

**FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA – FESF**  
**FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ-FIOCRUZ**  
**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MARIA ANGÉLICA CARNEIRO DA SILVA**

**ATENDIMENTO EM GRUPO COMO UMA FERRAMENTA NO CUIDADO  
EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

SALVADOR-BA

2017

**MARIA ANGÉLICA CARNEIRO DA SILVA**

**ATENDIMENTO EM GRUPO COMO UMA FERRAMENTA NO CUIDADO  
EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho apresentado no Programa de Residência  
Multiprofissional de Saúde da Família–FESF/FIOCRUZ  
como requisito para obtenção do grau de especialista

Orientador: Mariana Machado Aragão

SALVADOR-BA

2017

**MARIA ANGÉLICA CARNEIRO DA SILVA**

**ATENDIMENTO EM GRUPO COMO UMA FERRAMENTA NO CUIDADO  
EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Este trabalho foi apresentado, julgada e aprovado, como requisito parcial para obtenção do Grau de Especialista em Saúde da Família através da Fundação Estatal de Saúde da Família- FESF/ Fiocruz, pela seguinte banca examinadora.

Aprovada em, Salvador, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Mariana Machado Aragão  
Orientadora

---

1º Membro da Banca Examinadora

---

2º Membro da Banca Examinadora

CARNEIRO DA SILVA, Maria Angélica. **Atendimento em grupo como uma ferramenta no cuidado em saúde: relato de experiência.** Trabalho de conclusão de residência. Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-BA), em parceria com a Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS), 2017.

## RESUMO

A educação em saúde torna-se imprescindível no cuidado em saúde, dentro dessa perspectiva o conhecimento é construído em conjunto com os profissionais de saúde, entre si, com o seu meio e principalmente com os usuários. Esse processo é fundamental para a Atenção Primária, pois está estritamente relacionado com a promoção de saúde. As práticas coletivas são ferramentas importantes para promover saúde, dentre elas o trabalho com grupos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem papel fundamental, principalmente quando seu foco está voltado para as necessidades do território e seus usuários. Dentre as várias ações que podem ser realizadas em um grupo, podemos destacar as intervenções de cuidado, individuais ou coletivas. O presente trabalho, realizado na modalidade de relato de experiência, tem como objetivo geral analisar o atendimento em grupo na Unidade de Saúde da Família de Nova Aliança em Camaçari-Ba para usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Assim como descrever a organização e funcionamento do grupo de atendimento coletivo, identificando as potencialidades e dificuldades para a sua implantação como ferramenta no cuidado em saúde. A proposta de realizar o atendimento em grupo surge como uma estratégia para captar os usuários no território, melhorar o acesso no serviço de saúde e propor um espaço dialógico, onde há a possibilidade de unir práticas assistenciais com enfoque na educação em saúde, mas que possibilitasse prestar cuidados gerais e imprescindíveis presentes na consulta individual. Considerando os fatores positivos e limitações para o trabalho com grupos na atenção básica, enfatizando nesse contexto a proposta de atendimento em grupo pode-se concluir que essa estratégia de cuidado pode ser muito benéfica e eficaz para auxiliar os usuários no seu autocuidado, para fomentar novas formas de enfrentamento para as dificuldades vividas, assim como para propiciar vínculo e um melhor acompanhamento com a equipe de saúde de referência.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Grupos; Atendimento Coletivo

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>2. METODOLOGIA.....</b>	<b>7</b>
<b>3. ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DOS GRUPOS.....</b>	<b>8</b>
<b>4. ANALISANDO O PROCESSO DO GRUPO.....</b>	<b>11</b>
4.1 Estratégia de Atendimento em Grupo: limites e possibilidades.....	11
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>16</b>

## 1. INTRODUÇÃO:

O processo educativo se dá a partir da construção do conhecimento, e não pela sua transferência, considerando que estamos constantemente em nosso meio aprendendo para ensinar (FREIRE, 1996). Nesse processo de produção de conhecimento os diversos saberes se encontram, se fundem e assim são disseminados para o meio.

A educação em saúde pode ser definida como conjunto de práticas que acontecem através das relações sociais e no cotidiano de suas ações, geralmente construídas pelos profissionais de saúde, entre si e com o seu meio, destacando neste, principalmente os usuários (L'ABBATE, 1994). Nessa perspectiva pode-se inferir que a educação em saúde é imprescindível para efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e inerente ao processo de cuidar, principalmente dentro da atenção primária à saúde onde esse conceito relaciona-se estritamente com a promoção de saúde.

As práticas coletivas são ferramentas importantes para promover saúde, dentre elas o trabalho com grupos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem papel fundamental, principalmente quando seu foco está voltado para as necessidades do território e seus usuários. Os profissionais de saúde podem se apropriar desse espaço rico para conhecer as potencialidades presentes no meio, e estimular os usuários a buscar formas de enfrentamento para as dificuldades vividas (SOUZA et al, 2005).

A realização de grupos tem como objetivo tornar a comunicação entre os atores mais efetiva, criar vínculo, conhecer os usuários do serviço e seus agravos, suas necessidades, assim como facilitar o acesso do usuário ao serviço de saúde. O grupo torna-se muitas vezes um elo entre o usuário e a unidade de saúde, potencializando o seu tratamento e acompanhamento dentro da mesma (BRASIL, 2010). A aproximação da comunidade com a equipe, através desses dispositivos, permite identificar inclusive diversos aspectos do território que podem ser aliados na promoção de saúde da mesma.

As ações coletivas podem ser planejadas para grupos específicos, analisando muitas vezes o perfil socioepidemiológico local e seus aspectos relevantes. Nos últimos anos o perfil de adoecimento da população mostra uma alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), relacionando-se com diversos fatores sociais e comportamentais, como o sedentarismo e consumo de álcool e tabaco. (BRASIL, 2013). Torna-se importante buscar estratégias efetivas de promoção e prevenção de saúde com base nesses agravos, propiciando além de

informação, uma maior resolutividade desses agravos observando o contexto social em que os indivíduos estão inseridos.

Várias ações podem ser realizadas em um grupo, dentre elas uma avaliação da situação de saúde dos usuários e intervenções de cuidado, individuais ou coletivas. O grupo permite identificar usuários com necessidades distintas e que demandam planos de cuidado específicos, e que muitas vezes precisam dispor de outros dispositivos de cuidado dentro da unidade de saúde ou rede de suporte assistencial.

Não há um consenso sobre as concepções quanto à realização de atendimento em grupo como estratégia terapêutica, mas alguns trabalhos possibilitam inferir a sua importância na Atenção Primária, pois visa unir momentos coletivos de educação em saúde e momentos de orientação e análises individuais em um mesmo espaço, seja com o intuito de redução de demanda ou na intenção de proporcionar um cuidado interdisciplinar e integral (BRUNETTO et al, 2012).

A proposta de trabalho do atendimento coletivo tem grande importância dentro do contexto que visa à promoção de saúde como estratégia fundamental para reorientação de práticas, estimulando a corresponsabilização dos usuários no cuidado à sua saúde. Por isso torna-se importante a disseminação das experiências sobre essas práticas, como forma de incentivar outras formas de cuidado que extrapolem os limites estruturais dos consultórios.

A Unidade de Saúde de Nova Aliança, situada no município de Camaçari-BA, tem características peculiares, pois passou por um processo de transição recente de modelo de Unidade Básica de Saúde para Estratégia de Saúde da Família. Essa transição, ainda em consolidação, trouxe inúmeras demandas de um território pouco conhecido, porém muito rico. A partir do conhecimento adquirido sobre esse território e através de uma análise da demanda do serviço, observou-se a necessidade de realizar ações voltadas para a promoção de saúde e acompanhamento dos usuários com HAS e DM, no intuito de qualificar a assistência à saúde prestada pela equipe.

Como enfermeira residente da ESF Nova Aliança, integrando uma equipe multiprofissional e vivenciando todo o processo de transformação da unidade percebi a importância em fomentar práticas coletivas que pudessem atender as demandas dos usuários com DM e HAS do território. Por entender que essas ações são importantes para aproximar os usuários ao serviço e aos profissionais, para identificar e intervir nos problemas de saúde e principalmente para torná-los cada dia mais empoderados no cuidado à sua saúde.

O presente trabalho tem como objetivo geral analisar o atendimento em grupo na Unidade de Saúde da Família de Nova Aliança para usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

Assim como descrever a organização e funcionamento do grupo de atendimento coletivo, identificando as potencialidades e dificuldades para a sua implantação como ferramenta no cuidado em saúde.

## **2. METODOLOGIA:**

Trata-se de um relato de experiência vivenciado a partir da implantação e desenvolvimento do grupo de atendimento coletivo para usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus que residiam na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família de Nova Aliança em Camaçari-Ba no período de julho a setembro de 2016.

O município de Camaçari está situado na região metropolitana de Salvador a aproximadamente 42 km de distância. O território adscrito da ESF de Nova Aliança abrange três bairros do município e possui uma estimativa de doze mil usuários. Possui treze Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que não são suficientes para o total de famílias adscritas, existindo algumas áreas sem cobertura de ACS o que interfere diretamente no nível de acompanhamento desses usuários no serviço.

O município aderiu ao Programa de Residência em Saúde da Família, e desde o ano de 2015 constitui campo para a Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) e Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) e Residência Médica em Saúde da Família- FESF.

A ESF de Nova Aliança constitui campo de prática para a residência e conta com quatro equipes de saúde da família que somadas são constituídas por treze agentes comunitários de saúde, quatro enfermeiras, três médicos, duas odontólogas, três técnicas de enfermagem e conta com o suporte de um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) composto por duas fisioterapeutas, dois educadores físicos e duas nutricionistas.

Os grupos para atendimento coletivo foram realizados semanalmente, totalizando 12 encontros, dentro do período descrito neste relato, porém essa estratégia de atendimento continua sendo utilizada pela equipe de saúde da ESF Nova Aliança. Foram utilizadas como

fontes para esse relato, além da observação, o uso de registros dos grupos em livro ata, registro das reuniões da equipe de saúde e registros individuais do autor.

### **3. ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DOS GRUPOS**

A realização do atendimento coletivo para usuários com DM e HAS é precedido com o planejamento e organização deste pelos profissionais de saúde. Os profissionais da equipe participaram desta atividade em regime de escala, e semanalmente os profissionais responsáveis pelo desenvolvimento do grupo se reuniram para organização e divisão de responsabilidades/tarefas desenvolvidas na ação. Cada grupo contou em média com seis profissionais de saúde, integrantes da equipe mínima (médico, enfermeiro e dentista) e NASF (fisioterapeutas, nutricionistas e educador físico), de acordo com as outras atividades existentes na agenda proposta no serviço.

A captação dos usuários para participação no grupo foi realizada pelos profissionais designados para o acolhimento, os quais segundo os critérios de inclusão direcionaram e orientaram os usuários para agendamento da consulta coletiva. Os critérios de inclusão foram respectivamente usuários hipertensos e/ou diabéticos (já diagnosticados) que residem na área adscrita na Unidade de Saúde da Família de Nova Aliança. Como critérios de exclusão para participação na consulta coletiva estão: usuários com queixas agudas, usuários com doença crônica descompensada e usuários que não são da área adscrita da ESF, os quais deveriam ser redirecionados no dia para o fluxo dentro da unidade de saúde.

Os grupos são realizados semanalmente, no turno matutino, geralmente às quartas-feiras com a limitação de vinte usuários por grupo para melhor desenvolver as ações propostas. Os prontuários dos usuários agendados foram previamente avaliados pela equipe responsável pela atividade na semana, com o intuito de conhecer o seu histórico de saúde.

Por se tratar de um grupo em que há uma proposta terapêutica, uma programação pré-determinada de ações e proposta de intervenção, esse dispositivo possui características de um grupo fechado (BRASIL, 2010). Em um grupo fechado há previamente um limite de participantes, que na concepção da equipe foi necessário para organização do espaço, para garantir à realização de todas as atividades sugeridas e para não o tornar exaustivo.

No momento da consulta coletiva, inicialmente, é realizada uma explanação sobre o atendimento em grupo, do que se trata, e quais as atividades que serão realizadas no período,

enfocando uma linguagem clara e concisa para o entendimento dos usuários quanto ao objetivo desse espaço. Esse momento é extremamente importante, visto que a realização de atendimentos em grupo, muitas vezes, é uma estratégia pouco conhecida e por isso pouco valorizada por profissionais e usuários dos serviços de saúde. Tal análise corrobora com os pressupostos que Chiesa e Verissimo (2001) ressaltam para nortear o processo de construção da comunicação na atenção à saúde pelos profissionais, dentre os quais podemos destacar como imprescindíveis criar um ambiente de confiança e verificar a compreensão dos usuários.

Após esse momento de diálogo inicial com a apresentação dos profissionais participantes do grupo, os usuários recebem um cartão de acompanhamento, construído pela equipe, para registro de dados importantes sobre a sua situação de saúde de cada usuário, coletados através das atividades desenvolvidas no período, sendo eles endereço, cartão do SUS, telefone, equipe de referência, medicações em uso, exames laboratoriais realizados, medidas antropométricas, índice de massa corporal (IMC), relação cintura-quadril (RCQ), além das aferições de tensão arterial (TA) e glicemia capilar e orientações/encaminhamentos prestados.

Os usuários são então direcionados para a triagem e coleta de alguns dos dados citados acima. A triagem acontece de forma dinâmica, subdivididas em “ilhas” com profissionais responsáveis por cada procedimento: medidas antropométricas, aferição de TA e glicemia. Esse momento também se torna muito oportuno para estratificação de risco dos usuários, identificação de urgências hipertensivas e glicêmicas, que serão discutidas posteriormente pela equipe responsável para propor o esquema terapêutico desses usuários, assim como para nortear o processo de educação em saúde.

No caso de urgências e/ou emergências hipertensivas ou glicêmicas os usuários são atendidos em regime de prioridade, de acordo com a classificação, em atendimento individual com os profissionais da equipe de referência da área. Durante todo o processo também há um levantamento das necessidades/demandas individuais dos usuários e esses são reorientados, se necessário, para consulta individual posterior com os profissionais de referência. Essa consulta será agendada ou no dia, dependendo das necessidades de cada usuário e suas prioridades.

Após a triagem é iniciada uma roda de conversa com os usuários, com a mediação dos profissionais de saúde, com temas voltados para Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, hábitos de vida saudáveis, dentre outros, estimulando a participação e interação dos usuários com os profissionais, com o objetivo de sanar dúvidas, trocar informações,

identificar as necessidades e conhecer um pouco mais sobre as características desses usuários como parte da comunidade em que a ESF está inserida.

Com o objetivo de criar um momento particular de cada participante do grupo com o profissional de saúde, após o momento da roda de conversa, há um espaço reservado de escuta individual, onde os profissionais de saúde conversam com cada usuário individualmente para realizar prescrição/transcrição de medicações em uso, solicitações de exames se necessário, sanar dúvidas que por ventura não tenham sido expressas no grupo, e orientar o retorno desse usuário para o cuidado continuado na unidade de saúde. Dessa forma avalia-se a condição particular de cada usuário e suas características, e a partir dessa avaliação de cada profissional há um fluxo de retorno para o serviço pré-estabelecido.

A programação do retorno do usuário foi criada para que eles saíssem do grupo já direcionado para o cuidado continuado, visto que muitos deles não realizam de fato o acompanhamento previsto para os agravos crônicos que possuem. De acordo com a avaliação de cada prontuário, junto com as necessidades identificadas no momento da conversa coletiva e individual, os usuários são orientados para retorno para monitoramento de pressão arterial e/ou glicemia, sendo orientadas aferições em dias alternados por uma semana, consulta individual após monitoramento nos próximos 15 dias, retorno com um mês em caso de necessidade, ou retorno para avaliação com três meses.

Essa programação de retorno dos pacientes foi desenvolvida pelos profissionais das equipes a partir do conhecimento acerca da população e do território, não sendo utilizadas inicialmente classificações padronizadas, como o escore de Framingham, muito embora haja uma tendência em considerar alguns aspectos presentes nessa classificação.

Os retornos após três meses podem ser para o próprio grupo, ou para consulta individual com profissional de enfermagem ou médico, dependerá do que foi solicitado para cada usuário, dos riscos identificados na consulta, assim como da adesão do usuário à terapia proposta, sendo ela medicamentosa ou não. Essa informação sobre o retorno fica devidamente registrada no cartão de acompanhamento do usuário.

No atendimento em grupo há o registro das ações realizadas para cada usuário nos prontuários, para que os dados colhidos possam ser utilizados por qualquer profissional no seu processo de cuidado. O registro dos usuários participantes, assim como dos dados coletados através da triagem e os encaminhamentos realizados para cada paciente também são anotados em livro ata destinado somente para a consulta coletiva. A importância em anotar em livro ata

se dá como forma de controle dos participantes, dos encaminhamentos realizados, de sua periodicidade no grupo, assim como sua evolução ao longo das participações.

Os profissionais da equipe de saúde podem utilizar o livro de registro para subsidiar ações, realizar busca ativa dos usuários quando necessário, e para avaliar todo o processo da consulta coletiva. Através do livro e da análise dos dados coletados na consulta, alguns usuários foram reconduzidos para consultas individuais, visitas domiciliares dentre outras estratégias de cuidado.

Após a realização de cada grupo a equipe responsável por coordenar a atividade no dia realizou uma avaliação dinâmica do processo, como uma forma de aprimorar as práticas, minimizar as falhas e principalmente com o objetivo de avaliar a aceitabilidade e impacto das ações pelos participantes do grupo. Esse momento foi extremamente importante para o planejamento e estruturação do cuidado dos usuários, visto que, nele também houve um repasse rápido dos encaminhamentos realizados, das intercorrências ocorridas e dos casos que por ventura pudessem necessitar de outras intervenções da equipe de saúde multiprofissional.

Com a soma de todas as etapas do grupo a duração ficou em torno de três horas, ressaltando que todas as etapas aconteceram de forma dinâmica e com interação dos usuários participantes com os profissionais em todas elas. Inclui-se nesse tempo também o momento final de avaliação entre os profissionais, que não contou com a participação do usuário, embora durante todo o processo os usuários foram estimulados a avaliar o espaço e as ações.

## **4. ANALISANDO O PROCESSO DO GRUPO**

### **4.1 Estratégia de Atendimento em Grupo: limites e possibilidades**

A proposta de realizar o atendimento em grupo surge como uma estratégia para captar os usuários no território, melhorar o acesso no serviço de saúde e propor um espaço dialógico, onde poderíamos unir práticas assistenciais com enfoque na educação em saúde, mas que possibilitasse prestar cuidados gerais e imprescindíveis presentes na consulta individual. A realização destas ações pressupõe práticas de cuidado humanizadas e a valorização das experiências entre os participantes, propiciando um espaço de igualdade com os profissionais de saúde, facilitando assim a interação e o vínculo entre ambos (PENHA; CARINHANHA; RODRIGUES, 2008).

Alves (2005) reflete que as práticas de saúde e organização das ações e serviços no contexto da integralidade devem unir práticas preventivas e assistenciais. A partir desta análise podemos inferir que a possibilidade de trabalhar no atendimento em grupo com a promoção de saúde em harmonia com as atividades assistenciais é uma forma de aproximar o as práticas de cuidado ao princípio da integralidade da atenção.

O espaço de atendimento em grupo em Nova Aliança não objetivou a exclusão das consultas individuais para os participantes, e sim foi mais uma modalidade de assistência realizada pela equipe para os seus usuários. Tal modalidade foi então agregada ao plano assistencial dos usuários, ou seja, todos passariam de acordo com o seu consentimento pelas duas modalidades de consulta, dentre outras modalidades assistenciais, como uma forma de atendê-lo de forma integral.

A estratégia de atendimento em grupo também é uma excelente ferramenta para sensibilizá-los sobre a importância do acompanhamento e continuidade do cuidado na unidade, diminuir o tempo de espera no agendamento de consulta individual, estreitar o vínculo desses usuários com a equipe de saúde, e entre eles próprios, inserindo-os como protagonistas no seu processo de cuidado. Para BRUNETTO et al (2012) esse espaço dialógico proposto no grupo possibilita não somente a construção de vínculos, mas também de compartilhamento de vivências, formando uma rede de apoio entre os participantes, a qual auxiliará no alcance dos objetivos comuns.

O trabalho com grupos possibilita através da interação e dos questionamentos entre os sujeitos, uma forma eficaz de construção de conhecimento. Para Pichon-Rivière (1998) a aprendizagem é um processo contínuo em que a comunicação e a relação entre os sujeitos são indissociáveis, pois esse processo perpassa pelo que adquirimos através da nossa relação com os outros.

A partir dessa análise Pichon-Rivière (1998) criou a técnica de grupo operativo a qual consiste em trabalhar com grupos com o intuito de fomentar um processo de aprendizagem através do diálogo com os atores envolvidos, utilizando o contexto em que estão inseridos, permeado por contradições, pelas suas concepções a cerca da realidade, produzindo dúvidas e inquietações e construindo saberes.

A proposta de atendimento em grupo realizada pela equipe da ESF Nova Aliança trouxe na sua essência alguns desses conceitos, na medida em que proporcionou aos usuários e profissionais um espaço para expor suas vivências e concepções a cerca da sua saúde e de

seu processo de cuidado. Ao analisar tais aspectos pode-se inferir que o trabalho com grupos se torna uma estratégia real e efetiva para educação em saúde, para mudanças de práticas, e também para intervenções diretas no cuidado em saúde. Essa estratégia tem um alto grau de envolvimento dos seus atores e possibilita o desenvolvimento do protagonismo dos usuários.

Ao trazer para espaços coletivos intervenções que são tipicamente realizadas em consultórios, com um enfoque individualizado, tem-se a oportunidade de mudar estereótipos, de desmistificar o cuidado em saúde e levá-lo para ser desenvolvido em seu contexto essencial: o cotidiano das pessoas. A consulta em grupo descrita nesse relato traz essa particularidade, envolver os usuários no cuidado, enfocando todos os aspectos envolvidos nesse processo, tornando-os grandes responsáveis pelas mudanças alcançadas.

Nessa perspectiva, vale ressaltar a importância da mobilização da equipe multiprofissional da ESF Nova Aliança nesse processo. O trabalho em equipe é um grande potencializador nesses aspectos, e este deve estar intrínseco à realidade das unidades de saúde da família, muito embora essa não seja uma realidade constante. O trabalho em saúde é responsável por produzir não somente saúde, mas também produz os trabalhadores e sua equipe, e isto que nos permitirá romper com o atual modelo assistencial biologicista e fragmentado (FORNTUNA et AL 2005).

A presença dos profissionais do NASF integrando a equipe da ESF Nova Aliança desde o planejamento até a implementação dessa estratégia tornou o espaço mais efetivo, unindo saberes e esforços para promover o cuidado em saúde. A composição da equipe multiprofissional possibilitou também ampliar a resolutividade das ações, na análise e discussão dos casos, assim como uma oportunidade fantástica de construção de conhecimento com os participantes durante as rodas de conversa, discutindo temas essenciais para o controle dos agravos e melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Os atendimentos em grupo possibilitam a abordagem e reflexão de temas que poderiam ficar ausentes nas consultas individuais, pois a partir das discussões e da metodologia utilizada pode-se adaptar o conteúdo conforme as demandas dos seus participantes. Isso foi evidenciado no atendimento em grupo na ESF de Nova Aliança, onde muitos aspectos relacionados às vivências dos participantes, que não são comumente abordados nas consultas individuais, receberam destaque nas discussões. Tal evidencia corrobora com BRUNETTO et al (2012) quando este enfoca que essa proposta metodológica assistencial perpassa por um novo modo de fazer saúde, em que os profissionais e os usuários

constroem vínculos, parcerias, entendendo a importância e o papel de cada um nesse processo.

Embora haja inúmeras vantagens em trabalhar com grupos, há também limites que muitas vezes distanciam os profissionais e usuários dessa prática. A falta de conhecimento dos profissionais em intervenções coletivas geralmente é o produto de uma formação voltada para atenção individual, para a instrumentalização e burocratização do cuidado. Mesmo com a evolução das políticas de saúde no Brasil, privilegiando muitas vezes práticas grupais, o que se pode perceber são ações mais voltadas para atenção individual em comparação às coletivas (BRASIL, 2010).

Ao pensar em implantar a proposta de atendimento em grupo como uma nova estratégia de cuidado em saúde para usuários com hipertensão e diabetes mellitus na ESF de Nova Aliança, um dos principais limites identificados para a sua implantação foi a inexperiência dos profissionais na realização de atendimentos em grupo/coletivos, o que objetivou muitas leituras e busca por relatos de experiências que foram positivas. Nesse processo houve uma extensa discussão para organização e planejamento das ações, realizado com toda a equipe, buscando modos de fazer que estivessem voltados para as necessidades dos usuários, a integralidade da atenção e qualidade da assistência prestada.

Um ponto importante a ser mencionado é a agenda dos profissionais, a sobrecarga e a burocratização das práticas dentro da atenção básica. É difícil retirar os profissionais dos consultórios, não somente pela sua dificuldade em realizar ações coletivas, mas pela demanda do serviço e dificuldade de organização das necessidades do território com a agenda assistencial e as responsabilidades administrativas.

A organização insuficiente dos serviços no desenvolvimento cotidiano das ações profissionais torna-se um importante fator que dificulta o processo de trabalho da equipe. A carência de insumos, a centralização em ações que utilizem tecnologias duras e a sua dependência pelos profissionais também é relevante, no entanto torna-se contraditória quando analisamos que dentro de uma modalidade que visa privilegiar práticas de promoção e prevenção em saúde as atividades possam estar tão centralizadas em nas tecnologias duras e leve-duras (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010).

A equipe de Saúde da unidade de Nova Aliança, por ser constituída em grande parte por profissionais residentes e em constante aprimoramento de práticas, passou por diversas modelagens para organização de uma agenda integrada, que contemplasse para além da

consulta individual, visitas domiciliares, ações de educação em saúde, territorialização, dentre outras. No entanto, mesmo com esse processo houve dificuldade em alguns momentos para reorganizar as demandas assistenciais e administrativas do serviço para garantir a participação dos diversos profissionais no grupo. As discussões e organização dos grupos com antecedência pela equipe foram primordiais para garantir a efetivação desse espaço.

O planejamento dos grupos é fator primordial para a sua realização, cabe aos profissionais responsáveis por essa atividade a organização e o aprimoramento das atividades, como uma forma também de capacitar-se para executar essa tarefa, aliando conhecimentos entre os membros da equipe, assim como desenvolvendo a sensibilidade na percepção de fatores de risco e proteção dos usuários, para tornar o espaço cada vez mais efetivo (OLIVEIRA et Al, 2009).

Considerando os fatores positivos e limitações para o trabalho com grupos na atenção básica, enfatizando nesse contexto a proposta de atendimento em grupo pode-se concluir que essa estratégia de cuidado pode ser muito benéfica e eficaz para auxiliar os usuários no seu autocuidado, para fomentar novas formas de enfrentamento para as dificuldades vividas, assim como para propiciar vínculo e um melhor acompanhamento com a equipe de saúde de referência.

Por se tratar de agravos crônicos e com grande tendência ao aparecimento de complicações se não controlados e tratados corretamente, a hipertensão e o diabetes mellitus, devem ter atenção especial pelas equipes de saúde da família, principalmente por considerar que a atenção básica tem um papel primordial para a prevenção, proteção e recuperação da saúde, melhorando a saúde e a qualidade de vida de seus usuários. Foi nessa perspectiva que a equipe de saúde de Nova Aliança propôs e desenvolveu o atendimento em grupo descrito nesse trabalho, esperando mobilizar outros profissionais, para que eles possam identificar outras maneiras de fazer saúde de acordo com a necessidade de seu território.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, V. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Rev Interface - Comunic**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização na Atenção Básica. **Caderno HumanizaSUS**. v.2. Brasília, 2010.

BRUNETTO, S. et AL. Consulta coletiva saúde no prato: uma (entre outras) possibilidade de formação/assistência no contexto da atenção primária à saúde. **Rev APS**, v.15, n.3, p. 364-367, jul/set. 2012.

CHIESA, A.M; VERISSIMO, M.R. A educação em saúde na prática do PSF. **Manual de Enfermagem**. 2001. P. 34-42.

FORTUNA, C.M. et AL. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n.2, p. 262-268, março-abril. 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 54 p..

MELLO, E.D.;LUFT, V.C.; MEYER, F. Atendimento ambulatorial individualizado versus programa de educação em grupo: qual oferece mais mudança de hábitos alimentares e de atividade física em crianças obesas?. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, vol. 80, nº6, p. 468-74. 2004.

OLIVEIRA, N.F. et AL. Fatores terapêuticos em grupo de diabéticos. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n.3, p. 558- 565. 2009.

PENNA, L.H.G.; CARINHANHA, J.I.; RODRIGUES, R.F.Consulta coletiva de pré-natal: uma nova proposta para uma assistência integral. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.16, n.1, janeiro-fevereiro. 2008.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 275 p.

PINTO, E.S.G.; MENEZES, R.M.P.; VILLA, T.C.S. Situação de trabalho de profissionais da Estratégia de Saúde da Família de Ceará-Mirim. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n.3, p. 657-664. 2010.

SOUZA A.C. et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre (RS), v.26, n.2, p.147-53, ago. 2005.