

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CACILDA MELO VALE DE LIRA

**GRUPO NOVA VIDA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O CUIDADO DE
PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CACILDA MELO VALE DE LIRA

**GRUPO NOVA VIDA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O CUIDADO DE
PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas não transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Soraia Geraldo Rozza Lopes

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **GRUPO NOVA VIDA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O CUIDADO DE PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS** de autoria do aluno **CACILDA MELO VALE DE LIRA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área de Doenças Crônicas não transmissíveis.

Profa. Doutora: Soraia Geraldo Rozza Lopes
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Agradeço primeiramente a deus por me dar vida e saúde e força para continuar essa jornada.

Dedico este estudo a minha família porque a partir da leitura mais específica do cuidado para prevenção das doenças crônicas não transmissíveis que adquiri maiores conhecimentos para transferir esse cuidado também para eles que estão perto de mim.

Agradeço agora, ao meu esposo e aos meus filhos Maíra e Vinícius pelos ensinamentos, apoio, colaboração e atenção que me foram dispensadas em todas as etapas do curso.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	03
2.1 DIABETES MELLITUS.....	03
2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	06
3 MÉTODO.....	08
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	10
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	12
6 REFERÊNCIAS.....	13

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Tabela de diagnostico de Diabetes..... 04

Tabela2. ClassificaçãoIMC.....08

RESUMO

Este relato de experiência trata-se do grupo de idosos, hipertensos e diabéticos implantado na Unidade de Saúde da Família Pompéia localizada cidade de Natal – RN buscando promover a saúde do portador de doenças crônicas não transmissíveis com foco principal na adesão ao tratamento. Realizamos o trabalho educativo com objetivo geral auxiliar os sujeitos no cuidado com a saúde e na adesão ao tratamento e como específicos oferecer um grupo de acolhimento aos usuários acometidos por hipertensão arterial e diabetes mellitus, orientar sobre os cuidados inerentes as necessidades dos hipertensos e orientações aos cuidados dos pacientes diabéticos. Foi percebida mudança dos integrantes do grupo que apresentavam níveis de pressão alteradas, diabéticos sem fazer os controles, sem conhecimento sobre o seu processo de doença e tratamento, mostrou-se então, que a dificuldade na adesão ao tratamento estava relacionada às influências sociais, a maneira como o usuário vivenciava a doença.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, com os avanços tecnológicos e da medicina as pessoas passaram a viver mais, e com isso estão mais susceptíveis a desenvolver algum problema de saúde, entre eles as doenças crônicas não transmissíveis como, por exemplo, a diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial (HAS) que são doenças que não possuem cura, e são as principais causas de morte no mundo necessitando assim de um cuidado contínuo e permanente gerando um desafio tanto para o paciente quanto para o prestador da assistência. Diante desse contexto passa ser necessária uma oferta maior dos serviços de saúde na atenção básica prioritariamente, já que ações de media e alta complexidade geram gastos mais onerosos.

Ambas são doenças crônicas que exigem tratamento durante toda a vida com dieta, exercícios e medicação. De acordo com Boundy (2004, p. 268) “O diabetes mellitus é uma doença crônica devida à deficiência absoluta ou relativa de insulina, ou à resistência às ações desse hormônio, o diabetes caracteriza-se por distúrbios do metabolismo dos carboidratos das proteínas e dos lipídios”. Por sua vez, A hipertensão é caracteriza-se pela elevação da pressão arterial diastólica ou sistólica. Aferições repetidas da pressão arterial indicando níveis acima de 140/90 mmHg nos indivíduos de menos de 50 anos, ou acima de 150/95 mmHg nos clientes acima dessa idade, confirmam o diagnóstico. (BOUNDY, 2004, p.508)

Uma vez que o indivíduo acometido da doença não adere de forma satisfatória ao tratamento proposto em sua especificidade, podem ocorrer complicações da doença levando a internações hospitalares frequentes e uma série de limitações como: amputação, déficit motor, cegueira. As doenças crônicas são responsáveis por várias mudanças na vida do indivíduo como sociais e econômicas. O apoio e orientação da equipe de saúde é indispensável para auxiliar os pacientes a compreender essa nova realidade e a importância da mudança de hábitos e estilo de vida, que muitas vezes dificulta na implementação da nova rotina.

O paciente necessita de acompanhamento da equipe de saúde e manutenção dos cuidados prescritos pela mesma durante toda uma vida, essa realidade pode ser modificada com o trabalho de educação em saúde que busca fazer com que o indivíduo assuma o controle e a responsabilidade pelo seu cuidado estimulando a prevenção e o autocuidado. “Note que a educação em saúde é um dispositivo para promoção da saúde, visando mudanças não só na esfera

do conhecimento, mais nos valores, nas crenças e atitudes que são esperadas para tal promoção”. (MEIRELLES, 2013, p.41)

A Estratégia de Saúde da Família ESF é um programa que foi implantado no Brasil pelo Ministério da Saúde com o objetivo de mudar o modelo de assistência primária que era baseado em tratamento especializado para um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção à saúde, prevenção das doenças e atenção integral as pessoas. As práticas da ESF tem como foco o trabalho da família, assim como possuir ações de caráter preventivo sobre a demanda. Dessa forma, constitui uma prática menos reducionista sobre a saúde, avançando para além da simples intervenção médica, que busca a integração com a comunidade, numa atuação interdisciplinar dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família.”(GIACOMOZZI & LACERD, 2006, p.646)

Dentro de tal realidade foi observada a necessidade de criar um grupo que pudesse atender o doente crônico em seu contexto, no caso específico de HAS e DM, mostrando a necessidade de uma ação por parte dos profissionais de saúde que estimule mudanças no estilo de vida do paciente e auxilie na adesão ao tratamento, sendo de grande importância à inserção dos familiares nesse contexto. É possível perceber que através da realização dos grupos, que os indivíduos passam a receber orientações sobre a doença acometida, e a importância de novos hábitos nutricionais, lazer, além de vivenciarem a troca de experiências com os demais integrantes, provocando mudanças gradativas em suas vidas, refletindo no seu estado de saúde, justificando dessa forma o trabalho realizado.

A intervenção proposta é baseada na seguinte problemática: Qual o motivo que levam os pacientes acometidos de hipertensão e diabetes da área a não aderirem ao tratamento proposto? Tendo como objetivo geral auxiliar os sujeitos no cuidado com a saúde e na adesão ao tratamento e os objetivos específicos oferecer um grupo de acolhimento aos usuários acometidos por hipertensão arterial e diabetes mellitus, orientar sobre os cuidados inerentes as necessidades dos hipertensos e orientações aos cuidados dos pacientes diabéticos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DIABETES MELLITUS

A Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e as demais doenças cardiovasculares são classificadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como as principais doenças crônicas não transmissíveis em todo o mundo. São doenças que podem ser evitadas quando conseguimos intervir nos fatores de riscos modificáveis e com isso prevenir ou detecta-las precocemente as tornando de fácil tratamento evitando assim complicações inerentes à doença.

“No Brasil a diabetes junto com a hipertensão arterial, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise. É importante observar que já existem informações evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas complicações e que pessoas e comunidades progressivamente têm acesso a esses cuidados.” (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA N. 16 –DAB/ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Segundo Brunner & Suddarth (1984, p.798) “O Diabetes Mellitus é uma doença caracterizada por anormalidades das secreções endócrinas do pâncreas que resultam em um metabolismo desordenado dos carboidratos, gorduras e proteínas e com o tempo, anormalidades estruturais em uma variedade de tecidos”. É possível afirmar que a diabetes é uma doença que está relacionada ao estilo de vida. Pode ser causada pelos fatores genéticos e por doença autoimune. Os fatores de risco para que os indivíduos venham desenvolver a doença são infecções virais, obesidade, estresse fisiológico ou emocional, sedentarismo, gestação, medicação, como diuréticos tiazídicos, corticosteroide suprenais e anticoncepcionais hormonais (AMBROSE 2007, p.205)

Remetendo novamente a Brunner & Suddarth (1984, p.799) os tipos de diabetes diferem no prognóstico, tratamento e mecanismos causadores: Tipo juvenil o paciente não tem insulina, início da doença é súbito, geralmente começa na infância, porém pode iniciar em qualquer idade, o paciente é susceptível a cetoacidose e é dependente de insulina. A diabetes adulto geralmente ocorre após 40 anos, em indivíduos obesos, geralmente é estável, não susceptível a cetose, geralmente retém a capacidade de produzir insulina endógena. O Secundário ou não hereditário pode ocorrer causado pela remoção cirúrgica do pâncreas e pancreatite, fatores que aumentam a

resistência á insulina periférica a obesidade ou acromegalia; As manifestações clínicas mais frequentes são: poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso, fadiga. Também sonolência, náuseas, facilidade para adquirir infecção e visão esfumada.

O diagnóstico é realizado através da história clínica, quando evidenciados sinais e sintomas associados aos fatores de risco. Confirmado com exame realizado para verificar os parâmetros da glicemia plasmática. Parâmetros laboratoriais utilizados no diagnóstico do DM de acordo com o Ministério da Saúde (MS):

Tabela 1. Protocolo de diagnostico de diabetes.			
Diagnostico	Glicose em jejum	120 MIN após glicose	Ao acaso
Normal	<100	<140	
Glicemia de jejum alterada	≥ 100 e <126		
Tolerância a glicose diminuída	< 126	≥ 140 e <200	
Diabetes mellitus	≥ 126	≥ 200	≥ 200 (Sintomas)

Fonte: SBD, 2011

Por ser uma doença sistêmica se não for controlada através de medicamentos, mudanças no estilo de vida, alimentação balanceada e a prática de atividade física, pode ocasionar complicações. Carpenito (2002, P.144) expõe que, como cetoacidose diabética. hiperglicemia, como hiperglicêmico, infecções, doença cardiovascular, doença vascular periférica, retinopatia diabética, nefropatia. Assim como preconiza o Ministério da saúde a diabetes apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 1997 que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave. Além disso, estimou que, no mesmo período de doença, 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20%, de nefropatia, 20 a 35%, de neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular. (SAÚDE, 2006).

O tratamento é baseado na conscientização e educação do paciente; alimentação e dieta adequada; devendo o mesmo evitar o sedentarismo, praticar atividade física; a ingestão correta dos medicamentos para o diabetes tipo 1 é o uso da insulina e para o tipo 2 são os hipoglicemiantes e/ou possivelmente insulina, de acordo com cada caso. Diante disso, é necessário que o paciente tenha consciência da doença que o acomete e se aceitar como um ser doente que necessita de cuidados para sua recuperação e manutenção da saúde.

2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL

De acordo com Ministério da Saúde a Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica de início benigna determinada por elevados níveis da pressão sanguínea nas artérias \geq a 140 mmHg para a sistólica e \geq 90 mmHg diastólica. Em muitos casos está associada a outras comorbidades como, obesidade, dislipidemia o que faz com que o tratamento seja um desafio maior exigindo dos profissionais da saúde elaboração de estratégias para educar o paciente, aumentar envolvimento para adquirir vínculo por parte do mesmo facilitando assim à adesão ao tratamento. Segundo BOUNDY et al (2004, p.508) É uma doença de causas desconhecidas, porém com fatores de risco bem definidos, como histórico familiar, estresse, obesidade, sedentarismo, tabagismo, etilismo, uso de anticoncepcionais hormonais e envelhecimento com hábitos de vida irregulares.

A hipertensão é classificada de acordo com a causa, a gravidade e o tipo. A hipertensão primária ou essencial quando a pressão diastólica é maior ou igual a 90 mmHg, inicia-se de maneira insidiosa, benigna, lenta ou podendo evoluir para um estado maligno, um aumento repentino e intenso da pressão arterial podendo causar complicações e mortalidade elevada. A hipertensão secundária é causada por uma doença renal ou alguma outra causa detectável. A hipertensão maligna é uma forma fulminante e grave de hipertensão, que geralmente se desenvolve nos dois tipos descritos anteriormente. (BOUNDY et al 2004, p.508)

O diagnóstico é confirmado com a verificação da PA somados aos sintomas, histórico familiar e aos fatores de risco. A verificação da PA deverá ser realizada com o paciente sentado,

com o braço na altura do coração, tendo estado em repouso por pelo menos 10 minutos. Realizar uma série de três medições em horários diferentes. Certificar que não praticou exercícios físicos pelo menos há 60 minutos, está com a bexiga vazia. Utilizar o manguito adequado para o tamanho do paciente. Verifica-se a primeira vez nos dois braços se houver diferença devemos considerar o, de valor maior, caso não haja diferença, consideramos como fidedigna a verificação no braço direito. No caso de pico hipertensivo deverá ser tratado no mesmo momento. Quando não deverá fazer um controle da PA, pelo menos por uma semana, em casa também para descartar a hipertensão por ansiedade na presença do profissional de saúde.

O atendimento ao cliente com alteração da pressão arterial deverá seguir um protocolo de classificação que orienta a Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade de Hipertensão e Associação Brasileira de Nefrologia as pressões entre: sistólica entre < 120 a < 130 e diastólica < 80 a < 85 a 90 são consideradas normais deveremos orientar a mudança do estilo de vida e reavaliar entre 6 meses a 1 ano, a sistólica entre 140 a 180 e diastólica entre 90 a 100 é considerada hipertensão em estágio 1 ou 2 fazer controle por 1 a 2 meses e a PA sistólica maior ou igual a 180 e diastólica maior ou igual 110 iniciar medicação imediatamente e reavaliar com uma semana.

São dois tipos principais de hipertensão: a primária é mais comum entre adultos causada por múltiplos fatores de risco, incluindo a obesidade, maus hábitos alimentares, sedentarismo. Já a secundária é decorrente de doença renal ou outra causa identificável. Os dois tipos quando não estão de forma controlada pode ocorrer uma emergência clínica fulminante que é a hipertensão maligna.

O tratamento está relacionado a mudanças no estilo de vida, alimentação saudável a prática de atividade física regular, limitar o uso do álcool, e abandonar o tabagismo; associado ao uso de medicação. Associados a esses fatores é necessário que o paciente saiba identificar os sinais e sintomas da doença, bem como conhecimento em relação ao tratamento.

3 MÉTODO

Este estudo trata-se de uma **TECNOLOGIA DE CONCEPÇÃO**, estruturado em forma relato de experiência trata-se do grupo de idosos, hipertensos e diabéticos que foi implantado na unidade com estratégia saúde da família. Pompéia (Estratégia de saúde da família Pompéia), que fica localizado no bairro de Pajuçara, distrito sanitário norte I da cidade de Natal – RN. Tal grupo indica um plano de ação, uma estratégia para atingir a população da área, portadora de doença crônica, com o objetivo de promover a saúde.

A unidade de estratégia saúde da família de acordo com Política Nacional da Atenção Básica do Ministério da Saúde (PNAB/MS) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde e é tida pelo Ministério e gestores estaduais e municipais, representadas respectivamente pelo Conass e Conasems. Como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

A unidade da Pompéia possui duas equipes completas compostas por: enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, dentista, técnico em saúde bucal, médico generalista, seis agentes de saúde e um auxiliar de serviços gerais que trabalham em dois turnos; das 07:30 às 11:30, 12:30 às 16:30 horas. Tem área delimitada com em média 4000 pessoas cadastradas por equipe atingindo o quantitativo máximo indicado pela PNAB/MS totalizando uma população adscrita de aproximadamente 8000 pessoas. Dentre essas, 300 pessoas são idosos, 100 hipertensos e 50 diabéticos.

O grupo no momento é composto por 30 participantes. As reuniões acontecem na unidade a cada 15 dias no turno vespertino, das 13:30 às 16:30 durante 11 meses do ano, ficando o mês de janeiro para férias, pois muitos dos participantes viajam. As atividades e palestras são escolhidas pelos participantes na primeira reunião do ano. São realizadas atividades de lazer; passeios, comemorações de datas festivas, atividade física; (academia do bairro cedeu um espaço e horário para realização de atividade). Toda reunião é iniciada com relato de experiência e ou queixas por

parte dos usuários, nesse mesmo momento verificado e registrado sinais vitais, hemogluco teste e são registrados nos devidos cartões. A pauta da reunião registrada em livro de atas com as informações pertinentes. Realizamos registros em livro ata, uma folha para cada participante contendo todos os seus dados: nome, data de nascimento, endereço, telefone, número da área e micro área com identificação do respectivo agente. Página seguinte dados de saúde; doença que está acometido, medicação que está usando. Verificamos medidas de peso, altura, circunferência abdominal, com a intenção de identificar o grau de obesidade.

Por se tratar de um grupo educativo com livre participação dos usuários, em momento apropriado foi esclarecido sobre o objetivo do grupo e as propostas apresentadas, buscando a divulgação por parte da população para que possamos atingir maiores membros. Por não se tratar de uma pesquisa científica, o trabalho em questão não foi submetido ao comitê de ética, não sendo utilizadas informações que caracterize os sujeitos que participaram das reuniões.

4 RESULTADO E ANÁLISE

A partir da realização do grupo foi possível perceber que a dificuldade na adesão ao tratamento estava relacionada as influencias sociais, a maneira de como o usuário vivencia a doença e até mesmo o próprio desconhecimento sobre a doença. Os pacientes tinham pouca orientação referente aos riscos e cuidados inerentes as morbidades por isso tinham uma certa dificuldade para aderir ao tratamento proposto pela equipe de saúde. Problemas culturais também foram identificados durante as ações do grupo como fator que gerava uma barreira social entre o paciente e a doença.

As equipes trabalham de forma harmoniosa prevalecendo a abordagem interdisciplinar com objetivo de atender o doente crônico com integralidade, facilitando o seu acesso aos serviços de saúde, bem como integrar a família ao seu tratamento. O hipertenso e o diabético são atendidos na unidade por consultas agendadas a cada três meses, alternando consultas com o médico e o enfermeiro, isso somente em pacientes com seus problemas crônicos compensados.

As dificuldades de adesão do usuário a realização da consulta de enfermagem, visto que eles só referiam a necessidade da renovação da receita. Aos poucos foi sendo criado o hábito de fazer um trabalho educativo . A consulta de enfermagem passou a ser referência na unidade é um momento de troca de experiências, orientações; entrega de orientação a dieta, cuidados que o hipertenso deve tomar, registros de sinais vitais e exames no cartão (protocolos da unidade), solicitação de exames e também renovação de receita nesse caso, se o médico estiver na unidade, seria feita após a consulta do enfermeiro.

O usuário retorna a sua casa já com sua próxima consulta já agendada. O idoso é atendido na presença de um familiar. No caso de apresentar dificuldade de locomoção até a unidade é realizada a consulta domiciliar, tanto pelo médico como pelo enfermeiro. Se for necessário referenciar as redes, temos um sistema integrado e o atendimento especializado é garantido.

Evidenciamos nas consultas de enfermagem a dificuldade do doente crônico (hipertenso e diabético) aderir ao tratamento, é um número reduzido dos que seguem as orientações. A partir dessa constatação sentimos a necessidade de iniciar um trabalho educativo com a intenção de ensinar o autocuidado e mudanças nos hábitos de vida e assim controlar e prevenir complicações

que os mesmos estão susceptíveis. Com esses usuários passamos a fazer um intervalo menor entre as consultas, solicitamos a presença de familiares, e assim a sala de espera foi aumentando o número de pessoas. Iniciamos um ciclo de palestras de vários temas, aproveitando datas comemorativas, favorecendo o vínculo entre profissionais e pacientes crônicos. Formamos então o grupo do HIPERDIA, a princípio eram idosos hipertensos e diabéticos com familiares, hoje o grupo foi sendo divulgado e contamos com o total de 60 participantes.

A partir do diagnóstico do grupo foi que elaboramos nosso plano de ação, evidenciamos que o grupo estava composto em maior número de hipertensos, só havia quatro diabéticos. Diante do planejado apresentamos palestras esclarecendo conceitos sobre hipertensão, diabetes. Realizamos orientação sobre alimentação, visando à mudança no hábito alimentar, distribuimos dietas para hipertensos, diabéticos e dislipidemia a maioria apresentava níveis de colesterol e triglicérides alterados.

Estimulamos a atividade física, com atividade de caminhada, como em nossa unidade de saúde não tinha espaço para realização da prática, a atividade passou a ser realizada na academia do bairro por alguns e outras participavam de dança em outro grupo. Contamos com o apoio da nutricionista do NASF - Núcleo de apoio à saúde da família.

O trabalho educativo é contínuo, coordenado pelo enfermeiro e tem a participação multidisciplinar dos profissionais da unidade, com objetivo de aumentar a adesão dos pacientes crônico ao tratamento assumindo a responsabilidade compartilhada das ações. No início da formação do grupo a maioria dos participantes apresentavam níveis de pressão alterados, não tinham conhecimento a respeito de sua doença, não tinham orientação sobre alimentação saudável e sobre o autocuidado. Podemos afirmar que o grupo atingiu o seu objetivo conseguimos perceber que a dificuldade na adesão ao tratamento proposto estava relacionada as influencias sociais e na maneira como o usuário vivenciava a doença. Os participantes agora conscientes da necessidade contínua dos controles das doenças e estimulados a manter hábitos de vida saudáveis.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do grupo adquirimos novas experiências e novos conhecimentos em relação às várias estratégias que poderíamos utilizar para sensibilizar o doente crônico a participar e dividir responsabilidades referentes ao seu tratamento. Além disso, desenvolvemos habilidades na forma de escutar o paciente em todas as suas necessidades e angústias não só em relação ao seu estado de doença, mas nas adversidades do dia a dia.

Constatamos que o trabalho desenvolvido transmitiu conhecimentos, promoveu mudanças nos participantes como na vaidade para com o corpo, na forma de se vestir, na maneira de como enfrentar a doença aumentando assim, a adesão ao tratamento à participação e o envolvimento em relação às atividades do grupo, motivando-os na busca de maior autonomia e no autocuidado. Paralelamente observamos uma melhora significativa dos resultados, redução dos parâmetros, que antes eram alterados, em relação aos protocolos da diabetes e hipertensão. Dessa forma mostra-se importante a continuidade do grupo buscando a inserção de novos membros, ressaltando a participação de familiares, contribuindo para a continuidade do cuidado, o acesso a informação, educação e lazer.

Destacamos como contribuição para a enfermagem a educação continuada, devido à necessidade constante a atualização para que a informação pudesse ser transmitida da melhor forma e os grupos organizados respeitando as necessidades identificadas nos pacientes. Além de aprimorar a prática, executando protocolos específicos no contexto de hipertensão arterial e Diabetes Mellittus a fim de poder oferecer um melhor cuidado aos pacientes, podendo ter controle dos parâmetros do mesmo.

A partir disso, pudemos desenvolver nossa capacidade de externar nossos conhecimentos, adquirindo habilidades no contato com o outro e suas necessidades. O grupo foi uma experiência de grande relevância na minha carreira profissional por me fazer proporcionar um amadurecimento em minha prática.

REFERÊNCIAS

- AMBROSE, M. **Doenças: Da sintomatologia ao plano de alta. Vol 1 | A a H**; traduzido Roxane Jacobson - Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2007.
- BOUNDY, J. et al. **Enfermagem Médico-cirúrgica Vol 1 e 2**; Tradução Carlos Henrique Cosendey. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2004.
- BRUNNER, L.S. & SUDDARTH, D. S. **Moderna Prática de Enfermagem Vol. 1.** 2ª Edição. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.
- CARPENITO, L. J. **Planos de Cuidados de Enfermagem e Documentação: Diagnósticos de Enfermagem e Problemas Colaborativos.** Tradução Ana Maria Vasconcelos Thorell. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Básica N. 16**, 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd16.pdf. Acesso em: 03 de Maio de 2014.
- GIACOMOZZI, C. M. & LACERDA, M.R. **A Prática Da Assistência Domiciliar Dos Profissionais da Estratégia de Saúde da Família.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a13.pdf>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**, Brasília, 2012.
- SILVA, D. M. G.V. **Linhas de cuidados em enfermagem – Doenças Crônicas não-transmissíveis, módulo IX.** Florianópolis, 2013.