

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

EMANUEL COSTA DE OLIVEIRA

**GRUPO OPERATIVO: UMA ABORDAGEM NO MANEJO DAS PESSOAS COM
DIABETES MELLITUS**

ALFENAS, MINAS GERAIS

2014

EMANUEL COSTA DE OLIVEIRA

**GRUPO OPERATIVO: UMA ABORDAGEM NO MANEJO DAS PESSOAS COM
DIABETES MELLITUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sueli Leiko Takamatsu Goyatá

ALFENAS, MINAS GERAIS

2014

EMANUEL COSTA DE OLIVEIRA

**GRUPO OPERATIVO: UMA ABORDAGEM NO MANEJO DAS PESSOAS COM
DIABETES MELLITUS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização em
Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sueli Leiko
Takamatsu Goyatá

BANCA EXAMINADORA

Prof.

Prof.

Aprovada em Alfenas: _____/_____/_____

RESUMO

Espera-se que a Estratégia Saúde da Família estimule a criação de vínculos e a corresponsabilidade entre profissionais de saúde e comunidade no sentido de ampliar a qualidade de vida da população. Este estudo teve como objetivo propor ações de intervenções para o atendimento integral ao paciente diabético, fundamentado na Teoria de Grupo Operativo de Pichon-Riviére. Os estudos evidenciam que a intervenção na modalidade grupal, revelou-se uma estratégia útil para o alcance dos objetivos educativos do programa implementado. Tal estratégia promove uma maior aceitação e conhecimento da patologia e, por conseguinte, uma atitude de maior aproveitamento dos aportes multiprofissionais fornecidos pela equipe da Unidade de Saúde da Família.

Palavras-chave: Grupo Operativo; Autocuidado; Educação em saúde; Diabetes.

ABSTRACT

It is expected that the Family Health Strategy encourages the creation of linkages and responsibility among health professionals and community to extend the quality of life. This study aimed to propose actions for interventions to comprehensive care to the diabetic patient, based on the theory of Operative Group Pichon-Rivi re. Studies show that the intervention in group mode, proved to be a useful strategy to achieve the educational goals of the program implemented. This strategy promotes greater acceptance and understanding of pathology and therefore an attitude of greater use of multidisciplinary contributions provided by the Family Health Care team.

Keywords: Operative Group, Self-care, Health Education; Diabetes.

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Deus, agradeço pelas portas que se abriram, abrem e abrirão em meu cominho, por me dar força para superar minhas limitações e por me prover de condições de concluir esse curso;

Aos meus pais e Ana por sempre me ajudar, pela presença, pelo constante incentivo, por garantir a minha formação pessoal e profissional;

Ao meu irmão pela disponibilidade em me ajudar e paciência, por ser sempre um amigo;

À minha querida filha, centro dos meus pensamentos e fonte de grande motivação.

Enfim, agradeço à Deus e a Virgem por toda minha vida!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS** - Agente Comunitário de Saúde
- APS** - Atenção Primária a Saúde
- DCV** - Doença cardiovascular
- DM** - Diabetes mellitus
- ESF** - Estratégia Saúde da Família
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- NASF** - Núcleo de Apoio a Saúde da Família
- PSF** - Programa de Saúde da Família
- SBD** - Sociedade Brasileira de Diabetes
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- UBS** - Unidade básica de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Principais problemas levantados.....	20
Figura 1-	Árvore explicativo do problema Diabetes mellitus.....	21
Quadro 2-	Desenho das operações.....	22
Quadro 3-	Recursos críticos.....	23
Quadro 4-	Análise da viabilidade do plano operativo.....	23
Quadro 5-	Plano operativo.....	24

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
1.1	Justificativa.....	10
2	OBJETIVOS.....	12
2.1	Objetivo geral.....	12
2.2	Objetivos específicos.....	12
3	A IMPORTÂNCIA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO PAPEL EDUCADOR.....	13
4	METODOLOGIA.....	17
5	CONSTRUÇÃO DO PLANO DE AÇÃO.....	18
5.1	O território.....	18
5.2	A Unidade de Saúde Primavera.....	19
5.3	Proposta de intervenção.....	24
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
	REFERÊNCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. A classificação do diabetes é dividida em: 1) Diabetes de tipo 1 ou imunomediado onde ocorre uma destruição de células B usualmente levando a deficiência absoluta de insulina. 2) Diabetes tipo 2 é provocado por um defeito na secreção e ação da insulina. Representa 90% a 95 % dos casos de diabetes. 3) Outros tipos específicos de diabetes como os mediados por defeitos genéticos e o diabetes gestacional. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2004).

Trata-se de uma doença crônica de manejo complexo uma vez que requer, além de cuidados médicos contínuos, uma demanda do paciente de um curso de auto-gestão, educação e comprometimento para evitar complicações agudas e reduzir o risco de complicações a longo prazo. O diabetes representa um grave problema de saúde pública por sua alta prevalência com elevada morbi-mortalidade e custos para o sistema de saúde (BRASIL, 2006).

O diabetes é comum e de incidência crescente no mundo e no Brasil, tanto em relação ao número de casos da doença, de incapacidades, de mortalidade precoce e de custos para o controle e tratamento das complicações (TORRES et al., 2009).

Estima-se que em 2030 haverá cerca de 300 milhões de diabéticos no mundo. São mais de 4 milhões de mortes ao ano o que representa 9% mortalidade mundial em consequência do diabetes ou suas complicações acarretando consequências humanas, sociais e econômicas devastadoras: No Brasil, no final da década de 1980, estimou-se que o diabetes ocorria em cerca de 8% da população, de 30 a 69 anos de idade, residente em áreas metropolitanas brasileiras. Hoje estima-se 11% da população igual ou superior a 40 anos são portadores de DM (BRASIL, 2010).

O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos ele deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise qualidade de vida e autonomia.(SANTOS, 2007).

Um dos maiores problemas com que se defrontam os profissionais da saúde no atendimento aos diabéticos é a baixa adesão ao tratamento e a escassa educação em saúde, isso se deve a falta de conhecimento e corresponsabilização a cerca do tratamento dessa patologia (SANTOS, 2007).

Os grupos operativos são ferramentas de incorporação do saber caracterizados pela didática horizontal que torna o indivíduo um agente ativo e responsável da mudança de hábitos. Além de serem instrumentos de acolhimento, vínculo ,integralidade, corresponsabilidade e trabalho em equipe (RIBEIRO, 2012).

A implementação de atividades envolvendo grupos operativos para melhorar o manejo do paciente portador de diabetes pode ser muito eficiente. pois gera compromisso, conhecimento e apoio psicológico ao participante, trocando uma postura de passividade para uma pró-ativa

1.1 JUSTIFICATIVA

Com o estilo de vida contemporâneo, a alimentação inapropriada somada ao sedentarismo e obesidade culmina em elevada prevalência de doenças metabólicas, sendo o principal representante o diabetes, considerado importante fator de risco para uma das principais causas de morbimortalidade: doenças cerebro-cardio-vasculares.(BRASIL, 2010).

Trata-se de uma condição mórbida passível de controle eficaz com drogas hipoglicemiantes e mudanças no estilo de vida, capazes de evitar complicações

sérias e irreversíveis. O grande desafio no controle glicêmico consiste na adesão do paciente ao tratamento proposto, especialmente quanto à medidas não farmacológicas, modificação dos hábitos de vida. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2004)

Os grupos operativos têm sido utilizados na atenção primária para proporcionar ao paciente orientação para o autocuidado, maior esclarecimento sobre a história natural, complicações e manejo de sua condição de saúde (DIAS, 2006).

Diante da importância do processo educativo para melhorar adesão reduzindo complicações, pretende-se com esse estudo propor um maior trabalho com grupos operativos dirigidos a portadores de diabetes.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de ação para a implantação da prática educativa por meio do grupo operativo para a atuação da equipe de saúde na promoção à saúde, adesão ao tratamento e na prevenção das complicações do Diabetes mellitus.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever os conceitos teóricos para oferecer substrato de educação permanente em saúde capacitando melhor os profissionais de saúde e humanizando a assistência empregada.
- Melhorar a adesão do paciente ao tratamento do Diabetes através da pratica educativa do grupo operacional.
- Minimizar as complicações do Diabetes através de um maior auto-conhecimento ao portador do Diabetes .
- Gerar maior autonomia e corresponsabilização (profissional-paciente) no tratamento à longo prazo do Diabetes.
- Demonstrar a importância um programa de atendimento ao paciente diabético, fundamentado na exploração de expectativas e sentimentos envolvidos no processo de adoecimento, favorecer a troca de experiências e a consolidação da aprendizagem sobre essa afecção.

4. A IMPORTÂNCIA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO PAPEL EDUCADOR

A Estratégia da saúde da família (ESF) é caracterizada pela multidisciplinaridade do trabalho em equipe. Uma das principais ferramentas para a promoção da saúde, a prevenção (primária ou secundária) de doenças e a integralidade é o trabalho em grupo (DIAS, 2006).

A ESF estimula a criação de vínculos, de laços e de corresponsabilidades entre profissionais de saúde e comunidade tornando-a objeto central de atenção no ambiente em que vive (BRASIL, 1994). Possibilitando com maior efetividade e ênfase em sensibilizar a família para uma nova perspectiva de vida e com isso trabalhar na prevenção, promoção, recuperação da saúde, como também, no diagnóstico e tratamento precoce das morbidades mais frequentes na população (RIBEIRO, 2012).

Como resultado direto desse poder de atuação da Atenção Básica, leva a um maior controle das injúrias agudas e principalmente, das complicações de inúmeras morbidades crônicas à saúde. Portanto assim reduz-se a sobrecarga dos serviços secundários, o número absoluto de internações em hospitais gerais e a demanda dos serviços de urgência e emergência, além de uma expressiva redução de gastos de saúde pública (DIAS, 2006).

Para que isto aconteça, é preciso uma permanente interação dos serviços de saúde (ESF) com a comunidade, no sentido de mobilizá-la e estimular sua participação (MORI, 2010), gerando um grau de comprometimento e sobretudo, uma postura pró-ativa do indivíduo e da comunidade perante sua condição de saúde.

As ações educativas com a participação ampliada da comunidade é um dos mecanismos essenciais para as equipes de Saúde da Família alcançarem seus objetivos. O grupo é um importante espaço para discutir diversos temas e ao mesmo tempo enfrentar problemas que estão relacionados com qualidade e hábitos de vida do indivíduo e fatores como meio ambiente, participação social,

educação, saneamento básico, transporte coletivo entre outros (RIBEIRO, 2012).

A educação em saúde não se limita à prevenção de doenças, mas amplia-se para a esfera dos direitos e da construção da cidadania, procurando discutir as raízes dos problemas de saúde nos moldes de um processo político e dialógico que possibilite a reflexão sobre a realidade social e a sua transformação (TRAPÉ; SOARES, 2007 APUD RIBEIRO, 2012).

A teoria e técnica de grupos operativos, foi desenvolvida por Enrique Pichon-Rivière (1907-1977), médico psiquiatra e psicanalista de origem suíça, que viveu na Argentina desde seus quatro anos de idade. O fenômeno disparador da técnica de grupos operativos foi um incidente vivido no hospital psiquiátrico De Las Mercês, em Rosário, onde desempenhava atividades clínicas e docentes. Esse incidente consistiu na greve do pessoal de enfermagem desse hospital. Para superar aquela situação crítica, Pichon-Rivière colocou os pacientes menos comprometidos para assistir aos mais comprometidos. Observou que os subgrupos apresentaram significativas melhoras de seus quadros clínicos. O novo processo de comunicação estabelecido entre os pacientes e a ruptura de papéis estereotipados - o de quem é cuidado, para o de quem cuida - foram os elementos referenciais do processo de evolução desses enfermos. Intrigado com esse resultado passou a estudar os fenômenos grupais a partir dos postulados da psicanálise, da teoria de campo de Kurt Lewin e da teoria de Comunicação e Interação. As convergências dessas teorias constituíram-se nos fundamentos da teoria e da técnica de grupos operativos de Pichon-Rivière (ABDUCH, 1999).

Os grupos operativos trabalham na dialética do ensinar-aprender através da interação e proporcionando trocas construtivas entre seus componentes. (DIAS, 2006). São considerados como princípios organizadores do um grupo operativo o vínculo entre seus participantes e a tarefa, processo de compartilhar necessidades em torno de objetivos comuns (ZIMERMAN, 1997).

Na revisão de literatura encontrou-se um estudo descrito por Pereira e Lima (2002) que teve por objetivos analisar a importância do grupo de diabéticos

como instrumento de trabalho do enfermeiro, avaliar as atividades desenvolvidas, segundo a opinião dos usuários. Os resultados revelaram que o relacionamento humano e a troca de experiências, baseados na cooperação entre os integrantes do grupo, contribuem para a eficácia do tratamento do diabetes.

Outro estudo realizado em um ambulatório de uma unidade hospitalar da cidade de Belo Horizonte relatado por Torres e colaboradores (2009) fundamentado na Teoria de Grupo Operativo de Pichon-Rivière. Esse estudo mostrou a importância da corresponsabilização no sucesso de um programa de atendimento integral ao paciente diabético. O tempo de contato, o número de profissionais e de sessões na educação em grupo e individual promoveram melhora de conhecimento e atitudes o que pode ter favorecido a mudança de comportamento das pessoas, que aderiram à dieta e às atividades físicas. Entretanto, o que se observa no cotidiano da assistência é que as Equipes de Saúde da Família encontram dificuldades na implementação de práticas de grupos, com foco na Promoção da Saúde. Os grupos são as principais ações realizadas com enfoque na Promoção da Saúde, sendo, na maioria das vezes, dirigidos a enfermidades específicas.

Percebe-se que esses grupos funcionam na perspectiva de racionalização do processo de trabalho uma vez que diminuem a demanda por consultas médicas e de enfermagem. Impera ainda a utilização de metodologias educativas tradicionais, como as palestras, visando mudanças de comportamento e hábitos por meio da transmissão de informações. Percebe-se também pouca participação dos usuários nos grupos, pois são organizados de acordo com o interesse da equipe de saúde. Diante disso, evidencia-se a necessidade de avanços conceituais e práticos nas ações de grupos que possam contribuir para a promoção da saúde das pessoas com foco na cidadania, autonomia e empoderamento (HORTA et al., 2009).

O modelo tradicional de assistência em saúde, medicocêntrica unilateral e vertical, freqüentemente deixa escapar aspectos culturais, sociais e subjetivos que permeiam o processo saúde-doença. Nesse sentido, muitos programas de

educação em saúde fracassam, pois negligenciam os aspectos psicológicos, socioculturais, interpessoais e as reais necessidades dos pacientes (SANTOS et al., 2007).

Assim, a abordagem de Grupo Operativo para Santos e colaboradores (2007) busca estimular a autonomia dos seus participantes, permitindo uma adaptação ativa e criativa à realidade, possibilitando fazer escolhas mais maduras e assumir maior responsabilidade por essas escolhas. Desse modo, segundo o autor, pode-se contribuir para uma maior adesão das pessoas com diabetes ao tratamento e fortalecer a responsabilidade em relação à condução do tratamento e da própria vida.

A aprendizagem é o centro no processo grupal. A partir do processo de interação institui-se uma situação de aprendizagem que leva os participantes apropriarem-se da realidade e aprenderem a pensar de forma compartilhada. A cada encontro, os participantes aprendem a organizar e significar suas próprias experiências, sensações e percepções, (re)construindo o seu modelo interno a partir dos processos interativos (ALMEIDA; SOARES, 2010).

Para essas autoras a proposta de Pichon-Reviéri tem como finalidade promover mudanças de atitudes das pessoas por meio da elaboração dos significados, sentimentos e relações presentes nos grupos operativos.

Esse trabalho pretende mostrar a importância da educação multidisciplinar e a troca de experiência grupal, entendendo que um novo conhecimento é produzido a partir das diversas perspectivas e experiências individuais e coletivas.

3. METODOLOGIA

O presente trabalho constitui-se de um estudo de revisão de pesquisa bibliográfica, de natureza descritiva (PEREIRA, 2008), voltado para a intervenção educativa junto aos usuários do sistema de saúde primário, a partir de necessidades identificadas através da observação.

A revisão bibliográfica foi realizada utilizando-se as bases eletrônicas da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Lilacs, Scielo, Google Acadêmico, Up to Date e livros textos. A busca dos artigos científicos publicados em periódicos eletrônicos foi realizada no período de 2000 a 2013. Os descritores utilizados foram: grupo operativo, diabetes, educação em saúde.

4 CONSTRUÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

4.1 O território

Alfenas é um município de área 848,320 km² de território, localizada no sul de Minas Gerais, dista 344 km da capital Belo Horizonte. Apresenta uma População 73.722 hab., onde predomina agricultura cafeeira, base da economia, as margens da represa de furnas que constitui uma bela paisagem (IBGE, 2010).

Os recursos de saúde do município inclui a presença, no nível primário, de 07 UBS, com 14 PSF, sendo 13 urbanas e uma rural.

O programa Saúde da Família foi implantado no município de Alfenas em 2004.

Esse Programa deve ser entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, organizada a partir da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área territorial delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes da população residente na área adstrita e na manutenção da saúde da comunidade (BRASIL, 1994).

Segundo Oliveira e Borges (2007) o PSF tem como objetivo atender às necessidades de saúde das pessoas. Apresenta como foco de trabalho a família, buscando estabelecer um vínculo e conhecer as principais dificuldades e os problemas da comunidade. Assim, a unidade de saúde poderá intervir de modo adequado e na medida em que as necessidades de saúde forem identificadas.

Nas Unidades de Saúde da Família, as atividades são realizadas pela equipe de saúde da família, composta no mínimo por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de

saúde (ACS), podendo ainda contar com outros profissionais (Psicólogo, Assistente social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Dentista) (BRASIL, 1994).

No nível secundário conta-se com ambulatórios de especialidades nas diversas áreas e no nível terciário temos a presença de 03 hospitais (HUAV, Santa Casa e IMESA), sendo 02 vinculados ao SUS. Esses níveis se relacionam no sistema de referencia e contra referência deficitário e pouco eficiente.

4.2A Unidade de Saúde Primavera

A Unidade de Saúde Jardim Primavera, onde processa-se esse estudo abrange uma população total de 3721 habitantes, divididos em 07 microáreas pelos ACS. Tem um total 1121 famílias cobertos pelo PSF. O Ministério da Saúde recomenda que cada PSF assista de 600 a 1000 famílias, com o limite máximo de 4.000 habitantes. Cada agente comunitário de Saúde (ACS) da equipe cobre uma área de no máximo 750 pessoas. A proporção é definida pelo risco que a região representa para a saúde da comunidade (BRASIL, 1994).

Segundo gestores locais, o nível de analfabetos gira em torno 30%. A taxa de desemprego em torno de 10% e principais postos de trabalho se constituem de um misto de serviços gerais com agricultura. Em geral vivem em residência própria, mantido com renda mensal de aproximadamente um salário mínimo. Possuem adequado saneamento básico e água potável. Serviços de luz elétrica, água abrangem a maior parcela da população adoece principalmente de agravos crônicos.

A Unidade de Saúde é inserida na comunidade em uma área física de boa localização e fácil acesso com bons recursos materiais disponíveis ao comparado com a realidade brasileira.

Atualmente a unidade é composta por um médico, um cirurgião dentista, uma enfermeira e duas técnicas em enfermagem. Conta-se com presença do NASF

representados por uma psicóloga, uma fisioterapeuta e a terapeuta ocupacional.

Através da análise situacional realizado na comunidade foi observado um grande déficit no manejo em longo prazo das condições de saúde crônicas como o diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia, síndrome metabólica e envolvendo saúde mental como depressão e ansiedade.

Um nó crítico encontrado em praticamente todos esses problemas consiste na dificuldade de manutenção dos tratamentos propostos, ou seja, baixa adesão das pessoas com diabetes mellitus tipo 2.

Um fator que contribui para essa atitude negativa na condução dos problemas de saúde de um indivíduo constitui a falta de conhecimento acerca das complicações dos seus problemas de saúde.

A equipe de saúde da família selecionou o Diabetes tipo 2 pela sua alta prevalência e incidência na população atual.

Quadro 1- Principais problemas de saúde levantados.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Diabetes tipo 2	Alta	8	Parcial	1
Hipertensão	Alta	9	Parcial	2
Transtornos mentais	Alta	7	Parcial	2
Obesidade	Alta	6	Parcial	3

Descritores	Valores	Fontes
Diabéticos esperados	283 (7,6 % da população)	SBD
Diabéticos confirmados	490	Registro da equipe
Diabéticos controlados	Menor 50%	Registro da equipe

A equipe de saúde da família deve, portanto, identificar quais os problemas necessitam de um trabalho de educação em saúde. A aplicação da educação em saúde exige uma participação ativa dos sujeitos, possibilitando as mudanças de suas atitudes, conhecimentos e habilidades para lidar com os próprios problemas. Nesse contexto, o trabalho em grupo na ESF é uma alternativa frequentemente utilizada nas práticas assistenciais (DIAS; SIQUEIRA, WITT, 2009).

Classificação de prioridades para os problemas PSF Primavera/ Dados

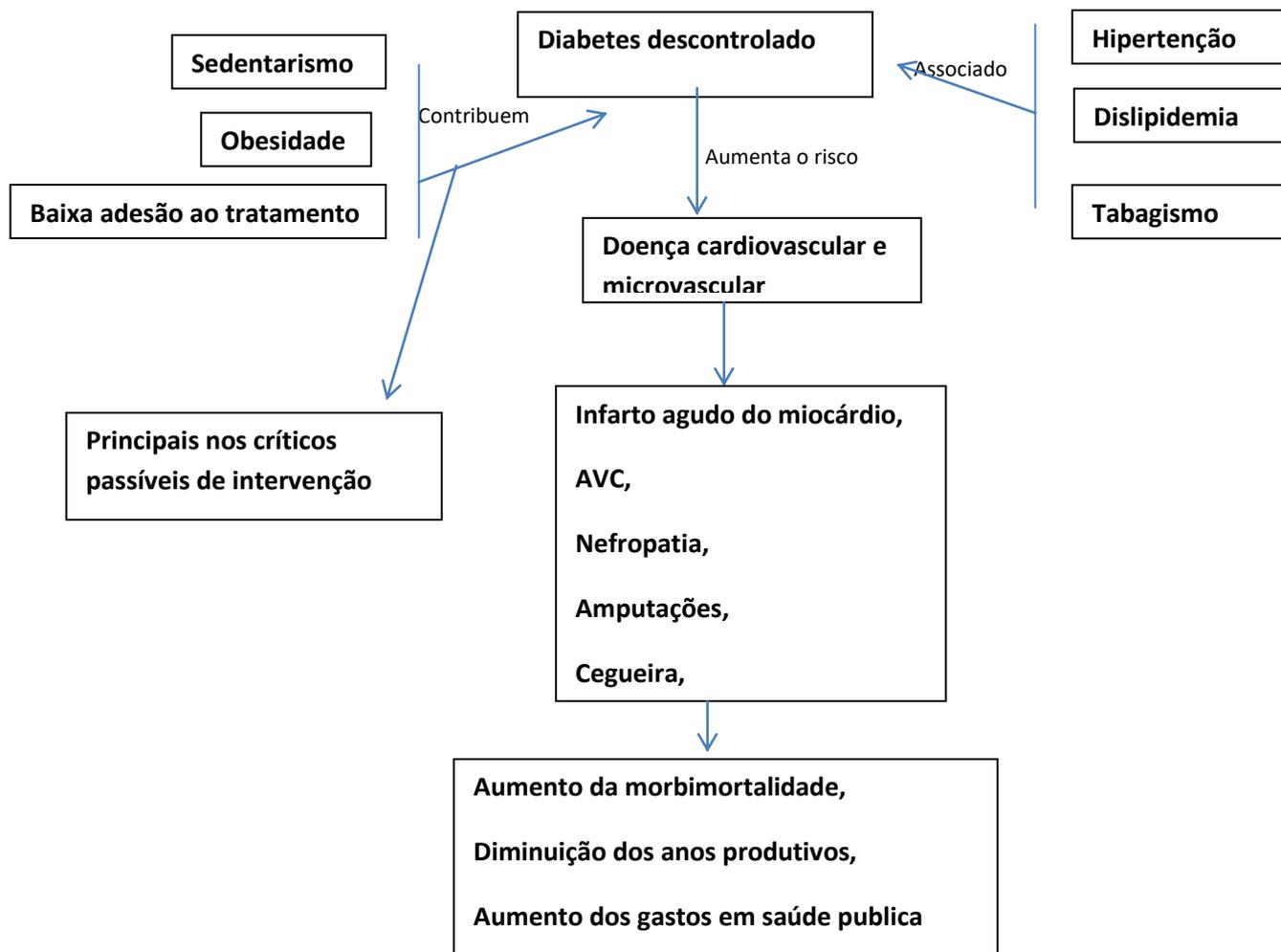


Figura 1 – Arvore explicativa do problema diabetes mellitus na Unidade de Saúde Primavera, Alfenas, 2013.

Quadro 2- Desenho das operações para os nós críticos do manejo do Diabetes

Nó crítico	Operação / projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Sedentarismo	Mais ativo: Estímulo a prática de atividade física e mudança dos hábitos e estilos de vida.	Diminuir o sedentarismo, principalmente, entre os portadores de Diabetes Melitos	Programa de caminhada orientada, programa de alongamento com fisioterapeuta, campanhas educativas na rádio e nas Unidades de Saúde da Família	<ul style="list-style-type: none"> • Financeiro- confecção de, faixas e camisetas. • Cognitivos- informação sobre o tema, • Organizacional- formação de grupos de caminhadas e de alongamento. • Político- espaço na rádio local, propaganda em carros de som.
Baixa adesão	Se conhecendo: Aumentar o conhecimento da população portadora a cerca do Diabetes	Fornecer o mínimo de conhecimento para maior autonomia no tratamento dos pacientes resultando em mais aderência terapêutica.	Esclarecer a história natural da doença, as complicações, a importância do seguimento do tratamento, tirando dúvidas através de campanhas e grupos operativos	<ul style="list-style-type: none"> • Financeiro- confecção de folders, cartilhas. • Cognitivos- informação sobre o tema, palestras, depoimentos. • Organizacional- formação de grupos operativos.
Estrutura do sistema de saúde	Cuidar mais: Oferecer maior seguimento aos portadores de Diabetes.	Seguimento mais rigoroso e insumos aos portadores de Diabetes	Garantir medicamentos, acompanhamento nutricional, consultas especializadas e glicosímetro a 80% dos portadores de DM	<ul style="list-style-type: none"> • Financeiro- aumentar oferta de consultas especializadas, exames e insumos aos pacientes. • Político- aumento de recursos para serviços envolvendo o manejo do Diabetes

Quadro 3- Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do manejo do diabetes mellitus

Operação/projeto	Recursos críticos
Mais ativo	Financeiro- confecção de faixas e camisetas. Político- espaço na rádio local, propaganda em carros de som.
Se conhecendo	Organizacional- formação de grupos operativos.
Cuidar mais	Político- aumento de recursos para serviços envolvendo o manejo do Diabetes.

Quadro 4- Análise da viabilidade do plano operativo

Operação/projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica	Tempo estimado para implantação
		Ator que controla	Motivação		
Mais ativo	Financeiro- confecção de faixas e camisetas. Político- espaço na rádio local, propaganda em carros de som.	Comunicação e participação social	Favorável	Participação de profissionais (educadores físicos, fisioterapeutas e ACS)	Imediato
Se conhecendo	Organizacional- formação de grupos operativos.	Iniciativa dos profissionais da saúde Participação coletiva	Favorável	Divulgação nas consultas e busca ativa	Tempo necessário para capacitar os profissionais na metodologia do trabalho em grupo operativo.
Cuidar mais	Político- aumento de recursos para serviços envolvendo o manejo do Diabetes	Secretaria de saúde	Indiferente	Apresentar projeto a Prefeitura Municipal	Depende da gestão em saúde.

4.3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Quadro 5- Plano Operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Mais ativo (Divulgar e promover a propaganda dos grupos operativos para pessoas com DM)	Aumento da comunicação e participação social nos grupos operativos	Confecção de faixas e camisetas. Comunicação pela rádio local, propaganda em carros de som.	Apresentar o projeto Folhetos explicativos da importância da participação nos grupos operativos para o manejo da diabetes mellitus	Enf ^a	Imediato
Se conhecendo (Capacitar a equipe para operar os GO)	Grupos operativos implantados e em funcionamento	Organização dos grupos operativos e planejamento das atividades	Divulgar o GO nas consultas médicas e promover busca ativa das pessoas com DM na área adstrita do PSF	ACS	Um mês
Cuidar mais (Aumentar os recursos financeiros e orçamentários municipais)	Maior aporte financeiro e orçamentário para o manejo da DM	Grupos operativos funcionando, equipamentos/material de consumo adquiridos e medicamentos disponíveis	Apresentar a proposta ao Gestor municipal e Prefeito, bem como aos vereadores e líderes para apoio político/social e viabilidade do plano	Gestor de Saúde e Prefeito Municipal	Seis meses

A proposta de intervenção aqui exposta tem como foco o processo de educação em saúde por meio dos grupos operativos, com enfoque na abordagem do paciente diabético, conta para sua elaboração a participação dos profissionais que atuam na ESF (agentes comunitários, nutricionista, educador físico, enfermeira e médico).

Para tanto, é necessário a implementação da capacitação dos profissionais da equipe de saúde da família, na metodologia do trabalho em grupo operativo sob a responsabilidade da Enfermeira da Unidade de Saúde. Além disso, a divulgação e a propaganda das atividades dos grupos operativos para as pessoas com diabetes mellitus e seus familiares da área adstrita sob a responsabilidade da ESF e gestor

municipal (para garantia do recurso financeiro), e maior aporte financeiro-orçamentário para a prevenção, o tratamento e a manutenção da saúde das pessoas acometidas, que deve estar sob a responsabilidade do Prefeito Municipal. No entanto, a eficácia dessa proposta depende de todos os atores sociais envolvidos no processo, como os profissionais de saúde, os usuários e o gestor municipal.

Pretende-se com essa proposta que os grupos operativos proporcionem a construção do conhecimento por meio da escuta, reflexão e problematização da realidade do usuário, onde possam identificar a importância do saber sobre a dieta, tratamento e atividade física (TORRES et al., 2013).

Essa estratégia busca contemplar a interdisciplinaridade e responder a possibilidade de produção do conhecimento, autocuidado e corresponsabilização na gestão do tratamento pelo paciente na ESF, no campo da integralidade do cuidado individual e coletivo.

Esta proposta tem sua base teórica na concepção de educação como construção coletiva do processo educativo em saúde, no qual se inclui o saber dos profissionais e da população em um processo social interativo.

De acordo com o modelo de ESF, uma de suas atribuições é compartilhar informações que possam gerar conhecimentos e com isso propiciar à comunidade oportunidade para que a mesma modifique seus hábitos de vida por meio de uma nova concepção sobre os fatores determinantes e condicionantes de saúde.

Para que essas informações sejam realmente efetivas a comunidade, a equipe deve disponibilizar as ferramentas, como o modelo teórico de grupo operativo aqui proposto, capaz de assegurar o aproveitamento máximo das informações compartilhadas, visando o objetivo principal que é a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde da comunidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os grupos operativos são ferramentas de compartilhamento do saber caracterizados pela didática horizontal que torna o indivíduo um agente ativo e responsável pela mudança de seus hábitos e atitudes frente aos agravos. Além de serem instrumentos de acolhimento, vinculação e promoção da coresponsabilidade e trabalho em equipe, no contexto da estratégia de saúde da família.

A proposta de intervenção na modalidade grupal, pode se traduzir em uma estratégia útil para o alcance dos objetivos educativos do programa de prevenção e tratamento de pessoas acometidas pelo diabetes mellitus. O Grupo Operativo, ao permitir aprender a pensar com o outro, possibilita superar as dificuldades por meio do potencial das trocas de experiências, enriquecendo o conhecimento de si e do outro.

O aprendizado baseado no respeito à experiência individual e emocional dos diabéticos, de acordo com a literatura, tem propiciado maior aceitação da enfermidade. Os participantes podem identificar e explorar os aspectos emocionais e culturais que dificultam a adoção de hábitos saudáveis de vida.

Conclui-se que o grupo cumpre seu papel educativo, conscientizando seus integrantes para enfrentamento mais eficiente das dificuldades para adesão ao tratamento, promovendo uma maior aceitação do diabetes e, por conseguinte, uma atitude de maior aproveitamento dos processos educativos multiprofissionais oferecidos pela equipe da estratégia de saúde da família.

Como afirmam Dias, Siqueira e Witt (2009), os espaços dialógicos estabelecidos pelos grupos operativos favorecem o aprimoramento de todos os atores envolvidos, tanto no aspecto pessoal, como profissional por meio da valorização dos diferentes saberes e da possibilidade de intervir no processo saúde e doença de cada sujeito, de forma ativa e compartilhada.

REFERÊNCIAS

ABDUCH, C. *Grupos Operativos com Adolescentes*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Cadernos, juventude saúde e desenvolvimento, v.1. Brasília, DF, agosto, 1999.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família*. Brasília: COSAC, 1994

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. *Iniciação à metodologia: textos científicos*. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013.

DIAS, R. B.; CASTRO, F. M. *Grupos Operativos*. Grupo de Estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. *Rev. APS*, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009.

HORTA, N. C. et al. A prática de grupos como possibilidade de promoção da saúde no programa saúde da família. *Revista de APS*, v. 12, n. 3, p. 293-301, jul./set. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Sistema IBGE de Recuperação Eletrônica (SIDRA)*. 2010. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br>>. Acesso em: 06 de jan. de 2013.

MORI, A. C. K. *A influência do grupo operacional na assistência aos hipertensos e diabéticos pelos profissionais da Equipe de Saúde do bairro Jardim Primavera - Uberaba - Minas Gerais*. Trabalho de Conclusão de Curso: Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2010.

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia teoria e prática*. Reimp. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PEREIRA, G. A.; LIMA, M. A. L. Relato de experiência com grupo na assistência de enfermagem à diabéticos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 142-157, 2002.

RIBEIRO, N. I. C. *Grupos educativos: uma estratégia na atenção primária*. UFMG - Trabalho de Conclusão de Curso: Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2012.

RIVIERE, E. P. *O processo grupal*. 3 ed. São Paulo (SP): Martins Fontes, 1982.

SANTOS, M. A. et al. Grupo operativo como estratégia para atenção integral ao diabético. *Rev Enferm UERJ*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 242-247, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. *Diabetes Mellitus: Classificação e Diagnóstico*. Projeto Diretrizes – Associação Médica Brasileira, 2004. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/06-diabetes-c.pdf>. Acesso em: 06 de jan. de 2013.

TORRES, H. C. et al. Grupo operativo: prática educativa como expressão para o autocuidado em diabetes mellitus tipo 2. *Gestão e Saúde*, n. 4, dez. 2013.

Disponível em:

<<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/583>>. Acesso em: 17 Jan. 2014.

ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, L. C.; et.al. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.