM do tipo 2 para participação do estudo. Aqueles sorteados para o grupo de intervenção participaram de atividades educativas metodologia de Paulo Freire e os sorteados para grupo controle receberam cartilha informativa. Foram avaliados o nível de empoderamento e autogerenciamento no DM segundo instrumentos específicos (respectivamente o DES e o ESM).	Os usuários do Grupo Intervenção apresentaram melhores escores de empoderamento e autocuidado em comparação aos do Grupo Controle. Dentro do Grupo Intervenção os usuários do sexo Feminino, os inativos e os alfabetizados estão mais empoderados, com $p < 0,05$.
Torres, Pereira e Alexandre (2011)	Belo Horizonte (MG)	Avaliar as ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados, associadas à dieta, atividade física e ao controle glicêmico dos indivíduos com Diabetes Mellitus tipo 2 em	<p>(N) amostral: 27</p> <p>Características: indivíduos com DM tipo 2, de ambos os sexos, em seguimento ambulatorial em Hospital Escola de Belo Horizonte.</p>	Estudo observacional com pacientes com diabetes participantes de atividade educativa proposta pelos autores, sendo avaliado, no início e no fim do estudo, o nível de autogerenciamento da doença e parâmetros clínicos (IMC e HbA1C).	Não houve alteração estatisticamente significativa da hemoglobina glicada e dos resultados do questionário de autocuidado com o diabetes ($p > 0,05$), mas houve uma redução da hemoglobina glicada (diminuição de 0,4% no valor médio da amostra).

		seguimento no Programa Educativo do Hospital/Escola de Belo Horizonte, MG.			
Maia (2015)	Belo Horizonte (MG)	Verificar a associação entre o tempo de contato na prática educativa e os níveis de conhecimento, atitude psicológica e autocuidado em Diabetes Mellitus.	(N) amostral: 151 Características: Usuários de unidades de saúde da família que apresentavam DM e foram inseridos em Programa Educativo de DM proposto pela autora.	Estudo longitudinal de base quantitativa, no qual, avaliou-se o nível de conhecimento, atitude psicológica e gestão de autocuidado em diabetes no período inicial e pós intervenção grupal.	Os níveis de conhecimento sobre a doença e autogerenciamento demonstraram aumento significativo ao final da intervenção, enquanto que a avaliação da atitude psicológica obteve resultados estatisticamente inferiores ao momento inicial. Tanto para o conhecimento quanto para a atitude psicológica, não foi possível identificar um valor para o tempo de contato a partir do qual pudessem ser observadas mudanças nos níveis médios dos escores. Já para os escores de autocuidado, a diferença no nível médio dos usuários que participaram da prática educativa por 8 horas ou mais foi estatisticamente maior do que a diferença no nível médio daqueles que participaram por menos de 8 horas.
Oliveira <i>et al.</i> (2009)	Goiânia (GO)	Avaliar os efeitos terapêuticos presentes nos relatos dos participantes de um grupo voltado a pessoas com diabetes.	(N) amostral: 7 Características: pacientes com diabetes e história prévia de dificuldade com relação ao autocuidado.	Estudo exploratório do tipo avaliativo, em que foi realizada entrevista semiestruturada a pessoas com diabetes participantes de um grupo. Procurou-se analisar as falas dos sujeitos, após sua participação no grupo e identificar nelas presença de elementos considerados terapêuticos.	Identificação de fatores terapêuticos no grupo pelos participantes, com maior expressão (%) nos aspectos: “oferecimento de informações” (100%), “coesão” (100%), “universalidade” (86%) e aprendizagem interpessoal (57%), evidenciando um efeito benéfico da interação entre os participantes do grupo.
Rêgo, Nakatani e Bachion (2006)	Nova Aurora (GO)	Avaliar uma proposta de educação para a saúde junto às pessoas que	(N) amostral: 19 Características: pessoas que apresentam DM,	Pesquisa avaliativa processual, com abordagem qualitativa, na qual buscou avaliar elementos trazidos nas falas dos participantes	Foram observados no estudo, que os participantes ampliaram sua capacidade de refletir sobre seus próprios atos, procurando as causas dos mesmos e começando a ver soluções antes não percebidas, sendo o grupo um espaço de facilitação para o

		apresentam diabetes, utilizando uma aproximação entre os pressupostos da metodologia da problematização e o referencial teórico da educação libertadora de Freire.	moradoras do município em que foi realizado o estudo, que aceitaram participar da atividade grupal proposta.	na atividade grupal desenvolvida no estudo.	indivíduo com DM aderir novos hábitos de vida e desenvolver atitudes de autocuidado.
--	--	--	--	---	--