UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

VERÔNICA DE PÁDUA MELLO

CAMINHOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA:
PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DO GRUPO DO PARQUE

SÃO PAULO
2015

VERÔNICA DE PÁDUA MELLO

CAMINHOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA:
PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DO GRUPO DO PARQUE

Versão corrigida da Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Atenção Primária em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr^a. Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

São Paulo
2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Mello, Verônica de Pádua

Caminhos da educação em saúde na atenção básica: proposta de reorganização do grupo do parque / Verônica de Pádua Mello. São Paulo, 2015.

90 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli

Área de concentração: Cuidado em Atenção Primária em Saúde

1. Atenção primária à saúde. 2. Educação em saúde.
3. Hipertensão. 4. Diabetes mellitus. 5. Promoção da saúde.
I. Título.

Nome: Verônica de Pádua Mello

Título: Caminhos da Educação em Saúde na Atenção Básica: proposta de reorganização do Grupo do Parque.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico esse trabalho aos meus colegas da Atenção Primária em Saúde e aos usuários.

Agradecimentos

Agradeço imensamente a orientadora Prof.^a Dr^a. Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli, pela paciência e por ter enriquecido a minha vida profissional.

Agradeço a instituição por ter me possibilitado o estudo.

Agradeço a Equipe Bem te Vi, pelo entusiasmo e companheirismo durante os anos de trabalho, e que me fez ser uma enfermeira melhor.

Agradeço muito o meu namorado Fábio Romano, pelas palavras de apoio e por me orientar em tantos assuntos.

Agradeço a Juliana Grilo, nutricionista do NASF, pelo trabalho na ESF em conjunto. E por todo o seu entusiasmo.

Agradeço muito a minha família, Lucélia, Vanessa e Gláucio que me apoiaram nos momentos de dúvidas e me ajudaram a concretizar meu sonho.

“Cada um lê com os olhos que tem. E interpreta a partir de onde os pés pisam. Todo ponto de vista é a vista de um ponto. Para entender como alguém lê, é necessário saber como são seus olhos e qual é sua visão de mundo. Isso faz da leitura sempre uma releitura. A cabeça pensa a partir de onde os pés pisam – para compreender, é essencial conhecer o lugar social de quem olha. Vale dizer: como alguém vive, com quem convive, que experiências tem, em que trabalha, que desejos alimenta, como assume os dramas da vida e da morte e que esperanças o animam. Isso faz da compreensão sempre uma interpretação. Sendo assim, fica evidente que cada leitor é coautor. Porque cada um lê e relê com os olhos que tem. Porque compreende e interpreta a partir do mundo que habita” (Boff, 1997, pag. 15).

Mello VP. Caminhos da Educação em Saúde na Atenção Básica: proposta de reorganização do Grupo do Parque. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

Resumo

Introdução: Uma das estratégias de cuidado ao usuário com hipertensão sistêmica e diabetes mellitus é o grupo educativo. Ao participar dos grupos, a pessoa tem um espaço para expressar pensamentos, opiniões, pontos de vista, em um processo democrático e solidário de trocas de saberes e experiências. O grupo educativo também é recurso importante para a reflexão crítica das pessoas acerca das condições de vida e saúde que têm. O presente estudo teve o propósito de reolhar criticamente a prática de um grupo educativo na UBS Parque Novo Mundo II, na Zona Norte de São Paulo, com base no questionamento: Como organizar grupos educativos para o autocuidado das pessoas com doenças crônicas, na Atenção Básica?

Objetivo: Propor a reorganização do Grupo do Parque, tendo em vista o autocuidado apoiado na DM e HAS.

Desenvolvimento do projeto (Método): estudo de pesquisa aplicada para aprimoramento das atividades educativas na UBS Parque Novo Mundo II.

Proposta de intervenção (Resultados): da revisão da literatura sobre a temática resultou o substrato teórico para a reorganização do grupo. Com isso, reconheceu-se a necessidade de estratificar os usuários segundo o risco de complicação. A estratificação contribui para a melhoria na assistência e na organização do processo de trabalho, pois ao invés de dar a mesma atenção a todos os usuários com as condições crônicas é possível o planejamento da assistência, segundo a gravidade de cada um. Para efetuar a estratificação, usou-se a informação sobre 13 fatores de complicação: tabagismo, uso de álcool, medicação, atividade física, dieta, pressão arterial, hemoglobina glicada, circunferência abdominal. Os cálculos cruzados dos dados sobre esses fatores, com auxílio de uma planilha elaborada em MS Excell, permitiram a classificação em três níveis de risco: baixo, médio e alto. De acordo com o nível, o fluxo de atendimento proposto prevê consultas, visitas domiciliares e grupo educativo, em periodicidades e com objetivos distintos. Para a reorganização do Grupo do Parque, levaram-se em conta as características dos grupos operativos como dinamicidade, reflexão, democracia e autonomia, a fim de fomentar mudanças de comportamento, por meio da empatia e alteridade entre os participantes. O intuito era o autocuidado acompanhado como forma de cuidado da equipe de saúde da família para as pessoas com doenças crônicas, com vistas à que sejam agentes sociais produtores da saúde. Propôs-se a reorganização do Grupo, com nove encontros quinzenais e dois para monitoramento e apoio, no 3º e 6º mês após o último encontro quinzenal. Com isso, o Grupo proposto tem, no total, 11 encontros.

Palavras chaves: atenção primária à saúde, educação em saúde, hipertensão, diabetes mellitus tipo 2, comportamentos saudáveis, promoção da saúde.

Mello VP. Pathways for the Health Education in Primary care: proposals for a reorganization of the Group of the Park. Sao Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2015.

Abstract

Introduction: The educative groups are a strategy for the care of those with systemic hypertension and diabetes mellitus. With the participation in these type of groups, the users have the opportunity to express thoughts, opinions, views in a democratic and supportive sharing process of knowledge and experiences. The educative group is also an important resource for the critical reflection of people about their living conditions and health. This study aimed to critically review the practice of an educative group at UBS Parque Novo Mundo II, in the north region of São Paulo, based on the question: How to organize educative groups focused on the self-care of those with chronic diseases at the Primary Care? **Objective:** To propose the reorganization of the Group of the Park focused on self-care for those with diabetes and hypertension. **Development of the project (method):** Applied research for the improvement of the educative activities at the UBS Parque Novo Mundo II. **Intervention proposal (Results):** the literature review on the topic built the theoretical basis for the group's reorganization. Thus, it was recognized the need to stratify users according to their risk of complication. The stratification helps to improve the care and the organization of the work process, because instead of giving equal attention to all patients with chronic conditions it is possible to personalize the care according to the severity of each one. For the stratification we used the information about 13 complicating factors: smoking, use of alcohol, medication, physical activity, diet, blood pressure, glycated hemoglobin, waist circumference. The values for these factors were crossed through sheets of the MS Excell. The stratification was done through a scale of risk with three levels: low, medium and high. According to the level, we proposed different settings of consultations, home visits and educative groups. The reorganization of the Group of the Park took into account the characteristics of the operative groups as dynamics, reflection, democracy and autonomy in order to promote behavioral change, through empathy and alterity among the participants. The reorganization of the group was based on the self-care as a type of care of the family health team care for those with chronic diseases, in order to make of each one the producer of his/her own health. We proposed the reorganization of the Group, with nine fortnightly meetings and two meetings for monitoring and support, on the 3rd and 6th month after the last meeting fortnightly. Thus, the Group totalized 11 meetings.

Key words: primary health care, health education, hypertension, type 2 diabetes mellitus, health behaviors, health promotion.

Lista de Quadros

Quadro 1 – Quadro de Pontos para a Estratificação de Risco dos portadores de HAS e DM, segundo fatores de risco	56
Quadro 2 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos).	57
Quadro 3 – Estratificação de acordo com risco	58
Quadro 4 – Identificação de pontos a serem modificados	61
Quadro 5 – Organização do serviço semanal. Unidade Básica de Saúde – Diretrizes Operacionais, 2015	62

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Pirâmide populacional da área adscrita à equipe Bem te Vi da UBS Parque Novo Mundo 2 , jan-jul de 2014.	29
Gráfico 2 – Distribuição de doenças referidas ou diagnosticadas na área adscrita à equipe Bem te Vi da UBS Parque Novo Mundo 2, jan-jul de 2014	29
Gráfico 3 – Distribuição de pessoas da área da equipe Bem te Vi por micro área, e ocorrência de HAS, DM e HAS+DM, de jan-jul de 2014.	30
Gráfico 4 – Perfil dos portadores de HAS e DM da área da equipe Bem te Vi, de jan-jul de 2014.	31

Sumário

Apresentação: Descrição da Situação-Problema	13
1 - Introdução	19
2- Problema de estudo e objetivos	22
3 – Desenvolvimento do Projeto	24
4- Contexto e Captação da Realidade	27
5 - Proposta de Intervenção: Reorganização do Grupo do Parque	33
5. 1– Revisão da Literatura: substrato teórico para a reorganização do Grupo do Parque	34
5.1.1 Educação em Saúde	34
5.1.2 Grupos Educativos	37
5.1.3 Autocuidado apoiado	41
5.1.4 Atenção Básica	46
5.1.5 Estratégia Saúde da Família	50
5.1.6 Condições Crônicas	52
5.2 – Reorganização do Grupo do Parque: aspectos operacionais	54
5.2.1 Planilha de 13 pontos para Estratificação de Risco nas Condições Crônicas.....	54
5.2.2 Grupo do Parque: A proposta reorganizada	59
5.2.2.1 Roteiro do Grupo do Parque Reorganizado.....	63
Considerações Finais	72
Anexo	74
Referências	85

Apresentação: Descrição da Situação-Problema

Apresentação: Descrição da Situação-Problema

Nessa apresentação explico o que me motivou a propor o presente estudo no Mestrado Profissional (MP), incluindo um relato da experiência do grupo educativo que foi objeto desse trabalho. Sou formada em Enfermagem desde 2006, e atuo na Atenção Básica. Grande parte das minhas atividades está relacionada com grupos educativos em saúde, ou pelo menos, é aquilo com que mais me preocupo em utilizar e aprimorar em minhas habilidades e competências, por acreditar que são instrumentos importantes de transformação dos envolvidos.

Quando o tema é educação em saúde, muitas vertentes podem ser retratadas. Tais vertentes incluem o contexto em que está situada, o conceito de saúde-doença que está em foco, o objetivo e a finalidade de cada ação educativa. Contudo, ao aproximar educação em saúde e mudança de comportamento, o percurso alinhavado pode ser a problematização do que vivemos para que haja transformação.

Ao adentrar um serviço de saúde, seja este hospitalar, ambulatorial ou em unidade básica de saúde, iremos ter de alguma forma uma experiência de educação em saúde. Por exemplo, ao ter alta hospitalar, certamente, recebemos as orientações do cuidado a ser seguido, ou quando estamos em uma sala de espera de uma unidade de saúde, iremos ver um profissional da saúde explicar sobre determinado assunto. No entanto, quando a educação em saúde almeja a mudança de comportamento, a dinâmica entre os envolvidos pode ser ativa, crítica e valorizar a troca de conhecimentos.

Ao longo da minha experiência profissional, elaborei diversos grupos com diferentes formatos, mas sempre inquietava-me saber se estava correta ao adotar determinadas atitudes diante da educação em saúde. Essa inquietação aumentava quando percebia o desafio da adesão e mudança de comportamento vivido pelos usuários com doenças crônicas.

Com isso em mente, sempre preocupava com como organizar grupos que valorizassem a troca de conhecimentos e experiência entre os participantes. Assim, ao desenhar um grupo, era como se eu pegasse uma mala e visse o que havia dentro, para conseguir utilizar no sentido de alcançar o desejado. Claro que o conteúdo da

mala não consistia somente na formação teórica em enfermagem, mas incluía outras leituras e vivências de outros âmbitos da minha vida.

Em meados de setembro de 2013, com o início das aulas do MP, pensei novamente sobre a organização dos grupos educativos em saúde que organizava, pois tinha diversas indagações sobre sua estruturação, uma vez que a criação do grupo e a estrutura eram definidas a partir da discussão entre os profissionais envolvidos e organizada a partir de sua experiência prévia, daquilo que já conhecíamos e acreditávamos ser adequado para o contexto, sem incorporar as melhores ferramentas disponíveis na literatura especializada.

A escolha do modo de agirmos decorre predominantemente das numerosas e variadas demandas surgidas ao longo do trabalho na Estratégia Saúde Família (ESF), que tem como prioridade o monitoramento e controle das doenças crônicas. O grupo educativo revisitado nesse estudo foi uma das estratégias adotadas no intuito de provocar mudanças de comportamentos para os usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM).

Esse grupo educativo era realizado em parque público próximo a Unidade Básica de Saúde (UBS), da periferia de São Paulo, onde trabalhei por três anos. Escolheu-se o parque para a realização do grupo porque, ao ser feito dentro da unidade, as discussões eram comprometidas pela constante interrupção para que fosse feito o atendimento de demandas não programadas. Mas o principal motivo dessa escolha era acreditar que a realização em um parque possibilitaria o enfoque centrado em atividades físicas e contemplativas que levassem as pessoas a pensar na saúde.

Após estabelecermos o local, elaboramos o cronograma de atividades e ações. Houve ênfase na questão do cronograma, pois facilmente se interrompem as atividades de grupo, devido à falta de adesão dos usuários ou às diversas demandas do trabalho na UBS. No excesso de demandas, a primeira providência é cancelar atividades com pouca adesão dos usuários. Porém, no meu ponto de vista, isso proporcionava a falta de comprometimento dos profissionais com o grupo. Para evitar que isso acontecesse, definimos como meta e compromisso que, independente do que viesse a ocorrer, os profissionais envolvidos manteriam o grupo na programação da UBS, mesmo que houvesse a participação de somente um usuário. Parece ser

radical essa posição, mas foi a estratégia de enfrentamento que traçamos para o desafio de conseguir a adesão dos usuários ao grupo e preservar lugar nas atividades da UBS para a educação em saúde.

Consideramos um grupo com seis encontros quinzenais, com duração de uma hora, e a participação de, no máximo, dez usuários. Também, optamos na reunião de equipe por abordar temas relacionados a qualidade de vida e as mudanças de comportamentos. Inicialmente, os profissionais que participaram do grupo eram uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, um agente comunitário de saúde (ACS) e uma nutricionista do Núcleo de apoio a Saúde da Família (NASF).

Os usuários seriam convidados nas consultas médicas, de enfermagem, pelos ACS e ao se identificar na checagem dos exames laboratoriais resultados alterados para perfil lipídico e nível de glicemia.

O foco do grupo seria a problematização de hábitos de vida e como estabelecer mudanças a fim de fortalecer a saúde, com uso de dinâmicas vivenciais, por exemplo: escrever uma carta para si mesmo com as metas definidas ou como deseja estar dentro de seis meses, que seria enviada após decorrido tempo estipulado. Para a organização dos relatos de mudanças e das experiências elaborou-se um diário do grupo em que se registravam as reuniões, pois se fosse registrado somente no prontuário, não seria possível anotar as discussões, metas e propostas em um único documento. Para acompanhar as dimensões subjetivas da percepção de qualidade de vida seria aplicado o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde da versão abreviada (WHOQOL bref). E para acompanhar os índices físicos seriam utilizadas a curva de pressão arterial, os exames laboratoriais para perfil lipídico e glicêmico e a circunferência abdominal.

Ao longo da intervenção, a estrutura dos encontros foi se moldando às experiências e atividades propostas pelos participantes do grupo. Lançamos atividades manuais: cozinhar, a reciclagem do óleo de cozinha pela fabricação de sabão, e a revitalização de praças. O objetivo era de quebrar a rotina diária dos participantes, favorecer a atividade física e mudanças internas a partir da reorganização do ambiente externo e da relação dos moradores com o meio ambiente.

A atividade culinária era uma oficina para o preparo de pratos saudáveis, com degustação. A nutricionista coordenava o encontro que acontecia na cozinha de um dos participantes. Os alimentos eram fornecidos com recursos da enfermeira e nutricionista.

A alternância entre reuniões de discussão e de atividades manuais propiciava a participação de diferentes públicos nos encontros do grupo, segundo os interesses e as aptidões pessoais.

As atividades relacionadas ao meio ambiente propiciavam a integração do grupo com o Programa Áreas Verdes e Saudáveis (PAVS), no qual a enfermeira do grupo participava como representante da saúde. As atividades de reciclagem de óleo e revitalização de praça também faziam parte do PAVS e era uma estratégia de unir duas demandas de trabalho da UBS.

Outros profissionais, como psiquiatra, psicólogo e fisioterapeuta, eram convidados para os encontros quando os participantes do grupo lançavam discussões sobre temas que requeriam o esclarecimento desses profissionais. A articulação desses participantes ficava sob responsabilidade da equipe NASF.

No início, previu-se um grupo fechado com seis encontros, abordando temáticas pré-definidas pelos profissionais, mas que, de acordo com a necessidade dos usuários, seria reajustada para a inclusão de outros temas de interesse dos participantes. Porém, devido à participação de poucos usuários, o grupo abriu-se para toda a população portadora de HAS e DM. O grupo aberto apresentava a desvantagem de as ações serem descontínuas, pois, quando apareciam participantes novos, fazia-se necessário voltar a algumas atividades já realizadas. Isso desmotivava os participantes que acompanhavam o grupo desde o início e também os profissionais.

Até julho de 2014, o grupo acontecia às quartas-feiras, às oito horas. A partir de agosto, passaram a acontecer às 15 horas do mesmo dia da semana. Essa mudança de horário foi determinada pela disponibilidade da agenda da enfermeira e nutricionista e não por solicitação dos participantes, o que contribuiu para minhas inquietações.

Após praticamente um ano de existência, acredito que o grupo cumpria seu propósito de espaço para diálogos e atividades ao ar livre, mas faltava uma sistematização da ação com base em evidências e proposições teóricas.

Assim, nesse estudo do MP volto-me para alguns dos meus questionamentos e inquietações dessa experiência profissional: qual é a melhor forma de conduzir o grupo educativo para que se provoquem mudanças de estilo de vida? Quais meios e instrumentos disponíveis para realizá-lo? Que pressupostos da educação em saúde poderiam subsidiar tal intervenção da equipe?

1 - Introdução

1 – Introdução

O cuidado em saúde na Atenção Primária a Saúde (APS) utiliza-se de tecnologias leves como escuta, vínculo profissional-usuário e grupos educativos, objeto presente do estudo. Quando o profissional se encontra em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), a fim de dar conta dos atributos e funções da AB na efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), não pode perder de vista no cuidado ao usuário, as diretrizes das políticas públicas para esta porta de entrada da Rede de Saúde, pois é no encontro dos profissionais com usuários, em consultas e grupos, que as tecnologias leves se concretizam, se fortalecem e, ao mesmo tempo, se operacionalizam diretrizes e princípios do SUS.

A AB orienta-se pelos princípios e diretrizes da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Considera-se que é a principal porta de entrada dos usuários. Utiliza-se de tecnologias de cuidado variadas que auxiliam no lidar com as demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância no território, com base nos critérios de vulnerabilidade, risco e resiliência, tendo como imperativo ético o acolhimento à toda necessidade de saúde ou aos sofrimentos (Brasil, 2012).

Ao se falar sobre o cuidado, vale voltar-se para a origem dessa palavra. Cuidado provém do latim *cogitare*; pensar, cogitar, refletir, ponderar, meditar, conceber e preparar. *Cogitare* decompõe-se em *co+agitare*, e *agitare* é a insistência do *agere*, de agir (Faria, 1967). Assim o cuidado em saúde é refletir e ponderar acerca do que é ser saudável e agir segundo estas cogitações.

Ao compreender o cuidado como proposta de reflexão sobre o agir, no encontro profissional-usuário, é possível focar na transformação e o fortalecimento do indivíduo com vistas a uma vida saudável, por meio da construção corresponsável do autocuidado. No entanto, o contexto social em que vivemos favorece o desgaste da saúde, por isso, manter-se saudável requer reflexão, ação, empatia do indivíduo e apoio profissional para a constância, a resiliência e o autocuidado.

Resiliência refere-se ao fortalecimento grupal e individual decorrente da superação de adversidade, trazendo à luz transformações pessoais, individuais e sociais para o desenvolvimento saudável. A resiliência passa por processos psicológicos que possibilitam enfrentar e resolver situações de sofrimento (Yunes, 2012).

Um desses processos é a produção de sentido no intercâmbio sujeito e realidade. As pessoas constroem e buscam sentido para suas atividades e relacionamentos como forma de organizar suas percepções e experiências na instituição de sua visão de mundo (Cunha e Pezzato, 2012).

Uma das estratégias de cuidado ao usuário com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) utilizadas na AB é o grupo educativo. Segundo Osório (2003), o grupo é um conjunto de pessoas capazes de se reconhecerem em suas particularidades e que exercem uma ação compartilhada com temas em comum. Quando participa de um grupo, o indivíduo tem um espaço para expressar seus pensamentos, opiniões e pontos de vista. O trabalho em grupo nas comunidades é recurso importante para conscientização crítica dos indivíduos acerca das condições de vida e saúde. Nos grupos, emergem possibilidades de lidar com sofrimentos a partir do compartilhamento das experiências, pois juntos os participantes percebem que têm potencial para organizar e concretizar mudanças (Felipe, 2011).

Os grupos educativos em saúde são práticas que se fundamentam na interação e no diálogo, com a operação do caráter educativo bilateralmente, ou seja, profissionais e usuários aprendem e se educam, por meio do processo mútuo, democrático e solidário de troca de diferentes saberes (Silveira e Ribeiro, 2005).

Por meio de grupos de educação em saúde o enfermeiro possibilita que o usuário se responsabilize por seu autocuidado e contribua no processo terapêutico dos demais participantes. O propósito é o autocuidado apoiado, em que os profissionais e usuários são corresponsáveis pelo processo.

Desta forma, com o estudo proposto busco estratégias apropriadas para práticas de educação em saúde no contexto da APS, considerando-se o autocuidado apoiado, mudança de comportamentos e das pessoas com HAS e DM, a fim de reelhar e reelaborar uma das minhas experiências de grupo educativo.

2 - Problema de estudo e objetivos

2- Problema de estudo e objetivos

Considerando o pano de fundo tecido na apresentação, introdução e a natureza do MP, propõe-se o estudo de pesquisa aplicada que visa subsidiar o aprimoramento das atividades educativas na UBS Parque Novo Mundo II, a partir do problema de estudo e objetivos explicitados na sequência.

2.1 – Problema de estudo

No contexto da Atenção Básica, como organizar grupos educativos para o autocuidado das pessoas com doenças crônicas, como HAS e DM?

2.2 Objetivos

Propor a reorganização do Grupo do Parque, tendo em vista o autocuidado apoiado na DM e HAS.

3 - Desenvolvimento do Projeto

3 – Desenvolvimento do Projeto

A necessidade de resolver problemas concretos (reorganizar o Grupo do Parque), fez com que se optasse pela pesquisa aplicada (Tobar, Yalour 2001), cuja etapas estão representadas na figura 1. Em vista disso, empregamos também a pesquisa bibliográfica, segundo as considerações de Mendes *et al.* (2008) e de Tobar, Yalour (2001), que a propõem como o estudo sistematizado que inclui a análise de publicações, pesquisas e protocolos para apoiar a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica. As publicações podem ser de fontes primárias ou secundárias.

Na revisão de literatura foram incluídas publicações disponíveis na íntegra para acesso público pelo portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), desenvolvida pela BIREME (Centro Latino Americano de Informação em Ciência da Saúde), tendo como foco o desenvolvimento das ciências da saúde na América Latina e Caribe. A BVS congrega várias bases de dados, sendo acessível também pelo portal do Ministério da Saúde (MS).

Outra fonte de informações foram os Cadernos da AB, que são publicações elaboradas pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS. Os Cadernos têm como público alvo os profissionais de saúde, e é disponibilizado gratuitamente para acesso público na página da web do DAB(http://dab.saude.gov.br/caderno_ab.php). Os Cadernos auxiliam a implementação do modelo assistencial da AB e foram incluídos na revisão de literatura deste estudo, pois o propósito era de utilizar material acessível às equipes de APS.

O intuito da Revisão de Literatura não era desenvolver uma revisão sistemática, mas levantar publicações de interesse para o estudo. Em vista disso selecionou-se alguns descritores e palavras chaves: Atenção Primária à Saúde; Educação em saúde; Doenças crônicas; Comportamento Saudáveis; Promoção da Saúde; Grupo educativo; Grupo de Apoio; Autocuidado; Estilo de vida saudável; Condições Crônicas de Saúde.

Os descritores e palavras-chave foram associados em diferentes conjuntos com a expressão booleana AND para “pesquisa na BVS por palavras”. Priorizou-se as publicações da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) que é uma base com diferentes tipos de documentos: artigos, livros,

dissertações, teses, documentos governamentais. O propósito dessa escolha era incluir experiências de educação em saúde culturalmente mais próximas de nossa realidade.

Também se acessou o Portal de Inovação na Gestão do SUS, (<http://apsredes.org/site2013>), que é uma ferramenta de gestão do conhecimento desenvolvida pela Organização Pan Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde em parceria com o MS e que tem como colaboradores o Conselho Nacional de Saúde (CONASS) e a Agência Nacional de Saúde (ANS). Este é um espaço virtual onde são disseminadas informações e pesquisas a fim de se produzir evidência da boa gestão.

Figura 1 – Etapas para elaboração do roteiro do grupo educativo.

O estudo não envolveu sujeitos humanos, por isso, dispensa a apreciação do projeto por Comitê de Ética em Pesquisa.

4 - Contexto e Captação da Realidade

4- Contexto e Captação da Realidade

A UBS Parque Novo Mundo II localiza-se na Região Norte de São Paulo, sob coordenadoria da Subprefeitura Vila Maria.

A UBS possui em sua área de abrangência 23.000 pessoas. Desde 2001, conta com quatro equipes de ESF, cobrindo de cerca de 17.000 pessoas.

A equipe da UBS em cuja área acontece o Grupo do Parque, a equipe Bem te Vi, atende 1065 famílias. De acordo com os dados do Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB)¹ essas famílias têm a seguinte realidade sócio-sanitária: todas são atendidas pelos serviços públicos de coleta de lixo, sistema de esgoto, energia elétrica e abastecimento de água; em relação ao tratamento doméstico da água domiciliar, 33,62% das famílias usam a filtração e 66,2% não fazem qualquer tratamento antes do consumo; quanto à moradia, 99,91% moram em casa construída com tijolo/adobe, 98,5% é alfabetizada; 19% têm plano privado de saúde e 2,6% recebe Bolsa Família; em ambos os sexos predomina a população na faixa etária de 20 a 39 anos (gráfico 1).

Gráfico -1 Pirâmide populacional da área adscrita à equipe Bem te Vi da UBS Parque Novo Mundo 2 , jan-jul de 2014

¹O SIAB foi criado em 1998, com a implantação do PSF, a fim de dar suporte às decisões gerenciais, de planejamento e monitoramento de ações de saúde. Os dados são obtidos mensalmente pelos ACS, através das visitas domiciliares e com uso da Ficha A. Esta ficha confere sobre o cadastro da família, caracteriza a situação de moradia e saneamento, dados de naturalidade, sexo, idade, grau de escolaridade, ocupação, plano de saúde e doenças referidas. Em relação a HAS e DM, a equipe utiliza a ficha B para o acompanhamento, sendo o cadastro feito através das VD dos ACS, e dos apontamentos em reunião de equipe.

Nessa área, observa-se predomínio de HAS e DM entre as doenças referidas ou diagnosticadas (Gráfico 2), a despeito da população ser formada principalmente por pessoas entre 20 e 39 anos de idade.

Gráfico – 2 Distribuição de doenças referidas ou diagnosticadas na área adscrita à equipe Bem te Vi da UBS Parque Novo Mundo 2, jan-jul de 2014

São 521 pessoas portadoras de HAS e 189 com DM, o que equivale, respectivamente, a 21% e 7% da população adscrita com faixa etária acima de 15 anos. Apenas um indivíduo na faixa etária de 0-14 apresenta HAS. A faixa etária disponível no SIAB é uma limitação dessa avaliação, pois para o Sistema há apenas duas divisões no sistema: de 0 a 14 anos e 15 anos e mais.

A área da equipe compõe-se de seis micro áreas, cujo número de pessoas acometidas de HAS e DM encontra-se no gráfico 3 e figura 2.

Gráfico – 3 Distribuição de pessoas da área da equipe Bem te Vi por micro área, e ocorrência de HAS, DM e HAS+DM, de jan-jul de 2014.

Figura -2 Portadores de HAS, DM e HAS+DM

Em relação ao perfil dos usuários portadores de HAS e DM, através da ficha B, podemos verificar através do gráfico abaixo:

Gráfico – 4 Perfil dos portadores de HAS e DM da área da equipe Bem te Vi, de jan-jul de 2014.

O perfil retratado da área requer que a equipe tenha atividades de monitoramento, com ênfase no o acompanhamento, com consultas e atividades em grupo.

A discussão dos casos com HAS e DM nas reuniões da equipe enfoca principalmente a não adesão medicamentosa, o estilo de vida não saudável, e faltas às consultas agendadas. A equipe intervém junto aos faltosos com a remarcação das consultas e realização de visitas domiciliares. Também incentiva a participação no grupo educativo.

5 - Proposta de Intervenção: Reorganização do Grupo do Parque

5 – Proposta de Intervenção: Reorganização do Grupo do Parque

5. 1– Revisão da Literatura: substrato teórico para a reorganização do Grupo do Parque

5.1.1 Educação em Saúde

A educação em saúde é o campo de prática e conhecimento do setor da saúde que se ocupa em estabelecer vínculos entre a ação do serviço de saúde e o pensar a atuação no cotidiano das pessoas (Vasconcelos, 2012).

A educação em saúde, no Brasil, iniciou-se por volta da metade do século XIX com ações dirigidas às famílias da elite urbana, que objetivavam transformar o perfil sanitário desta classe social. O foco era modificar os costumes e urbanizar os hábitos da antiga família colonial, que havia se tornado uma instituição conjugal, nuclear, e que enfatizava o sentimento de privacidade (Costa, 1980; Vasconcelos, 2001 apud Silva et al 2012).

Para os escravos, trabalhadores e serviçais não havia uma intervenção sob a ótica da educação em saúde, mas a coerção policial. Não havia interesse ao Estado em mudar o padrão sanitário desta classe social, e assim, as intervenções neste sentido ocorriam apenas quando houvesse o risco de propagação de epidemias ou a sujeira de ruas e quintais fosse considerada uma ameaça à saúde da elite dominante. O Estado culpabilizava a população pobre como causa e existência das doenças que ameaçavam a elite. Mas, ao final do século XIX e início do século XX, devido às epidemias de febre amarela, varíola e peste bubônica, o Estado viu-se obrigado a realizar intervenções de educação em saúde também para as classes populares (Vasconcelos, 2001 apud Silvia et al 2012).

Assim, por várias décadas, a educação em saúde se apresentava como prática normalizadora, com vertente higienista e a finalidade de controlar e prevenir doenças, culpabilizando o indivíduo por sua condição de saúde. A concepção sobre a saúde estava atrelada ao controle de agentes biológicos causadores ou transmissores de doença (Rocha,Schall, Lemos, 2010).

Atualmente, a educação em saúde pode ter, pelo menos, três abordagens: a educação em saúde tradicional; da moderna saúde pública, e da saúde coletiva. Estas abordagens convivem no cotidiano da APS (Almeida, Trapé e Soares, 2013).

A educação em saúde tradicional iniciou-se em meados do século XIX. Conceituando saúde-doença a partir da lógica unicausal, objetiva a prevenção e o controle de doenças na população ou em um grupo suscetível a determinada doença por meio de folhetos e palestras (Almeida, Trapé e Soares, 2013).

A abordagem da educação em saúde da moderna saúde pública iniciou-se no final do século XIX. Conceitua saúde-doença com base na lógica multicausal e objetiva aprimorar a qualidade de vida das pessoas, porém sem modificar a estrutura da sociedade. Focaliza nos indivíduos pobres, doentes ou com maior risco de adoecer, tendo como instrumento os grupos educativos (Almeida, Trapé e Soares, 2013).

A educação em saúde sob a perspectiva da saúde coletiva baseia-se nas teorias críticas da educação, do final da década de 1970. Trata a saúde-doença a partir da ótica da determinação social, com o objetivo de instrumentalizar a população para participar das políticas públicas a fim de transformar os perfis epidemiológicos. Tem como instrumentos: grupos, dramatizações e oficinas (Almeida, Trapé e Soares, 2013).

Para que a educação em saúde não ocorra de forma vertical com a imposição dos saberes e práticas dos profissionais aos usuários, é preciso a construção conjunta, em que todos se apoderam da estratégia e traçam objetivos comuns, claros e conscientes. Para não negligenciar as necessidades reais e, também, para respeitar as características culturais dos usuários, é necessário ter clareza de que objetivos alcançar quando for delimitada a abordagem mais apropriada a cada situação. Para isso, é preciso, indagar se os objetivos são exclusivos do serviço de saúde ou compartilhados pelos usuários. Cercando a estratégia um percurso de discussão, acompanhado da contextualização consciente e clara das pessoas (Guazelli e Pereira, 2012).

A discussão acerca da temática saúde e suas percepções envolve inúmeros aspectos de interligação mutável e transitória. Canguilhem (2006), apud Guazelli e Pereira (2012), ressaltou que saúde e doença são conceitos construídos através de aspectos culturais, sociais e econômicos, e assim, são mutáveis, variáveis e carregados de subjetividade. A saúde se atrela à forma como as pessoas interagem com os eventos vividos, absorvendo valores ao longo da vida através de experiências afetivas, emocionais e respostas corporais, que resultam, por fim, na visão de mundo que têm.

O aspecto da subjetividade que permeia o processo de educação em saúde requer que o profissional lide com as histórias trazidas pelos usuários, extraindo destas as imagens e a simbologia que carregam, pois elas apresentam sinteticamente os dilemas, os aprendizados, os medos, as experiências e os anseios das pessoas. É percorrendo esse trajeto da subjetividade dos usuários, em um diálogo profundo com esses, que o profissional pode adentrar mais intimamente no processo de elaboração de sentido e mobilização interior na prontidão para mudanças (Vasconcelos, 2012).

A educação em saúde, no decorrer de suas atividades, tem de fazer a avaliação e a análise do processo educativo, a fim de assegurar o exercício crítico dos participantes, possibilitando opinar, atualizar, questionar e rever as ações (Guazelli e Pereira, 2012).

5.1.2 Grupos Educativos

A educação em saúde se aplica às situações que exigem participação ativa do sujeito na transformação de suas atitudes, conhecimentos e habilidades para lidar com os problemas de saúde (Telesaude,s.d). Desta forma, a educação em saúde tem de responder às necessidades expressas do indivíduo e também despertar o sentido de reflexão crítica e prontidão para mudança.

A atribuição de sentido – reforçando a citação na introdução desse trabalho – é uma necessidade imperativa para compreendermos e atuarmos no mundo em que vivemos, extraindo lições das experiências e investindo nos processos de conhecimento que, continuamente, são úteis para atuarmos apropriadamente e respondermos aos desafios da realidade (Cunha, Pezzato, 2012).

O homem é um ser social, gregário, ou seja, marcado pelo desejo de se inserir e se perceber pertencente a um grupo. Por isso, enfatiza a troca de informações, emoções na construção da singularidade (Abrahão, Freitas, 2009).

Os grupos são espaços propícios a essas trocas, pois é onde se desenvolve a escuta para as necessidades, problemas, vivências das pessoas, com a circulação da informação entre as experiências técnicas dos profissionais e a vivência dos participantes na busca conjunta de soluções (Mendes, 2012).

O grupo forma-se segundo determinado movimento, por isso, segue-se a série ou serialidade, isto é, a grupalidade vem depois da serialidade. Na serialidade, embora exista um objetivo comum, cada participante está centrado em suas próprias necessidades. Na grupalidade, as necessidades são comuns e as pessoas se articulam para alcançar a concretização destas (Mafficcioli, Lopes, 2011).

Há estudos sobre o tema desde os anos 20 do século XX; são estudos atrelados a uma perspectiva terapêutica, intervenção institucional e operativa. A década de 30 do século XX foi marcada pela contribuição de Kurt Lewin para o adensamento da produção no campo da psicologia social e sobre a dinâmica de grupos, que influenciou a vertente sociológica do movimento grupalista. Elton Mayo enfatizou estudos sobre o comportamento dos indivíduos em grupo e a sua dinâmica. Pichon-Rivière cunhou o conceito de grupo operativo, que representa um conjunto de pessoas focado em uma tarefa explícita (Abrahão, Freitas, 2009).

A partir disso, os grupos, de maneira geral, classificam-se em: operativos e psicoterapêuticos (Maffaccioli,Lopes, 2011).

O grupo psicoterapêutico originou-se nos Estados Unidos, em 1905, a partir da iniciativa do médico clínico geral Joseph H. Pratt. Ele reunia pessoas com tuberculose e que não possuíam recursos financeiros para arcar com os custos da internação, a fim de manter maior contato com esses pacientes. O propósito de Pratt era ensinar aos pacientes a melhor maneira de cuidarem de si mesmo e conviverem com a doença. Adotava no grupo técnicas que posteriormente foram consideradas como comportamentais: o diário e as tarefas a serem realizadas no domicílio. A oportunidade de as pessoas compartilharem as suas experiências semelhantes tinha efeito positivo, principalmente quando apresentavam relatos de melhora. Para Pratt os fatores terapêuticos eram: universalidade, aceitação e instilação da esperança (Bechelli, Santos, 2004).

Os grupos psicoterapêuticos desdobraram-se em diversos âmbitos de atuação. Em 1920, por exemplo, Lazel realizava grupos com esquizofrênicos em hospital, utilizando aulas nas quais abordava: medo da morte, conflito, amor-próprio em uma abordagem psicanalítica. Entre 1909 e 1912, Marsh, já havia adotado a intervenção em grupos para os pacientes psicóticos internados, com o objetivo de integrar mente, emoção e atividade motora às necessidades da realidade. Constatou-se que os pacientes que frequentavam o grupo se tornavam mais acessíveis ao tratamento individual (Bechelli, Santos, 2004).

Entre 1910 e 1914, Moreno formou grupos com crianças nos parques de Viena, com o objetivo de criar espaços de discussão e autoajuda. Percebeu, que tinha a espontaneidade uma importância significativa para o sucesso dos grupos, como parte fundamental do processo criativo e vitalizador da vida. Moreno acreditava que boa parte das psico e sociopatologias devia-se à falta da espontaneidade e representações poderiam ser terapêuticas, ou seja, poderiam propiciar que a vivência ativa e estruturada de situações psíquicas conflituosas. Em 1921, denominou tal intervenção “psicodrama” (Bechelli e Santos, 2004).

O grupo operativo idealizado por Enrique Pichon-Rivière em um Hospital Psiquiátrico na Argentina foi uma resposta à falta de enfermeiros. Ele organizou grupos nos quais as pessoas se apoiavam, os pacientes menos complicados ajudando os que estavam em pior condição. Os resultados dessa atividade no quadro clínico das pessoas foram positivos e significativos (Mendes, 2012).

O grupo operativo é um grupo de pessoas com objetivo comum que opera e se estrutura à medida em que se relaciona. (Fortuna CM et al, 2005). É espaço de tomada de consciência, de desalienação e transformação:

“ Pichón-Rivière vê o sujeito como emergente de uma complexa trama de vínculos e relações sociais: um sujeito de necessidades (sociais) e de vínculos (desejos). O vínculo é tomado como uma unidade básica de interação, e o grupo como uma trama vincular, sendo ambos (grupo e vínculo) o cenário e os instrumentos de resolução das necessidades, que, por sua vez, têm historicidade individual e social. ” (Pichón-Rivière, 2005 apud Batista e Vecchia, 2011, p. 381)

O propósito do grupo operativo é alcançar mudanças a partir da empatia e da alteridade entre os participantes. Um dos fatores que dificultam a execução da tarefa no grupo é a ansiedade decorrente da necessidade de mudança no padrão de funcionamento relacional ou cognitivo para a realização de uma atividade nova. A resistência à mudança decorre do medo da perda do estabelecido, mesmo que seja uma situação de problema ou incômoda (Batista e Vecchia, 2011).

Compreende-se a relação entre a realidade existente, a interpretação e o novo emergente. Assim, na medida em que aumenta a operatividade do grupo, diminuem os conflitos internos e o temor da mudança. Isto porque, ao mesmo tempo, a pessoa é transformada pelo grupo e assume o papel de agente de mudança social (Loureiro SAG, Gonçalves BD, Smigay KE, Afonso MLM, 2006).

O grupo operativo é uma modalidade de processo grupal que caracteriza por ser dinâmico, reflexivo e democrático. Por ser dinâmico, permite que a interação e a comunicação fluam, fomentando o pensamento crítico e criativo. Ao ser democrático, o grupo conduz autonomamente as ações e pensamentos, sendo uma das partes da tarefa a reflexão sobre fatores que a obstruem, no processo grupal de construção (Afonso, 2006).

O desempenho dos grupos operativos será melhor quanto maiores forem a heterogeneidade dos participantes e a homogeneidade da tarefa (Pessoa, 2008).

Sobre o planejamento de grupos operativos e das atividades educativas da ESF, Andrade et al, (2013), evidenciam o papel do enfermeiro na organização e planejamento e, também, discutem a participação do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) nessas ações. Ainda retratam as dificuldades para planejar e realizar atividades educativas, pontuando o comprometimento da equipe; a adesão

da comunidade; a falta de recursos humanos, materiais, financeiros; a falta de apoio dos gestores e a capacitação inadequada da equipe para as ações educativas.

Estudo realizado por Mendonça e Nunes (2015) apontou que os profissionais da ESF justificam a não realização de grupos educativos alegando a baixa adesão da população e a falta de capacitação da equipe. O estudo de Silvia (2010) também apontou os problemas com a capacitação dos profissionais como entraves para o planejamento do grupo. Ainda sobre o aspecto da capacitação de gestão de grupos, Fernandes, Soares e Silva (2008) retrataram em seu estudo os limites e as possibilidades para o desenvolvimento do trabalho com grupos na ESF, destacando que para efetivação das transformações da prática de grupo há a necessidade da capacitação dos recursos humanos, além dos aspectos também apontados por Andrade *et al.* (2013), descritos anteriormente.

Maffaccioli e Lopes (2011) realizaram estudo sobre grupos de educação em saúde em 124 UBS da cidade de Porto Alegre, e encontraram que 83% dessas desenvolviam alguma atividade educativa. Evidenciaram questões relativas à capacitação da equipe, ao atrelamento de algumas das atividades às condutas assistenciais como distribuição de medicação e realização de procedimentos (sinais vitais), e ao aspecto multidisciplinar na organização do grupo. No estudo houve uma significativa referência à motivação do profissional ou da equipe como justificativa para implementação dos grupos.

5.1.3 Autocuidado apoiado

O autocuidado apoiado é o acompanhamento da equipe de saúde às pessoas, para que estas se tornem agentes produtores sociais de sua saúde, ou seja, é a prestação de serviços educacionais e de intervenções de apoio com vistas a aumentar a confiança das pessoas e habituar-lhes a práticas de manejo dos problemas de saúde. Abrange o monitoramento longitudinal das condições de saúde, suporte nas metas desejadas e apoio nas decisões (Mendes, 2012).

As pessoas tornam-se agentes produtores sociais de saúde na medida em que são capazes de manejar sua condição de saúde. Isso porque a decisão pelo autocuidado apoiado requer que a pessoa defina as metas que gostaria atingir, o modo de atingi-las, o plano de ação, o monitoramento de resultados, a atuação nas mudanças necessárias e a celebração das metas realizadas (Mendes, 2012).

Para a intervenção do autocuidado apoiado na APS, é necessário passar do paradigma tradicional para o colaborativo na relação dos profissionais com os usuários. No paradigma tradicional, as informações e as habilidades de treinamento configuram-se a partir da agenda profissional; as metas, decisões e definições de problema são estabelecidas pelos profissionais, que incentivam a mudança por motivação externa. Nesse paradigma acredita-se que os profissionais de saúde resolvem os problemas das pessoas, apoiando-se na visão de que ter conhecimento sobre as doenças, os riscos e os hábitos saudáveis é suficiente para a mudança de comportamento. No paradigma colaborativo, as informações e intervenções sobre as habilidades atrelam-se à agenda dos usuários; acredita-se que a autoeficácia da pessoa (sentimento de valor próprio, adequação, competência no enfrentamento de problemas) é que impulsiona a mudança. As metas, as decisões e os problemas são identificados em conjunto pelos profissionais e usuários; a mudança é impulsionada pela motivação interna das pessoas, e os profissionais de saúde desempenham papel de apoiadores na solução dos problemas (Bodenheimer, Grumbach apud Mendes, 2012). Isso significa que de motivador e determinador o profissional de saúde passa a apoiador, que acompanha os usuários em suas reflexões, decisões e mudanças relativas à saúde.

Para esse apoio profissional, a atuação da equipe tem de abranger o conhecimento e a definição de saúde dos usuários, as ações e atitudes das pessoas

quanto às mudanças, o grau de importância, o nível de autoconfiança e a motivação das pessoas para mudanças, e o do suporte das redes sociais (Mendes, 2012).

Um dos objetivos do autocuidado apoiado é gerar autoconfiança, conhecimento e habilidades, a fim de que as pessoas lidem mais autonomamente com sua condição de saúde. Ou seja, visa-se a autoeficácia para a adoção, mudança e/ou manutenção de hábitos que contribuam para o fortalecimento de um modo de vida saudável (Mendes, 2012).

Os grupos educativos na APS podem ser úteis para o autocuidado apoiado, ao propiciar que o usuário receba apoio tanto do profissional de saúde quanto, principalmente, de outras pessoas que enfrentam a mesma situação de ter de conviver com uma condição crônica de saúde.

A OMS refere que entre os formatos de grupos que trazem resultados mais sólidos e eficientes está convidar usuários conhecedores e familiarizados com o problema para apoiar o autocuidado de outros pacientes, trabalhando em conjunto com um membro da equipe de saúde. A participação da equipe é indispensável, pois está constatado que os grupos comunitários de apoio ao autocuidado dirigidos apenas por pacientes conhecedores produzem melhoras de curto prazo, mas não conseguem estabelecer a eficácia em longo prazo (Brasil, 2014).

Lorig e Holman (2003) abordam que o autocuidado tem três pilares a serem desenvolvidos ao longo do tempo com o usuário que tem uma condição crônica. No primeiro pilar estão as questões relativas ao conhecimento sobre a doença, o conceito, o diagnóstico, os sinais, os riscos e o manejo clínico desta, como, por exemplo, o uso de medicação, o cuidado com os pés das pessoas com diabetes, a autoaferição de pressão arterial e de glicemia capilar. Este pilar, portanto, refere-se ao aprender a conhecer e ao aprender a fazer, enfocando problemas e prioridades que, por estimular a aquisição de novas habilidades, são identificados como “comportamentais”. Por esta razão, são chamados de problemas procedimentais ou problemas cognitivos comportamentais. É importante ressaltar que nem todas as pessoas com doenças crônicas conseguirão realizar certas atividades. O hábito deve ser construído gradativamente com cada um, envolvendo familiares, amigos, outras pessoas da rede social do usuário, quando necessário. O grupo de tarefas do primeiro

pilar pode ser trabalhado por diversos profissionais da equipe, a depender do problema a ser priorizado pela pessoa (Lorig, Holman, 2003).

O segundo pilar refere-se à compreensão do aprender a ser e do aprender a conviver, pois enfoca os problemas relacionados às mudanças necessárias no estilo de vida das pessoas com condição crônicas de saúde, abrangendo novos olhares sobre o presente e o futuro no intuito de conviver com a doença, usufruindo da máxima qualidade de vida possível. O objetivo é conseguir a mudança e mantê-la como um enfrentamento diário; por exemplo, a mudança alimentar que hipertensos e diabéticos devem fazer para evitar complicações (Lorig, Holman, 2003).

O terceiro pilar inclui problemas relacionados com os aspectos emocionais, especialmente quanto ao olhar para o futuro. Aqui encontram-se os sentimentos de raiva, frustração, medo, preocupação com futuro, estresse, tristeza, cansaço físico e emocional que são comuns na evolução das doenças. É preciso abordar e trabalhar com as pessoas e os familiares no autocuidado da condição crônica. O aprender a ser e aprender a conviver é de grande importância para o sucesso no enfrentamento desses sentimentos (Lorig, Holman, 2003).

Entre os modelos que se pode adotar para o apoio às mudanças, há o Modelo de Estágio de Mudanças, desenvolvido por Prochaska e DiClementine. Este modelo descreve e explica os diferentes estágios de mudança que geralmente acontecem neste processo. Baseia-se na premissa que a mudança de comportamento é um processo, e não um evento, e que as pessoas oscilam entre diferentes momentos de motivação ou prontidão para mudança (Don, 2004).

O modelo reconhece cinco estágios de mudança:

- Pré-contemplação: a pessoa não considerou ou não tem intenção de mudar;
- Contemplação: a pessoa considera mudar um comportamento específico;
- Preparação: estágio em que a pessoa estabelece um comprometimento em mudar
- Ação: a pessoa inicia a mudança
- Manutenção: a pessoa sustenta a mudança, e usufrui dos benefícios da nova situação.

Outra ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica na perspectiva do autocuidado apoiado é a narrativa, pois esta possibilita tornar presente os aspectos sociais, culturais, subjetivos, familiares, assistenciais do processo saúde-doença-cuidado (Favoreto, Camargo Jr, 2011).

A narrativa está intrinsecamente ligada à natureza humana, tanto na sua racionalidade como na sua realidade, que são permeadas e retratadas em estruturas narrativas. Assim, as palavras e as formas da narrativa permitem descrever o mundo interior das pessoas de quem cuidamos (Favoreto, Camargo Jr, 2011).

O ato de narrar, ou de ouvir uma narrativa de alguém, é um movimento retrospectivo no qual a descrição de ações e acontecimentos permite refletir sobre si mesmo, contribuindo para a auto compreensão (Grossman, Cardoso, 2006).

Na clínica da APS, ao se empenhar na compreensão e na interpretação das narrativas dos usuários, os profissionais acolhem as representações sociais da doença e da vivência com esta, que podem contribuir para a construção e pactuação de estratégias terapêuticas com vistas à emancipação e à restauração de rupturas geradas pelo adoecimento (Favoreto, Camargo Jr, 2011).

A doença é um fato biológico, mas a resposta humana a esta não é determinada ou matematicamente precisa. Assim, é a narrativa que abre espaço para a singularidade de cada caso (Grossman, Cardoso, 2006).

A narrativa representa um ponto de vista particular, com função de “dispositivo poroso” (p.1093) de comunicação, interlocução e mediação entre indivíduo e sociedade (Campos e Furtado, 2008).

Nas ações educativas, as narrativas envolvem os participantes na retomada das próprias histórias ou no contato com as experiências de terceiros. As narrativas de pacientes, sejam as de si mesmos ou de outros, permitem lidar com as possibilidades e as estratégias de cada um para transformar e conviver com a nova realidade trazida pela descoberta da doença crônica (Grossman, Cardoso, 2006).

A narração de casos permite refletir sobre uma situação-problema concreta, apresentada com detalhes, a fim de procurar por saídas eficazes. O relato pode ser elaborado a partir das histórias dos usuários, com as dificuldades e as facilidades

apontadas por eles, ou pode também ser usado um caso elaborado previamente pela equipe a partir de sua experiência no atendimento (Brasil, 2014).

5.1.4 Atenção Básica

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, para promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde, a autonomia das pessoas, os determinantes e condicionantes de saúde da coletividade (Brasil, 2012).

A Política Nacional de Atenção de Básica (PNAB) adota os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária em Saúde (APS) como equivalentes. Assim, neste estudo, ambos serão usados como sinônimos (Brasil, 2012).

A ideia da APS origina-se em 1920, com o Relatório de Dawson. Esse documento, elaborado pelo Ministro da Saúde do Reino Unido (Dawson) e os membros do conselho, apresentava uma proposta de organização dos serviços de saúde em que se instituíam centros de saúde primários e centros de saúde secundários, serviços suplementares, serviços domiciliares, e hospitais de ensino. O relatório continha diagramas de organização e arquitetura para os serviços (Penn, D, 2014).

O Relatório de Dawson fazia contraponto ao Relatório Flexner elaborado uma década antes. Esse relatório instituiu a medicina científica e associava o desenvolvimento da atenção à saúde ao crescimento das especialidades médicas praticadas com base em alguns elementos ideológicos como o mecanicismo, o biologicismo, o individualismo e a ênfase no curativo. Flexer elaborou o relatório durante a Revolução Industrial quando ocorria a afirmação do capitalismo como sistema econômico hegemônico (Mendes, 2012).

Na década de 1970, em Alma-Ata, Cazaquistão, realizou-se a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF). Na Declaração de Alma-Ata afirmou-se que a APS era a chave para alcançar, em todo mundo e em um futuro previsível, um nível aceitável de saúde que fizesse parte do desenvolvimento social e se inspirasse em um espírito de justiça (Mendes, 2012).

A declaração da Alma-Ata definia APS como:

"cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade, aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação" (OMS e UNICEF, 1978,p. 17)

A Conferência ocorreu no contexto acirrado da crise monetária internacional que provocava a busca de mudanças do modelo assistencial para a racionalização e melhor utilização dos recursos. O modelo de atenção à saúde era predominantemente curativo e de alta densidade tecnológica, que elevava os custos dos serviços e dificultava o acesso de grande parcela da população à assistência.

A declaração de Alma-Ata apontou a APS como estratégia para reorganizar os sistemas de atenção à saúde, sendo o primeiro nível amplo e integrado e partindo de elementos como participação comunitária, coordenação intersetorial, uma variedade de trabalhadores da saúde e praticantes das medicinas tradicionais. Os princípios da APS eram: respostas aos principais determinantes da saúde, cobertura e acessibilidade universal segundo a necessidade, autocuidado, participação individual e comunitária, ação intersetorial pela saúde, tecnologia apropriada e custo-efetividade em relação aos recursos disponíveis.

Em 1998, Barbara Starfield publicou o livro *Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia*, traduzido para o português em 2002. Este livro foi um marco para APS, por evidenciar o seu impacto positivo em diversos países do mundo e propor métodos inovadores para a avaliação dos resultados produzidos.

Com base na produção de Starfield (2002), pode-se conceituar APS como o nível do sistema de saúde que oferece a entrada para todas as necessidades e problemas; fornece a atenção à pessoa no decorrer do tempo e nas situações de saúde mais comuns; coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por parceiros.

Segundo Mendes (2012) e Starfield (2002), a APS, para poder operar adequadamente, tem de efetivar sete atributos e três funções. Para esses autores, os atributos são a base estrutural e funcional do sistema de saúde que permitem operacionalizar as políticas, os programas e os serviços:

- Primeiro contato: implica a acessibilidade e o uso dos serviços para novos problemas de saúde ou novos episódios de problemas instalados, para os quais se procura atenção;
- Longitudinalidade: é a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e o uso consistente desse ao longo do tempo, em um ambiente de relação de confiança mútua e humanizada entre a equipe de saúde, usuários e famílias;
- Integralidade: prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços para atender as necessidades da população adscrita, com ações de promoção, prevenção, cura, cuidado, reabilitação e palição. Inclui também a responsabilidade pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam doenças;
- Coordenação: capacidade de garantir a continuidade da atenção, com o reconhecimento dos problemas que requerem acompanhamento constante e da função de centro de comunicação das redes de apoio à saúde;
- Focalização na família: considera a família como sujeito e espaço privilegiado da atenção à saúde;
- Orientação comunitária: reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico e social em que vivem, por meio de análise situacional das necessidades de saúde populacionais e de programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais proximais e intermediários das condições de saúde;
- Competência cultural: prontidão para a horizontalidade na relação entre a equipe de saúde e a população, respeitando e valorizando as singularidades culturais e as preferências das pessoas e famílias.

Em relação a funções da APS, Mendes (2012) e Starfield (2002) apontam:

- Resolubilidade: a APS deve estar capacitada, cognitiva e tecnologicamente, para atender cerca de 85% dos problemas de saúde da população adscrita;
- Comunicação: o exercício da APS como centro de comunicação das redes de saúde, o que significa dispor de condições para ordenar fluxos e contra fluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os componentes;
- Responsabilização: conhecimento e relacionamento próximo da população adscrita, nos microterritórios sanitários, exercício da gestão participativa, e responsabilidade econômica e sanitária por essa população.

No Brasil, o modelo adotado atualmente para organização da APS é a Estratégia Saúde da Família (Brasil, 2012).

5.1.5 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa a integração e organização das atividades em um território definido, a fim de enfrentar e a resolver os problemas de saúde mais prevalentes (Ministério da Saúde, 1997).

A ESF implantou, a partir da rede de APS existente, equipes multiprofissionais alocadas nas UBS. Essas equipes seriam responsáveis pelo acompanhamento de cerca de 600 a 1000 famílias, ou 4500 pessoas no máximo, em uma área geográfica delimitada (Saito, 2008).

Por compreender o território como algo mais que espaço geofísico, ou seja, espaço social das relações sócio-políticas e cultura local, a equipe de ESF prioriza o planejamento ascendente, traçando estratégias de intervenções às famílias de acordo com as necessidades da comunidade (Camargo-Borges, 2007).

A ESF que tem como base de ação o território caracterizado como espaço vivo, a democratização do saber e das ações com ênfase na interação dos profissionais e usuários, a participação social, a longitudinalidade, o vínculo e a co-responsabilidade (Camargo, 2009). Estabelece uma relação de tríade no agir em saúde, pois almeja a promoção da saúde, o estímulo à reflexão e, com o foco no autocuidado apoiado, a ampliação da capacidade de solucionar os problemas (Abrahão, Freitas 2008).

A ESF mantém os diferenciais que o Programa Saúde da Família (PSF) trouxe para AB, como aponta Mendes, (2012):

“O PSF foi construído em bases distintas, de modo a cumprir com os objetivos do SUS inscritos nas legislações constitucionais e infraconstitucionais. São várias as suas especificidades. É um modelo de saúde da família que se propõe a atuar sobre os determinantes sociais da saúde em seus distintos níveis por meio de ações integradas de promoção da saúde e de prevenção, cuidado, cura, reabilitação e palição das condições de saúde. Essa opção estratégica convoca, necessariamente, a territorialização dos espaços de atuação da APS e a ação intersetorial. O PSF incorporou, desde seu início, o trabalho multiprofissional realizado em equipe por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, técnicos em saúde bucal, agentes comunitários de saúde (ACS) e, eventualmente outros profissionais de saúde. A incorporação do ACS constitui um grande diferencial porque cria as possibilidades de um relacionamento mais próximo entre a equipe de saúde, as

peessoas usuárias e suas famílias e as organizações e movimentos sociais do território.
” (Mendes, 2012, p.75).

Segundo Saito (2008), a estratégia de incorporar o ACS à equipe de saúde possibilita diminuir as barreiras no processo de comunicação entre os técnicos e a comunidade.

No trabalho multiprofissional da APS, cada membro possui atribuições específicas. No entanto, há algumas que são comuns, como as ações educativas. Essas objetivam interferir no processo saúde-doença da população, com o desenvolvimento de autonomia individual e coletiva na busca da qualidade de vida dos usuários (PNAB, 2012).

Ao apontar a interface entre qualidade de vida e autonomia nas ações educativas, a ESF aproxima-se das definições da carta de Ottawa (1986), marco referencial da Promoção da Saúde. A Carta define como principais estratégias da Promoção da Saúde: o desenvolvimento de habilidades pessoais, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, a reorientação dos serviços de saúde sob o marco da promoção da saúde e a construção de políticas públicas saudáveis (Brasil, 2002).

Desta forma, o aprimoramento das estratégias de Promoção da Saúde na APS requer repensar as práticas educativas, pois elas têm potencial transformador, individual e coletivo, com reverberações nas estruturas organizacionais no sentido de torná-las favoráveis à saúde.

5.1.6 Condições Crônicas

Segundo a OMS, 2003 as condições crônicas, são aquelas condições de saúde de curso mais ou menos longo ou permanente que exigem respostas e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para seu controle efetivo, eficiente e com qualidade.

Assim, as doenças crônicas abrangem as doenças transmissíveis, as não transmissíveis e as incapacitantes estruturais.

As doenças crônicas constituem problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes. Hoje, são responsáveis por 60% do ônus decorrente de doenças no mundo. No ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento (OMS, 2003).

Entre as doenças crônicas que geram grande preocupação nacional e internacional, devido a seu impacto na morbimortalidade, encontram-se a HAS e DM.

A HAS é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. É responsável por, pelo menos, 40% das mortes por Acidente Vascular Cerebral e por 25% das mortes por Doença Arterial Coronariana. Em combinação com o DM, a HAS é responsável por 50% dos casos de insuficiência renal terminal (Brasil, 2006).

As doenças crônicas que, em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, caracterizam-se por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (Brasil, 2013).

Mendes e Freitas (2007) realizaram pesquisa documental sobre as doenças crônicas e evidenciaram que a condição crônica constitui um fenômeno complexo, contínuo e permanente que requer estratégias para a mudança de estilo de vida. Isso implica preparo mental para adaptar-se e ter precauções na vida para lidar com os sintomas e as relações familiares e sociais, passíveis de serem afetadas pela doença crônica.

No que se refere ao comportamento e aos estilos de vida, muitos fatores colaboram para o prejuízo da saúde. No entanto, um estudo realizado pela Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), em 2008, evidenciou o protagonismo da dieta, inatividade física, alcoolismo e tabagismo. Isso reforça a o papel da APS no autocuidado apoiado.

A CNDSS (2008) refere que esses hábitos são determinantes sociais proximais, ou seja, estão mais próximos das pessoas e são passíveis de controle e modificação com ações por iniciativa dos indivíduos.

Esta compreensão da CNDSS (2008) apoia-se no modelo de determinação social da saúde (DSS) de Dahlgren e Whitehead (1991), que dispõe os DSS em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência. Na camada mais próxima estão os determinantes individuais e na camada distal se situam os macrodeterminantes. O modelo enfatiza as interações do estilo de vida individual, das redes sociais e comunitárias, das condições de vida e de trabalho com o ambiente mais amplo de natureza socioeconômica, cultural e ambiental (Mendes, 2012).

A reflexão sobre hábitos de vida que levam o indivíduo a manter constante adoção de hábitos que não desgastem a saúde requer o uso das tecnologias leves a fim de empoderar os indivíduos e provocar a problematização de sua situação de saúde.

5.2 – Reorganização do Grupo do Parque: aspectos operacionais

Ao avaliar o Grupo do Parque, com base no que foi apontado na Revisão da Literatura, evidenciou-se a necessidade de rever o processo de execução do grupo educativo, com a estratificação da população segundo graus de severidade da condição crônica (Brasil, 2014, Brasil, 2013 e Mendes, 2012).

5.2.1 Planilha de 13 pontos para Estratificação de Risco nas Condições Crônicas

Estratificar é reconhecer os diferentes graus de riscos de cada pessoa com determinado agravo (Ministério da Saúde, 2014). A estratificação da população com HAS e DM contribui para a organização do processo de trabalho das equipes, pois ao invés de dar a mesma atenção a todos os usuários com condições crônicas, ao diferenciá-los por risco é possível o planejamento da assistência de acordo com a realidade de cada um. Por exemplo: os doentes com menor risco recebem prioritariamente uma atenção centrada em tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na ESF (Mendes, 2012); os de maior risco tem aprazamento mais curto para consultas, grupos e VD.

Outra vantagem da estratificação é a possibilidade de verificar se a estratégia da linha de cuidado está respondendo a demanda da área de abrangência, por meio do monitoramento de risco e avaliação ao longo do tempo, ao se dimensionar as mudanças da estratificação da população assistida (Mendes, 2012)

Uma vez que nas UBS com ESF há o inquérito feito pelos ACS com auxílio da ficha B (HAS/DM), estão disponíveis dados sobre a identificação do usuário, o uso de tabaco, o uso de álcool, a dieta, a medicação conforme orientação, a prática de exercício físico, os valores da PA, o uso de insulina e hipoglicemiante. Essa ficha impressa é preenchida manualmente, e os profissionais a acessam durante as consultas ou reuniões da equipe. Esse instrumento contém as informações necessárias para estratificação do risco nas condições crônicas, mas não há uma forma sistematizada de processamento informatizado para totalizar os dados e gerar a estratificação da população.

Assim, o primeiro passo para reorganização do grupo educativo foi elaborar, com o uso de recursos disponíveis na UBS, uma forma sistematizada para estratificar

a população com condições crônicas. Para isso, construiu-se uma planilha em MS-Excel, visto que o pacote MS- Office estava disponível na UBS.

Com algumas das informações da ficha B e outras obtidas nas consultas e registradas nos prontuários, elaborou-se uma planilha com 8 critérios para Estratificação de Risco nas Condições Crônicas, perfazendo uma escala de no máximo 13 pontos (P13ERCC). Para identificação e caracterização das pessoas, incluiu-se o nome, o número do prontuário, a idade, o sexo, a escolaridade (em anos de estudo), a preferência de horário para participação nos grupos, o desejo de mudar de hábitos quanto aos fatores de risco.

Para a estratificação do risco considerou-se se é tabagista, se faz uso regular de álcool, se realiza dieta, se faz uso correto da medicação prescrita, se faz atividade física, o valor de pressão arterial classificada em três estágios, se apresenta hemoglobina glicada acima de 7% para adultos e 8,5% para idosos e circunferência abdominal acima de 88 cm para mulheres e 102 cm para homens.

A partir da revisão da literatura, quanto aos hábitos, escolheu-se os fatores de risco, a cada um desses fatores atribuiu-se pontuação a fim de estabelecer uma medida de risco, em uma escala que varia de 2 a 13, sendo este o polo de maior risco.

Se o usuário for fumante, fizer uso de álcool, não fizer dieta, não usar a medicação conforme orientação ou não fizer atividade física regularmente, ganha um ponto para cada item.

Quadro 1 - Quadro de Pontos para a Estratificação de Risco dos portadores de HAS e DM, segundo fatores de risco

Fator	Pontuação	
	Presente	Ausente
Fumante	1	0
Uso de álcool	1	0
Dieta	0	1
Medicação regularmente	0	1
Atividade física	0	1
PA 140-159 x 90-99	2	0
PA 160-179 x 100-109	3	0
PA ≥ 180 x ≥ 110	4	0
Hb glicada $\geq 7\%$ (adultos)	2	0
Hb glicada $\geq 8,5\%$ (idosos)	2	0
Circunferência abdominal ≥ 88 cm (mulheres) e ≥ 102 cm (homens)	2	0
Pontuação Máxima	13	
Pontuação Mínima	2	

Para a classificação e pontuação da medida da pressão arterial tomou-se a VI Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2014. Como demonstrado no quadro - 2, a seguir:

Quadro 2 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos).

Classificação	Pressão (mmHg)	Pressão (mmHg)	Pressão sistólica	Pressão diastólica
Ótima	< 120	< 80		
Normal	< 130	< 85		
Limítrofe	130 -139	85-89		
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99		
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109		
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110		
Hipertensão isolada	sistólica ≥ 140	< 90		

Fonte: VI Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2014, p. 8.

Na P13ERCC, a contabilização dos pontos para estratificação do risco foi: 2 pontos para *hipertensão estágio 1*, 3 pontos para *hipertensão estágio 2* e 4 pontos para *hipertensão estágio 3*. A estratificação considerou a hipertensão instalada.

Como marcador bioquímico da adesão ao tratamento da DM, escolheu-se a hemoglobina glicada, que é considerada um importante indicativo no tratamento de DM, pois ao indicar o percentual de hemoglobina ligada a glicose, revela os níveis médios de glicemia ocorridos nos últimos três meses prévio ao exame. Esse exame complementar está disponível na rede de saúde e é regularmente realizado pelos usuários. A Sociedade Brasileira de Diabetes (2014) estabeleceu como meta o valor de 7%, para pessoas adultas com diabetes e não gestantes, porém, estabeleceu um controle mais flexível aproximando de 8,5% para pacientes com menos motivação para o tratamento, com maior risco de hipoglicemia, com duração longa da doença, com idade mais avançada e menor expectativa de vida, com presença de outras doenças, ou complicações macrovasculares. Os resultados acima deste valor configuram zona de risco para complicações. Assim, para a estratificação atribui-se

dois pontos para valores de hemoglobina glicada acima de 7% para adultos e quando idosos (60 anos e mais) acima de 8,5%.

Os dois pontos representam: 1 por ser diabético e outro pelo risco de complicação. A estratificação partiu da DM instalada.

Em termos de circunferência abdominal (CA), adotou-se os valores preconizados pelo estudo de Lean *et al.*, (1995), que é utilizado nas diretrizes do MS. Considerou-se o risco muito aumentado para doenças cardiovasculares, sendo os valores: acima de 88 cm para mulheres e 102 cm para homens. Estes valores foram escolhidos porque indicam a necessidade de perda de peso. Assim, na estratificação contabiliza-se dois pontos se a CA for maior que os valores mencionados.

A partir da totalização dos fatores de risco, P13ERCC estratifica três grupos:

Quadro 3 – Estratificação de acordo com risco

Risco	Pontuação	Cor
Baixo	2 a 3	Azul
Médio	4 a 7	Amarela
Alto	8 a 13	Vermelha

A construção da planilha, com as respectivas fórmulas, está descrita no Anexo 1 - Manual Passo a Passo para construção da Planilha Estratificação.

5.2.2 Grupo do Parque: A proposta reorganizada

Com a estratificação, estabeleceu-se que todos os usuários com HAS e DM da área de abrangência fossem chamados para participar do grupo educativo, ainda que, com a estratificação, possam ser realizadas outras intervenções em conjunto com a atividade educativa, a depender do grau de risco, como proposto no fluxograma:

Fluxograma 1 – Proposta de Ações

Em relação às visitas domiciliares como estratégia no plano de cuidado, o objetivo é estimular o apoio do núcleo familiar, pois como enfatiza Ribeiro *et al.* (2012) a família é importante suporte social para mudanças de hábitos relacionados a alimentação das pessoas com doença crônica. Para alguns usuários a família associa-se à dificuldade na mudança dos hábitos alimentares, devido à resistência para aderir às orientações nutricionais, mas quando passa a ser parte ativa e integrante dessa mudança, ela se torna elemento facilitador para novas práticas de alimentação. Assim, adotou-se a estratégia da visita domiciliar como meio de apoio às mudanças de estilo de vida, a fim de envolver a família no suporte aos portadores de HAS e DM nas modificações de hábitos alimentares.

A revisão de literatura também apontou que, ao abordar os usuários nos grupos educativos, é preciso explorar os motivos para a não adesão, que são variados e podem estar relacionados com o usuário, o tratamento, as instituições de saúde ou o profissional, como mostra Pereira (2013).

Quanto ao paciente os motivos para não adesão são as concepções errôneas sobre a doença e tratamento, a dificuldade para compreender as instruções dadas pelos profissionais, o sentimento de incapacidade para seguir o tratamento, as dúvidas sobre a utilidade do tratamento, a crença de que os benefícios não valem os esforços, e a impaciência quanto à velocidade dos progressos. (Pereira, 2013)

Em relação ao tratamento colaboram para a não adesão a complexidade dos esquemas, o custo dos alimentos mais saudáveis, os efeitos indesejáveis da medicação, o tempo prolongado, o prejuízo da qualidade de vida. (Pereira, 2013)

Quanto às instituições de saúde, a não adesão é causada pela dificuldade no acesso aos serviços, por consultas com tempo insuficiente para esclarecimentos dos usuários. (Pereira, 2013)

Os motivos para não adesão relacionados aos profissionais são o distanciamento, a falta de cordialidade, o desinteresse, a inacessibilidade, a impessoalidade, a aparência de estar sempre ocupado e apressado, a interrupção durante o atendimento, a linguagem excessivamente técnica com uso de jargão, a não consideração das dúvidas e preocupações do usuário, a imprecisão ou omissão de informação, as perguntas invasivas quanto à intimidade e privacidade do paciente, a

descontinuidade na atenção, que é despersonalizada e sem retornos programados. (Pereira, 2013).

A partir do que foi identificado durante os grupos, é possível discutir e refletir positivamente com os participantes o que pode ser modificado para melhorar a adesão.

Esquemáticamente, o quadro 4 traz os pontos que teriam de ser modificados na reorganização do Grupo do Parque:

Quadro 4 – Identificação de pontos a serem modificados

Recomendações para organização dos grupos segundo revisão de literatura	Realidade atual do Grupo	Proposta para reelaboração
Estratificação a população com DM e HAS segundo o risco de complicação	População não estratificada	Estratificar a população a partir da sistematização dos dados da Ficha B e do prontuário.
Encontros	Encontros quinzenais, sem um roteiro prévio	Elaborar a periodicidade de acordo com a disponibilidade da população e organizar um roteiro prévio
Duração	O tempo de duração está adequado (60 min)	
Treinamento dos profissionais	Sem treinamento	Organizar treinamento.
Participantes	Todos eram convidados	Todos são convidados, porém, a organização será de acordo com os pares do grupo da estratificação, ou através do item da planilha, preferência de horário.
Tipo de grupo	Aberto	Fechado
Adesão	Flutuação na frequência	Continuidade da frequência.

A reorganização do Grupo do Parque visou propor uma intervenção educativa com grupo de apoio para modificar hábitos e comportamentos não saudáveis.

Considerando o documento norteador da prefeitura de São Paulo, Unidade Básica de Saúde – Diretrizes Operacionais (2015), no qual consta a distribuição de atividades essenciais a serem prestadas semanalmente pelos profissionais, (quadro 5), é possível articular entre as equipes a distribuição dos grupos educativos em diferentes horários, a fim de facilitar o acesso do usuário ao grupo.

Quadro 5 – Organização do serviço semanal. Unidade Básica de Saúde – Diretrizes Operacionais, 2015

Categoria Profissional	Agenda Semanal	Periodicidade
Agente Comunitário de Saúde	2 horas	1 por semana
Auxiliar de enfermagem	2 horas	1 por semana
Enfermeiro	2 horas	2 por semana
Médico	2 horas	2 por mês

Fonte: Prefeitura de São Paulo - Unidade Básica de Saúde, – Diretrizes Operacionais, 2015.

Na P13ERCC há um campo específico para que o usuário aponte o melhor horário para participar da atividade, o que pode facilitar a organização dos horários das equipes para a realização do Grupo.

Em relação ao modelo do grupo, a literatura revisada recomenda o grupo fechado, pois este apresenta como característica básica a delimitação dos participantes e do tempo de duração. Assim, o grupo inicia e termina com os mesmos participantes e segue um cronograma previamente organizado. Mas, é possível certa flexibilidade nesta estruturação de acordo com o interesse dos participantes. O grupo fechado apresenta vantagens como a formação do vínculo de confiança proveniente do convívio, a facilitação da troca de experiências semelhantes e, como não há mudança de membros do grupo, as informações não se repetem e todos têm acesso a estas simultaneamente, diminuindo a chance de os participantes se desmotivarem. Em grupos fechados, cada encontro há de ser preenchido com novas experiências (Brasil, 2013).

Quando se trata de estimular a mudança de estilo de vida, a revisão apontou que o tempo da intervenção educativa é mais eficiente se estiver entre 6 meses a 12 meses (Huisman S et al, 2007; Bo S et al 2007; Tonstad S, Alm CS, Sandvik, 2006). Neste estudo a reorganização do Grupo do Parque foi proposta com a realização de 9 encontros quinzenais. Após o 9º, propôs-se dois encontros de acompanhamento no 3º e 6º mês. Com isso, a atividade durará 10 meses.

A coordenação do grupo será feita por profissionais da ESF e do NASF, conjuntamente.

5.2.2.1 Roteiro do Grupo do Parque Reorganizado

O roteiro de grupo foi construído para auxiliar no direcionamento das atividades, com enfoque em dinâmicas que propiciem o resgate da vivência e do ponto de vista dos participantes.

1º Encontro - Acolhimento

Apresentação dos integrantes

Objetivo: favorecer a integração dos participantes; conhecer o que eles têm em comum; reconhecer o estágio de mudança de acordo com o Modelo de Estágio de Mudanças; estabelecer, em conjunto, o funcionamento e periodicidade dos encontros.

Aquecimento: a atividade se inicia com um dos participantes segurando um fio de barbante. Ele se apresenta e passa o barbante para outro participante, que também se apresenta e passa então para outro, e assim se segue até que todos tenham se apresentado. O coordenador do encontro estimulará que cada participante passe o fio mais distante possível. No final, todos estarão segurando um pedaço da linha, ou seja, todos estarão interligados. O coordenador do encontro sintetizará chamando a atenção dos participantes ao que há de comum entre os participantes e estimulando o diálogo, para a rede que formou.

Roda de conversa: Como viver com uma doença crônica?

Fechamento: O coordenador fará uma pergunta final para reflexão: Como estou em relação a minha saúde e como quero ficar? Não haverá discussão conjunta da

indagação, ou seja, esta servirá apenas para estimular a projeção interna de mudança provocando a passagem da pré-contemplação para contemplação.

Em seguida, ele disporá pedaços de linhas coloridas para que os participantes escolham uma cor que represente como estou e outra como quero ficar. Será pedido aos participantes que guardem os fios e sempre que possível olhem para o fio de “como quero ficar” e/ou quando virem a cor desse fio em outros objetos lembrem-se de como querem ficar.

Encerramento: abraço coletivo.

2º encontro – Estudo de Caso

No 2º dia será discutido um relato de caso, explorando sobre a descoberta de ter doença crônica, o sentimento, relação com a família, etc. (Brasil, 2014; Afonso MLM, 2006).

Dinâmica: Narração de um caso (elaborado)

Meu nome é Fábio, tenho 43 anos, trabalho com vendas e, diga-se de passagem, trabalho o dia inteiro, pois tenho dois filhos, um menino de 12 e uma menina de 15 anos para sustentar. Sustentar os dois não é fácil! Sou separado e não tenho vontade de me casar novamente; dá muito trabalho e eu já tenho trabalho demais. Quando tinha por volta dos 40 anos, descobri, por acaso, que estava com pressão alta... já tinha ouvido falar, mas não pensei que iria ter, pois, afinal de contas, na adolescência jogava futebol... se bem que, agora, há quase 15 anos que não faço exercício físico...

Descobri a pressão alta quando me deu uma forte dor de cabeça e um mal-estar tremendo. Isso aconteceu depois de uma negociação de venda. Achei que era estresse, porque foi muito difícil conseguir a venda. Mas a sensação de mal-estar não passava, e minha vizinha falou tanto para eu procurar um Pronto Socorro que fui procurar. Lá descobri que estava com uma pressão de 190x120. De cara, me assustei muito: nem sabia o que significava direito isso, mas fiquei preocupado, pois já tinha visto na TV que era melhor ficar até 12x8... A minha estava com 19x12! No PS, me deram uns remédios e me disseram para procurar a UBS para mais próxima da minha casa. Saí do PS com uma receita com dois tipos de remédios, que eu nem sabia para

que eram, mas, em pouco tempo, descobri que um dos remédios fazia eu ir ao banheiro várias vezes ao dia. Logo parei de tomar esse remédio porque trabalho na rua: Como poderia tomar algo assim?!

Um dia decidi e fui na UBS. Estava com medo da pressão alta, mas tinha que ir lá e encarar esta. Demorou horas para ser atendido e passei por um tal de acolhimento.... Nesse tal acolhimento contei toda a história para a enfermeira que me atendeu...ah... tinha uma nutricionista com ela... achei aquilo muito diferente... tinha um monte de orientações, e fiquei pensando: Caramba! Será que é tão difícil controlar a pressão alta? ...A enfermeira me orientou e solicitou exames, isso foi uma coisa nova para mim, porque achava que só médico podia fazer isso. Colhi os exames e marcaram retorno com médico; eu estava ansioso para saber o que ia acontecer. Ah, a enfermeira pediu para eu ver a pressão 3x por semana até a consulta, mas não deu para fazer isso, minha vida é muito corrida. Fui na consulta e o médico falou sobre essa tal de pressão alta. Quando ele viu meus exames, aí sim é que minha pressão até subiu. O médico falou que eu estava com começo de diabetes, colesterol alto, um outro exame alto também. Fiquei chocado! Como eu ia fazer tanta mudança na minha vida? Tenho que trabalhar! Não tenho tempo para fazer esportes, comer direito, tomar os remédios certinhos e... além do mais sou fumante e nem penso em parar de fumar....para falar a verdade, fiquei bem perdido...

Hoje, depois de três anos com pressão alta e diabetes até mudei uma coisa e outra, mas faz mais de um ano que não volto na UBS. Mas o meu filho pega no meu pé para eu parar de fumar e minha filha está grávida.... Agora que vou ser avô, decidi: Vou mudar isso! Um amigo meu teve derrame por conta da pressão alta, estou com medo de ter um derrame também e ficar na cama como ele. E tem mais, acho que minha diabetes está descompensada porque não paro de suar e vou no banheiro toda hora.

Objetivos: Discutir o caso do Fábio para despertar os participantes quanto à necessidade de selecionar os fatos significativos para resolver um problema; levar os participantes, a partir da narrativa, a se questionarem, a pensarem sobre a situação de saúde; favorecer a reflexão sobre temas relacionados a uma situação real e à troca de experiências pessoais de cada participante; conhecer diferentes ideias, argumentos, posições dos participantes sobre o tema da narrativa.

Desenvolvimento: o coordenador do encontro conta o caso, assegurando-se de que os participantes o compreenderam. Os participantes serão divididos em pequenos grupos, se necessário. Receberão uma cópia impressa do caso para uma nova leitura, se preciso. Os subgrupos poderão discutir os temas e questões levantadas pelo caso, propondo saídas e soluções. Em plenária, cada grupo apresenta a síntese de sua reflexão, de suas proposições. O coordenador do encontro efetuará a síntese final com os pontos principais.

Encerramento: dos conselhos dados para o Fábio, qual se encaixaria ao seu caso? Para essa atividade, dispor de uma caixinha com pérolas sintéticas, de onde cada participante retirará uma pérola, que representará o conselho que melhor se encaixa consigo mesmo.

Será solicitado para os participantes trazerem o barbante do 1º encontro e a pérola para serem usados no próximo encontro.

3º Encontro - Enfrentamento de problemas

Propõe-se retornar a pergunta: como estou e como quero ficar? Explorar, com essa questão, o desejo para mudança, a fim de que cada participante estabeleça o próprio caminho.

Dinâmica: Cada participante receberá um papel tipo sulfite com um caminho desenhado. No início da estrada, o participante deverá colar o fio “como estou” e no fim, o “como quero ficar”, no meio do caminho deverá colar as pérolas. De forma lúdica, livremente, os participantes contam como estão fazendo o caminho para atingir o fio do futuro. Destinar cerca de 40 minutos para as narrações destacando, ao final, estratégias e impactos na rotina.

Encerramento: cada participante fala uma palavra que represente o dia do encontro.

No final do encontro, explica-se que o próximo tratará da alimentação e se pede se há dentre os participantes alguém que disponibilize a cozinha da casa para o grupo. Também se discute o cardápio. Caso não haja a disponibilização da cozinha, poderão ser utilizadas outras alternativas.

4° Encontro - Dia da culinária

Proposta 1: se houver uma cozinha disponibilizada por algum participante, se fará a vivência na preparação de alimentos. Os alimentos serão fornecidos pela equipe, observando o cardápio definido no encontro anterior; se os participantes quiserem, poderão colaborar com os alimentos. Em relação a distribuição de tarefa para o preparo, será perguntado para os participantes o que desejam preparar, e assim será distribuída a atividade culinária. Esta atividade deverá contar com um tempo mais longo, visto que há o preparo dos alimentos, como por exemplo cerca de 2 horas, e 1 hora para a degustação. Como o cardápio foi sugerido no encontro anterior, haverá tempo hábil para o estudo dos alimentos, assim durante a atividade poderá ser abordado a vantagem de cada um. (Brasil, 2014; p. 106)

Proposta 2: caso não haja uma cozinha disponível, poderá se organizar uma visita ao supermercado. Durante esta visita, discutir sobre os alimentos da época e ler os rótulos para conhecer a composição dos alimentos processados, a fim de contribuir para que façam escolhas mais saudáveis, a bom custo. (Brasil, 2014; p. 106)

Proposta 3: Propor ao grupo uma discussão sobre comportamento alimentar baseada na música Comida, do grupo Titãs. A discussão pode ser motivada com perguntas como “você tem fome de quê? ”; “você come para quê? ”; “você come o quê? ”. (Brasil, 2014; p. 105)

5º Encontro – Caminhada pelo Parque

O passeio no parque será realizado para alongamento e caminhada.

Dinâmica: Ao iniciar a atividade, solicitar aos participantes formar uma roda para o aquecimento, com a seguinte canção:

A Casa do Zé

Bia Bedran (fonte: <http://www.letras.com.br/#!/bia-bedran/a-casa-do-ze>. Adaptado para roda, para que todos ou quase todos possam falar o que deve fazer para entrar na casa do Zé)

Pra entrar na casa do Zé

Tem que bater o pé

Pra entrar na casa do Zé

Tem que bater o pé

Mas você tem que bater palmas também

Mas você tem que bater palmas também

Bater palma, bater o pé, para entrar na casa do Zé

Bater palma, bater o pé, para entrar na casa do Zé

Agora diga você, o que tem que fazer para entrar na casa do Zé

Agora diga você, o que tem que fazer para entrar na casa do Zé.

Após a canção, fazer o alongamento o alongamento e partir para a caminhada.

Ao terminar a caminhada, voltar os participantes em roda e explorar como a atividade física poderia ser agregada na rotina de cada um.

Encerramento: perguntar aos participantes: Como sair da Casa do Zé?

6º Encontro - Rotina e Mudanças

O propósito desse encontro é explorar sobre se houve mudanças na rotina dos participantes com vistas a conviver melhor com a HAS e DM.

Dinâmica: será solicitado aos participantes que escrevam em filipetas as mudanças que fizeram em relação a alimentação, atividade física, enfrentamento de problemas, peso, atividades sociais, lazer, sentimentos. Caso o participante tenha dificuldade em escrever, terá suporte da equipe. Cada mudança feita deverá ser anotada em uma filipeta, assim, um mesmo participante poderá ter várias filipetas, segundo o número de mudanças que fez. As filipetas escritas serão colocadas dentro de balões, que serão enchidos voluntariamente pelos participantes. Os balões cheios de filipetas serão jogados para cima e os participantes deverão ser mobilizados para não deixá-los cair no chão. Após cerca de três minutos, cada participante pega alguns balões, que serão estourados para pegar a filipeta. Os participantes, livremente, leem as filipetas e conversam sobre a viabilidade de incorporarem a mudança em sua rotina.

Encerramento: cada um fala uma palavra que representa o que é preciso para não deixar sua bola cair.

Solicitar aos participantes que tragam o desenho do caminho feito no terceiro encontro, pois será usado no próximo.

7º Encontro - Incentivo a meta

O propósito desse encontro é estimular os participantes a colocarem um prazo para as mudanças desejadas.

Aquecimento: Pedir para os participantes desenharem em que lugar estão do “caminho” traçado no terceiro encontro. Com isso, fazer uma discussão sobre desejos, mudanças e possibilidades.

Dinâmica: dispor para os participantes revistas, jornais, gravuras, folhetos, cola, tesoura, folhas A4, envelopes, canetas, lápis de cor. Pedir aos participantes que escolham gravuras de como projetam estar em 3 e 6 meses. Se quiser o participante poderá fazer uma colagem para cada corte temporal. As colagens serão colocadas dentro do envelope identificado com nome do participante e o corte temporal (de 3 a

6 meses). Após o período definido, a equipe cuidará de enviar o envelope à casa dos participantes (correio, VD).

Fechamento: distribuir aos participantes mudas de plantas para cuidarem, significando o cuidado que devem ter consigo mesmo.

8º Reciclagem

O propósito do encontro é lidar com a reconstrução da vida e rotina dos participantes. Para isso será realizado a dinâmica da reciclagem. Com uma questão ser discutida posteriormente: quais sentimentos, ações eu posso reciclar?

Dinâmica de reciclagem: solicitar previamente aos participantes que guardem, ou recolham com vizinhos, garrafas PET. No dia do 8º encontro, os participantes devem trazer as garrafas que conseguiram juntar, já lavadas e secas.

A equipe de saúde irá dispor aos participantes o material de apoio para o trabalho de reciclagem (tesoura, estilete, tintas, pincéis, cola quente, zíper, adesivos, pedraria). O coordenador do grupo orientará a confecção de vasilhinhos, porta-trecos, etc. Se houver algum participante com experiência nesse tipo de reciclagem, poderá ajudar os demais.

Fechamento: montar uma exposição da produção do grupo. Estimular os participantes a circularem pela exposição, admirando o que conseguiram reciclar. Em uma roda, pede-se aos participantes que sintetizem com uma frase o que vão tentar reciclar em sua rotina para conseguirem uma vida melhor, mais saudável.

9º Avaliação dos encontros

Para subsidiar a elaboração de outros grupos futuramente, será solicitado que os participantes façam uma avaliação dos encontros.

Dinâmica da Balança: consiste em desenhar uma balança grande. É solicitado ao grupo fazer uma avaliação dos encontros: de um lado da balança escrevem os pontos positivos; e de outro escrevem os pontos negativos. Para que lado a balança vai pesar? Discutir (Afonso MLM, 2006; p 162).

Fechamento: Bilhete Alegre: O coordenador distribuirá aos participantes corações de cartolina em número suficiente para que cada participante mande uma

mensagem positiva para todos os demais. Cada participante escreverá nos corações uma mensagem positiva, uma palavra de apoio. O objetivo é ajudar o outro com estímulos positivos, para se sintam automotivados para nas mudanças almejadas até o próximo encontro em 3 meses (Andrade SG, 1999; p 189-190).

10° encontro (após 3 meses) 11° encontro (após 6 meses): Acompanhamento

Foi adotado a mesma dinâmica de grupo para esses dois encontros.

Os encontros de 3 e 6 meses, após o 9° encontro, serão dedicados ao acompanhamento ao longo do tempo. Nesses encontros, serão discutidas as facilidades e dificuldades sobre a adoção de mudança, quais benefícios e prejuízos que foram percebidos. Para isso os participantes trarão as cartas que escreveram no 7° encontro e que já foram entregues nas residências destes.

Dinâmica: em uma cartolina ou papel pardo desenhar uma árvore. O coordenador do encontro disponibilizará aos participantes recortes de cartolina em forma de folhas, flores e frutos. Também deixará disponível canetas e fita adesiva. Após um discurso, baseado nas cartas, sobre conquistas e desafios dos últimos três meses, o coordenador pedirá aos participantes que escolham livremente flores, frutos e folhas para pendurarem na árvore, representado o que se passou desde o último encontro. Ao pendurar as folhas, flores ou frutos, os participantes explicarão suas escolhas.

Fechamento: cada participante receberá uma maçã como lanche. Como lembrança do Grupo e estímulo para a caminhada cada participante colherá uma flor, fruto ou folha da árvore montada no encontro.

Considerações Finais

Considerações Finais

A proposta desse estudo partiu de questionamentos e inquietações relativos à minha prática profissional como enfermeira da Estratégia Saúde da Família na UBS Parque Novo Mundo II, zona norte do Município de São Paulo.

O objetivo era propor a reorganização do Grupo do Parque, em um grupo educativo para usuários com HAS e DM, com o propósito de estimular o autocuidado apoiado.

Para o desenvolvimento do projeto fez-se uma revisão da literatura, cujo conteúdo compôs o substrato teórico da proposta de reorganização do Grupo, considerando-se o contexto e a realidade local.

A reorganização do Grupo do Parque levou em conta as características dos grupos operativos, como dinamicidade, reflexão, democracia e autonomia para alcançar mudanças por meio da empatia e alteridade entre os participantes. O intuito era o autocuidado acompanhado como uma forma de atendimento da equipe de saúde para as pessoas com doenças crônicas, para que estas sejam os agentes sociais produtores da saúde.

Os resultados do desenvolvimento do projeto foram: Planilha de 13 pontos para Estratificação de Risco na Condições Crônicas (P13ERCC) e um novo roteiro para o Grupo do Parque.

O roteiro do Grupo do Parque é suficientemente flexível para ser adaptado à diferentes realidades locais.

A planilha pode ser aplicada nas UBS, independentemente do grupo. A sua aplicação acompanhada de avaliações sistematizadas poderá compor estudos de validação de uma nova tecnologia resultante do projeto presente.

Espera-se, com os produtos, contribuir para a melhoria da atenção às pessoas com DM e HAS assistidas na APS.

Anexo

Anexo 1

Manual Passo a Passo para construção da planilha Estratificação:

1º- Abrir um novo arquivo Microsoft Excel.

2º- Click com o botão direito na aba “Plan1”, e escolha a opção “Renomear”.

Nomeie a “Plan1” como “Validação Dados”.

3º- Inclua os dados na planilha “Validação Dados” conforme disposição abaixo.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1	HORARIO	SEXO	MUDANÇA	FUMANTE	ALCOOL	DIETA	MEDICAÇÃO	EXERCÍCIO	140 - 159 90 - 99	160 - 179 100 - 109	≥180 ≥ 110	HB GLIC	CIRC ABDOM
2	MANHÃ	M	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
3	TARDE	F	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
4	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI

4º- Click com o botão direito na aba “Plan2”, e escolha a opção “Renomear”.

Nomeie a “Plan2” como “Banco Dados”.

5º- Inclua os dados na planilha “Banco Dados” conforme disposição abaixo.

QUESTÕES	PONTOS	PARÂMETRO	NULO
FUMANTE	1,00	0	
ALCOOL	1,00	0	
DIETA	1,00	0	
MEDICAÇÃO	1,00	0	
EXERCÍCIO	1,00	0	
140 - 159 / 90 - 99	2,00	0	
160 - 179 / 100 - 109	3,00	0	
≥180 / ≥ 110	4,00	0	
HB GLICADO ACIMA (adulto) 7	8,50	2	0
HB GLICADO ACIMA (idoso) 8.5	8,50	2	0
CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL M	102,00	2	0
CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL F	88,00	2	

6º- Click com o botão direito na aba “Plan3”, e escolha a opção “Renomear”.

Nomeie a “Plan3” como “Estratificação”.

7º- Nomear as colunas de “A” até “AD”, conforme abaixo.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	N	NOME COMPLETO	PRONTUÁRIO	SCORE	SEXO	IDADE	ANO ESC	HORARIO	MUDANÇA
2									

	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	FUMANTE	ALCOOL	DIETA	MEDIC	EXERC	VALORES DE PA			HB GLIC	CIRC ABDOM
2						140 – 159 90 – 99	160 – 179 100 – 109	≥ 180 ≥ 110	≥ 7,0	F ≥ 80 / M ≥ 94

	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD
1	FUMANTE	ALCOOL	DIETA	MEDIC	EXERC	140 – 159 90 – 99	160 – 179 100 – 109	≥ 180 ≥ 110	HB GLIC	CIRC ABDOM	PAR CIRC
2											

Para inserir cores nas células, selecione a área desejada, clique na seta circulada em vermelho e selecione a cor desejada.

8º- Agora, para incluir os filtros, selecione toda linha “1”, clicando sobre o número “1” indicada abaixo.

	A	B	C	D	E
1	N	NOME COMPLETO	PRONTUÁRIO	SCORE	SEXO
2					

Após selecionar a linha “1”, clique no botão “Filtro” no menu “Dados”.

9º- Vamos inserir uma a caixa de seleção para a coluna “Sexo”. Na coluna “E”, selecione a célula E3.

Clique no menu “Dados”, e escolha a opção “Validação de Dados” na seta destacada abaixo. Ao abrir a caixa de seleção, clique na opção “Validação de Dados”.

Na janela “Validação de Dados”, no campo “Permitir” selecione a opção “Lista”.

No campo “Fonte”, selecione a planilha “Validação Dados”, e selecione a área B2:B4. Clique em “OK”. Pronto, você já tem as opções “M”; “F” e “NI” na caixa de seleção “Sexo”. Repita o mesmo procedimento para os campos “Idade”, “Ano Esc”, “Horário”, “Mudança”, “Fumante”, “Alcool”, “Dieta”, “Medic”, “Exerc” e “Valores de PA”.

	A	B	C	D	E	F
1	HORARIO	SEXO	MUDANÇA	FUMANTE	ALCOOL	DIETA
2	MANHÃ	M	SIM	SIM	SIM	SIM
3	TARDE	F	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
4	NI	NI	NI	NI	NI	NI
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						

Validação de dados

Configurações Mensagem de entrada Alerta de erro

Critério de validação

Permitir: Lista ☒ Ignorar em branco

Dados: ☒ Menu suspenso na célula

está entre

Fonte: =Validação dados!\$B\$2:\$B\$4

☐ Aplicar alterações a todas as células com as mesmas configurações

Limpar tudo OK Cancelar

10º- Vamos relacionar os pontos da planilha “Banco de dados” com a “Estratificação”. Insira as fórmulas conforme tabela abaixo:

Célula	Referência	Fórmula
T3	FUMANTE	=SE(J3="SIM";'Banco Dados'!\$B\$2;'Banco Dados'!\$C\$2)
U3	ALCOOL	=SE(K3="SIM";'Banco Dados'!\$B\$3;'Banco Dados'!\$C\$3)
V3	DIETA	=SE(L3="NÃO";'Banco Dados'!\$B\$4;'Banco Dados'!\$C\$4)
W3	MEDIC	=SE(M3="NÃO";'Banco Dados'!\$B\$5;'Banco Dados'!\$C\$5)
X3	EXERC	=SE(N3="NÃO";'Banco Dados'!\$B\$6;'Banco Dados'!\$C\$6)
Y3	140 - 159 90 - 99	=SE(O3="SIM";'Banco Dados'!\$B\$7;'Banco Dados'!\$C\$7)
Z3	160 - 179 100 - 109	=SE(P3="SIM";'Banco Dados'!\$B\$8;'Banco Dados'!\$C\$8)
AA3	≥180 ≥ 110	=SE(Q3="SIM";'Banco Dados'!\$B\$9;'Banco Dados'!\$C\$9)
AB3	HB GLIC	=SE(R3>='Banco Dados'!\$C\$10;'Banco Dados'!\$B\$10;'Banco Dados'!\$D\$10)
AC3	CIRC ABDM	=SE(S3>=AD3;'Banco Dados'!\$B\$11;'Banco Dados'!\$D\$11)
AD3	PAR CIRC	=SE(E3="M";'Banco Dados'!\$C\$11;'Banco Dados'!\$C\$12)

11º- É necessário estender as fórmulas por toda a planilha. Selecione a célula T3 até a célula AD3. Aproxime o mouse no canto inferior direito da seleção, e quando a seta do mouse se transformar em um sinal de “+”, clique e arraste para baixo até a linha de número 702. Ou seja, a planilha estará dimensionada para 700 prontuários.

	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD
1											
2	FUMANTE	ALCOOL	DIETA	MEDIC	EXERC	140 - 159 90 - 99	160 - 179 100 - 109	≥ 180 ≥ 110	HB GLIC	CIRC ABDM	PAR CIRC
3											

12º- Na coluna “D” – “Score”, precisamos inserir a fórmula de soma para totalizar os pontos. Digite na célula “D3” a seguinte fórmula: =SOMA(T3:AC3). Siga o mesmo processo anterior: Selecione a célula D3, e aproxime o mouse no canto inferior direito da seleção, e quando a seta do mouse se transformar em um sinal de “+”, clique e arraste para baixo até a linha de número 700.

	A	B	C	D
1				
2	Nº	NOME COMPLETO	PRONTUÁRIO	SCORE
3	1			

13º- Faremos com que as opções selecionadas sejam destacadas com cores. Selecione as células “J3:K702”, ou seja, as colunas de “Fumante” e “Alcool” desde a linha “3” até a linha “702”. Após selecionar, clique no botão “Formatação condicional”, no menu “Página inicial”. Arraste o mouse até a opção “Realçar regras das células”, e em seguida até a opção “É igual a...”. Clique na Opção “É igual a...”

Abrirá a janela abaixo. Insira a palavra “SIM” no campo vazio, e em seguida clique na seta de seleção, e escolha a opção “Texto vermelho”. Clique em “OK”. Pronto, ao selecionar a opção “SIM”, a palavra deve destacar na cor vermelha.

Repita as etapas acima, porém selecionando as células “L3:N702”, ou seja, as colunas de “Dieta”, “Medic” e “Exerc” desde a linha “3” até a linha “702”. Após abrir a janela abaixo, insira a palavra “NÃO” ao invés da palavra “SIM”, e em seguida clique na seta de seleção, e escolha a opção “Texto vermelho”. Clique em “OK”. Pronto, ao selecionar a opção “NÃO”, a palavra deve destacar na cor vermelha.

Repita novamente as etapas acima, porém selecionando as células “O3:Q702”, ou seja, as colunas de “Valores de PA” desde a linha “3” até a linha “702”. Após abrir a janela abaixo, insira a palavra “SIM”, e em seguida clique na seta de seleção, e

escolha a opção “Texto vermelho”. Clique em “OK”. Pronto, ao selecionar a opção “SIM”, a palavra deve destacar na cor vermelha.

Agora selecione as células “R3:R702”, ou seja, as colunas de “HB GLIC $\geq 7,0$ ” desde a linha “3” até a linha “702”. Após selecionar, clique no botão “Formação condicional”, no menu “Página inicial”. Arraste o mouse até a opção “Realçar regras das células”, e em seguida até a opção “É maior do que...”. Clique na Opção “É maior do que...”

Abrirá a janela abaixo. Insira o número “6,99” no campo vazio, e em seguida clique na seta de seleção, e escolha a opção “Texto vermelho”. Clique em “OK”. Pronto, ao selecionar a opção “7,0”, o número deve destacar na cor vermelha.

14º- A soma do Score também deve ser destacada com cores. Selecione as células “D3:D702”, ou seja, a coluna de “Score” desde a linha “3” até a linha “702”. Após selecionar, clique no botão “Formação condicional”, no menu “Página inicial”. Arraste o mouse até a opção “Realçar regras das células”, e em seguida até a opção “É maior do que...”. Clique na Opção “É maior do que...”

Abrirá a janela abaixo. Insira o número “3” no campo vazio, e em seguida clique na seta de seleção, e escolha a opção “Formato personalizado...”. Na janela abaixo

“Formatar células” na aba “Fonte”, selecione a cor “vermelho”. Agora na aba “Preenchimento”, selecione a cor “amarelo”. Clique em “OK”. Pronto, ao somar número maior que “3”, o número deve destacar na cor vermelha, e o preenchimento deve ficar amarelo.

Mantenha selecionadas as células “D3:D702”, ou seja, a coluna de “Score” desde a linha “3” até a linha “702”. Clique novamente no botão “Formação condicional”, no menu “Página inicial”. Arraste o mouse até a opção “Realçar regras das células”, e em seguida até a opção “É maior do que...”. Clique na Opção “É maior do que...”

Abrirá a janela abaixo. Insira o número “6” no campo vazio, e em seguida clique na seta de seleção, e escolha a opção “Formato personalizado...”. Na janela abaixo “Formatar células” na aba “Fonte”, selecione a cor “preto”. Agora na aba “Preenchimento”, selecione a cor “vermelho”. Clique em “OK”. Pronto, ao somar número maior que “6”, a célula deve ficará preenchida na cor amarelo.

Referências

Referências

- Abrahão AL, Freitas CSF. Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2009; 17 (3): 466-441.
- Afonso MLM. Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006. p. 9-29.
- Andrade SG. Teoria e prática de dinâmica de grupo: jogos e exercícios. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
- Batista VVBHO; Vecchia MD. Os grupos na produção de conhecimento na psicologia: uma revisão de literatura. *Psicologia e Sociedade*; 2011; 23(2): 379-390.
- Bechelli LPC, Santos MA. Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, 2004; 12(2): 242-9.
- Bo S et al. Effectness of a lifestyle intervention on metabolic syndrome: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med*, 2007; 22(12): 1695 - 703.
- Boff L. A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana. Petrópolis-RJ: Vozes; 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasil; 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. As Cartas da Promoção a Saúde. Brasília; 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília; 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília; 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus. Brasília; 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: 1997 [citado 2014 mai. 14]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília; 2014.

Camargo BC. O construcionismo social no contexto da Estratégia Saúde da família: articulando saberes e práticas [Doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.

Campos RTO, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. Rev. Saúde Pública, 2008; 42 (6): 1090-6.

Cunha RCOB, Pezzato LM. Práticas educativas e produção de sentido In: Pelicioni MCF, Mialhe FL. Educação e promoção da saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos; 2012.p. 265 – 286.

Guazelli ME, Pereira IMTB. Considerações teóricas e uma aproximação às estratégias metodológicas em educação em saúde com base na promoção. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL. Educação e promoção da saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos; 2012.p. 99 – 114.

Grossman E, Cardoso MHCA. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. Rev. Bras. Educ Méd, 2006; 30 (1): 6-14.

Faria E. Dicionário escolar latino-português. Campanha nacional de educação. Ministério da educação e cultura. 4 ed. 1967

Favoreto CAO, Camargo Jr KR. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. Interface – Comunic., Saúde, Educ, 2011; 15 (37): 473-83.

Felipe GF. Educação em saúde: olhar da enfermeira e do usuário hipertenso [Dissertação]. Ceará: Universidade Estadual do Ceará; 2011.

Fernandes MTO, Soares SM, Silva LB. Limitações e possibilidade no desenvolvimento do trabalho com grupos na Estratégia Saúde da Família. Rev. Min. Enferm. 2008 [citado 2015 ago. 15]; 12 (3). Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/274>.

Freitas MC, Mendes MMR. Condição crônica: análise de conceito no contexto da saúde do adulto. Rer. Latino-Am Enfermagem. 2007; 15 (4): 590-7.

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

Huisman S et al. Self-regulation on weight reduction in patients with type 2 diabetes: a pilot intervention study. Patient Education and Counseling, 2009; 75: 84 - 90.

Lean MEJ et al. Waist circumference as a measure for indicating need for management. BMJ. 1995 [citado 2015 jun. 15]. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/311/6998/158>.

Loureiro SAG, Gonçalves BD, Smigay KE, Afonso MLM. “Oh! Pedaco de mim, Oh! Metade arrancada de mim...” Oficina sobre questões étnicas, com adolescentes negras, em uma escola pública. In oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006 p. 129-135.

Lorig KR, Holman H. Self-Management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Stanford University School of Medicine. Ann. Behav. Med. 2003; 26 (1).p. 1-7.

Maffaccioli R., Lopes MJM. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. Ciência e Saúde Coletiva. 2011; 16 (1) 973-82.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. Brasil: Organização Pan-americana da saúde; 2012

Mendes KDS et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e enfermagem. Texto e Contexto Enfermagem. 2008; 17(4): 758-64.

Mendonça FF, Nunes EFPA. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. Trab. Educ. Saúde [internet]. 2015 [citado 2015 ago. 15]; 13(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00053>.

Ohara E.C.C., Saito R.X.S. Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari; 2008.

Organização Mundial da Saúde/Unicef. Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Rússia; 1979. [citado 2014 mai.14]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf

Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: 2003. [citado 2014 mai.14]. Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>

Osório LC. Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era. Porto Alegre: Artmed; 2003.

Pelicioni MCF, Mialhe FL. Educação e promoção da saúde: teoria e prática. In: Cunha RCOB, Pezzato LM. Práticas educativas e produção de sentido. São Paulo: Santos; 2012. p. 265 – 86.

Penn D et al. Interim report on the provision of medical and allied services. London: 1920. [citado 2014 mai. 14]. Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/resources/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>

Pereira, AAM. Aspectos psicológicos envolvidos na não adesão. In Nobre F, Mion Júnior D. Adesão ao tratamento: O grande desafio das doenças crônicas e da Hipertensão Arterial. São Paulo: Casa Leitura Médica; 2013. p. 35-43

Prochaska, J., Diclemente, C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1983; 51, 390-395.

Rocha V, Schall VT, Lemos ES. A contribuição de um museu de ciências na formação de concepções sobre a saúde de jovens visitantes. *Interface Comunic Educ*. 2010; 14. 183 – 96 [citado 2014 jul.14]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/15.pdf.

Ribeiro et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da Saúde da Família. *Ver. Nutr*. 2012; 25 (2): 271-82.

São Paulo. Prefeitura de São Paulo. Unidade Básica de Saúde: Diretrizes Gerais: fortalecendo a Atenção Básica no Município de São Paulo. São Paulo; 2015.

Silva CMC, Mialhe FL, Pelicioni MCF, Pelicioni AF. Educação em saúde e suas práticas ao longo da história brasileira. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL. Educação e promoção da saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos; 2012.p. 03 – 22.

Silva JL. A prática educativa como expressão da prática profissional no contexto da equipe de saúde no município do Rio de Janeiro [mestrado]. Rio de Janeiro: Centro Biomédico – Faculdade de Enfermagem – Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.

Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface Comunic Saude Educ*. 2005; 9: 91-104.

Sociedade Brasileira de Diabetes. Conduta Terapêutica no Diabetes tipo 2: Algoritmo SBD 2014.

Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95 (1): 1-41. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.asp

Almeida AH, Trapé CA, Soares CB. Educação em saúde no trabalho que enfermagem. In: Soares CB, Campos CMS. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. Barueri: Manole; 2013.p. 293 – 325.

Starfield. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco-Ministério da Saúde; 2002.

Telesaúde Brasil, Telesaúde RS. Educação em Saúde: roteiro para trabalho de grupos em APS. [citado 2014 jul.14]. Disponível em: http://sistemas.fesfsus.ba.gov.br/BiblioFesf/protocolo_grupos.pdf

Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.

Tonstad S, Alm CS, Sandvik E. Effect of nurse counselling on metabolic risk factors in patients with mild hypertension: a randomised controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2006; 6: 160 – 164.

Vasconcelos EM. Educação popular em saúde: constituição e transformação de um campo de estudos e práticas na saúde coletiva. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL.

Educação e promoção da saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos; 2012.p. 313 – 346.

Vasconcelos EM. Espiritualidade e educação popular em saúde In: Pelicioni MCF, Mialhe FL. Educação e promoção da saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos; 2012.p. 367-90.

Yunes MAM. Resiliência e Promoção de desenvolvimento saudável: uma análise panorâmica dos discursos científicos. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL. Educação e promoção da saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos; 2012.p. 303 – 312.