

El trabajo con grupos en Salud Familiar y estrategias para el cuidado transcultural/*The working with groups in Family Health and the strategies for transcultural care/O trabalho com grupos na saúde da família e as estratégias para o cuidado transcultural*

Maria Teresinha de Oliveira Fernandes 1, Sônia Maria Soares 2

Recibido: 16 de marzo de 2013

Aceptado: 3 de octubre de 2013

Resumen ³

El presente trabajo tiene como objetivo analizar conceptos, estructuras y estrategias del cuidado transcultural de grupos de pacientes desde la perspectiva de Salud de la Familia. Se trata de una investigación cualitativa basada en la Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado de Madeleine Leininger, realizada en un Distrito Sanitario del Municipio de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Los sujetos de investigación fueron coordinadores de grupos de personas diabéticas e hipertensas de las Unidades Básicas de Salud de Belo Horizonte. Los datos se recogieron entre junio y noviembre de 2006 por medio de la observación participante y la entrevista abierta, respetándose los aspectos éticos y luego se analizaron según la teoría de Bardin. Surgieron los siguientes núcleos temáticos: el grupo desde la perspectiva transcultural y su estructuración, estrategias de trabajo con grupos de diabéticos e hipertensos, tecnología de trabajo con grupos desde la perspectiva transcultural y retos y avances de la práctica

de grupo en Salud Familiar. Son necesarios más estudios que identifiquen las prácticas y resultados de los grupos operativos en APS para el desarrollo y mejora de estrategias de dichos grupos.

Palabras clave: Estructura de grupo, diabetes *mellitus*, hipertensión, Programa Salud de la Familia.

1 Doctoranda de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Minas Gerais, Máster en Enfermería, Enfermera de la Secretaría Municipal de Salud/Municipalidad de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Miembro efectivo del Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano/EE/UFGM. MG. E-mail: mtofernandes@gmail.com

2 Doctora en Salud Pública. Docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Minas Gerais. Coordinadora del Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano de la Escuela de la EE/UFGM. E-mail: smsouares.bhz@terra.com.br

3 Traducción realizada por las autoras

Abstract⁴

The objective is to uncover concepts, structures and strategies for transcultural care practice group immanent in the perspective

of Family Health. Qualitative research, based on the Theory of Care Diversity and Universality by Madeleine Leininger, a Sanitary District held in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. The subjects were the coordinators of groups of people with diabetes and hypertension of the Basic Units of Health of Belo Horizonte. Data collection occurred from June to November 2006, using participant observation and open interviews, respecting ethical aspects. The data were analyzed according to Bardin, the core themes emerged: the group in its structure and cross-cultural perspective, strategies of working with groups of patients with diabetes and hypertension, the technology of working with groups in cross-cultural perspective and challenges and advances the practice of group in Family Health. There is need for research directed to the group operating in the APS and identifying interventions and outcomes that are imposed on the development and improvement strategies in APS groups.

Key words: Group structure, diabetes mellitus, hypertension, Family Health Program.

Resumo⁵

Objetiva-se desvelar concepções, estrutura e estratégias para o cuidado transcultural imanentes da prática de grupo na perspectiva da Saúde da Família. Pesquisa qualitativa, fundamentada na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado de Madeleine Leininger, realizada em um Distrito Sanitário do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Os sujeitos foram os coordenadores de grupos de pessoas com diabetes e hipertensão das Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte. A coleta de dados ocorreu de junho a novembro de 2006, utilizando-se observação participante e entrevista aberta, respeitando-se os aspectos éticos. Os dados foram analisados segundo Bardin, emergiram os núcleos temáticos: o grupo na perspectiva transcultural e sua estruturação, estratégias do trabalho com grupos de portadores de diabetes e hipertensão, a tecnologia do trabalho com grupos na perspectiva transcultural e desafios e avanços da prática de grupo na Saúde da Família. Há necessidade de pesquisas direcionadas ao grupo operativo na APS, identificando intervenções e resultados que se impõem ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de estratégias de grupos na APS

Palavras chave: Estrutura de grupo, diabetes *mellitus*, hipertensão, Programa Saúde da Família.

Introducción⁶

Las enfermedades crónicas pasaron a formar parte de la realidad de los países en vías de desarrollo. En Brasil, generan cambios en el foco de la atención de la salud por sus altos índices de óbitos debido a la situación actual de transición demográfico/epidemiológica, resultado del envejecimiento de la población (1).

En el año 2005, en Belo Horizonte, la hipertensión arterial y la diabetes representaban el 27,1% de las muertes de residentes y el 11,4% de las internaciones del Sistema Único de Salud (SUS-BH), con

5 Traducción realizada por las autoras

6 Traducción al español del texto del artículo realizado por las autoras

4 Traducción realizada por las autoras

19,9% de los valores pagos de autorizaciones de internación hospitalaria (2). Cerca del 75% de las consultas en atención primaria de la salud (APS) por personal de Salud Familiar requiere una inversión de recursos financieros constantes para el desarrollo de acciones, principalmente en la recuperación de pacientes con complicaciones de hipertensión y diabetes que no controlan estas enfermedades en el día a día (3).

En el año 2002, con el Programa Salud de la Familia (PSF), en Belo Horizonte, se constató rápidamente la necesidad de efectuar el seguimiento del público con hipertensión arterial y diabetes *mellitus*. Se observan, utilizando la metodología de grupos operativos, las acciones de cuidado necesarias con respecto al tratamiento, la prevención de enfermedades y la promoción de estilos de vida saludables dirigidos a estas personas.

La teoría de Grupo Operativo fue creada en la década de los años 40 del siglo XX por Enrique Pichon-Rivière, médico psiquiatra y psicoanalista argentino de origen suizo y uno de los precursores de la psicología social. Según Pichon-Rivière (2005) el grupo operativo se define como conjunto limitado de personas vinculadas entre sí por constantes de tiempo y espacio, articuladas por su mútua representación interna, explícita o implícitamente, a una tarea que constituye su finalidad (4). Es una herramienta importante para los profesionales de la salud que trabajan con grupos, especialmente en el área de la salud, que permite obtener información para comprender los conceptos de asistencia. La actividad con el grupo SUS-BH está a cargo de profesionales de la salud de diferentes formaciones en la salud, con formación en la metodología de los grupos operativos o no, coordinando grupos en la Atención Primaria de la Salud (APS) (Fernandez MTO, 2007) (5). El trabajo en grupo es variado, desconocido pero difundido en la APS. En este contexto se suele sentir angustia al buscar satisfacer la demanda, principalmente de hipertensión y diabetes, que produce la canalización del usuario para algún tipo de grupo. Esta práctica de grupo, está aparentemente desvinculada del contexto cultural-profesional

o popular, ya que no todos los usuarios tienen indicación para participar, ni tampoco hay claridad de las actividades realizadas. Para muchos, la participación se impone y imbuido de intercambios simbólicos, tales como: "negociar hasta", recetas, medición de la presión arterial, entre otros. El trabajar con grupos se convirtió en una práctica desarrollada por los equipos que trabajan en el Programa Salud de la Familia (PSF) (6,7,8) Se considera que pueden estar surgiendo en las actividades grupales, estrategias transculturales para el cuidado. Por lo tanto, las estrategias que apoyan las acciones de atención en los grupo, ¿están relacionadas con la transmisión de información o actuarán como un factor de transformación?

Se hizo necesario entonces realizar una reflexión sobre la transculturalidad sobre la base de la Teoría de la Diversidad y la universalidad del cuidado (8). Esta teoría afirma que el cuidado debe ser congruente con los valores, creencias, expresiones y prácticas culturales significativas de personas de culturas distintas o similares, es decir, el cuidado debe ser transcultural. Incluye acciones y decisiones que implican *preservación del cuidado cultural* (mantener costumbres favorables de cuidado y de salud del usuario), *adaptación* (ajuste de costumbres sanitarias del usuario) y *repatronización* (cambio de patrones de salud del usuario que le resulte importante) (8). Esta investigación, por lo tanto, se centró en las estrategias del cuidado transcultural en los grupos que se ocupan de las enfermedades crónicas más prevalentes en APS: la hipertensión y la diabetes.

Objetivo

Analizar conceptos, estructuras y estrategias para el cuidado transcultural de grupos desde la perspectiva de la Salud Familiar

Metodología

Se trata de un estudio cualitativo observacional basado en la Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado (8). Se llevó a cabo en las Unidades Básicas de Salud (UBS) que componen el Distrito

Sanitario de APS Pampulha (DSP). El trabajo de campo se estructuró en tres fases: estudio preliminar de los informes de profesionales de la salud, análisis de las observaciones de campo y análisis de entrevistas. Los informes de profesionales disponibles en el sistema de información fueron de los nueve distritos sanitarios de Belo Horizonte: Barreiro, Centro Sur, Este, Noroeste, Nordeste, Oeste, Pampulha, Venda Nova. El Distrito Sanitario de Pampulha fue elegido por reunir 1.131 sesiones de grupo realizadas por profesionales: médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería en el ESF de 2005 (2)

En la región de Pampulha reside una población de 142.602 habitantes (2), que se reunió en ocho UBS de 24 ESF. En 2005 se produjeron 5.216 actos asistenciales por parte de los médicos generales y enfermeras a usuarios diabéticos e hipertensos. Se entiende por servicio o acto de asistencia el que se realiza a los residentes en el municipio cuyos motivos de consulta son la diabetes y / o hipertensión (9)

La recolección de datos se dividió en dos etapas cronológicas: la primera duró dos meses y en ella se realizó el estudio piloto de las guías elaboradas para esta investigación. La segunda etapa duró seis meses, de junio a noviembre de 2006; se inició con las observaciones de campo y entrevistas modificadas de acuerdo a lo experimentado en la prueba piloto.

Los criterios de inclusión fueron: que los informantes fueran equipos completos de profesionales integrados por: un médico, una enfermera graduada y dos técnicos de enfermería que realizaron actividades de grupo para personas con hipertensión, diabetes o ambas enfermedades prevalentes en los grupos Unidades Básicas de Salud (9). Se adoptaron como criterios de exclusión: los equipos incompletos, los equipos que no desarrollan actividades de grupo para diabéticos e hipertensos, los equipos de profesionales que no estaban interesados en colaborar con la investigación.

Los instrumentos utilizados fueron: modelo de Observación-Participación-Reflexión(OPR), propuesto por Leininger (1978) (8) y entrevista abierta realizada a los

coordinadores de los grupos que cumplieron con los criterios de inclusión.

O modelo OPR de Leininger (1978) (8) propone cuatro fases en la observación participante: 1) Observación- se caracteriza por la observación y la escucha activa en el trabajo grupal, a saber: lo que dicen los coordinadores de grupo, lo que hacen, metodologías y técnicas desarrolladas 2) Observación con alguna participación – se observa con una participación limitada que se produce a medida que se establece una mayor integración 3) Participación con alguna observación – incluye además de la observación, entrevistas y la participación directa de los investigadores en algunas actividades del grupo. 4) Observación reflexiva – se inicia con el registro de las primeras observaciones de campo, extendiéndose hasta que se hacen lecturas de los datos recolectados para encontrar los discursos relevantes y tratar de comprender su significado.

La entrevista abierta comenzó con la frase: “cuénteme su experiencia con grupos, considerando la metodología, tecnologías y conceptos de esa tarea” (Anexo II). Para orientar las observaciones se empleó la Guía Rápida para Evaluación Cultural de Leininger (8) (Anexo I).

Es de destacar que el municipio actuó sólo en equipos mínimos UBS formado por médicos, enfermeros licenciados, trabajadores sociales y técnicos en Enfermería. Se observaron siete grupos de personas con diabetes e hipertensión coordinado por profesionales de APS. Se realizaron 19 entrevistas individuales que fueron pre-programados con estos profesionales: 3 enfermeras graduadas, 10 enfermeras, cuatro médicos. En este estudio se ha incluido a 1 asistente social, 1 profesor de fisioterapia debido a la estrecha relación que ellos tienen con estos grupos y equipos. Todas las entrevistas fueron audio grabadas, transcritas y validadas por ellas. En cada entrevista se registraron los datos de la persona entrevistada, incluida la elección de un seudónimo. Se les avisó a los entrevistados que se le devolvería la entrevista transcrita posteriormente para su validación y la transferencia de competencias a la investigadora.

La recogida de datos fue concluida según el criterio de saturación de Polit *et al* (2004) (10). Se considera criterio de saturación en la investigación cualitativa, al momento en el que el investigador considera que ya no puede obtener nueva información significativa sobre el fenómeno estudiado (10). Los datos fueron analizados en función de la propuesta de Bardin (11), que define un conjunto de técnicas, procedimientos sistemáticos y objetivos para obtener una descripción de los contenidos de los mensajes, permitiendo la inferencia de conocimientos sobre las condiciones de producción / recepción de estos mensajes.

La investigación fue homologada por los Comités de Ética e Investigación de la Universidad Federal de Minas Gerais, protocolo nº ETIC 0047/06 y de la Secretaría Municipal de Salud de Belo Horizonte, parecer nº 009/2006. Todos los sujetos participaron voluntariamente y firmaron el Término de Compromiso Libre y Esclarecido.

Resultados

Después de organizar las notas de las observaciones de campo y de las entrevistas se construyeron los núcleos temáticos (NT): El grupo desde la perspectiva del cuidado transcultural y su estructuración; Estrategias de trabajo con grupos de personas diabéticas e hipertensas; Tecnología de trabajo con grupos desde la perspectiva transcultural; Retos y avances de la práctica de grupo en Salud de la Familia.

Las palabras de los sujetos se refieren a: Enfermero graduado 1, Enfermero graduado 2, Médico 1, Médico 2, Técnico de Enfermería 1, Fisioterapeuta 1 y las notas de las observaciones de campo, como notas de observación (NO) Equipo1, y, así en adelante.

NT 1: El grupo desde la perspectiva del cuidado transcultural y su estructuración

Los grupos están centrados principalmente en la enfermedad:

Trabajar en grupo es juntar semejantes, [...] que tienen los mismos problemas, las mismas dificultades [...] e intentar ayudarlos a pensar sobre dichas semejanzas, hacer, promover intercambio de experiencias [...]. Entonces es muy importante lograr que el grupo se identifique. Enfermera 1

La oferta de grupos es mensual, bimensual o trimestral:

[...] nos reunimos, [...] periódicamente, [...] frecuencia mensual, y tratamos varios temas. Enfermera 10

[...] en vez de reunir el grupo dentro de tres meses, nos reunimos dentro de cuatro meses. Enfermera 9

La demanda de atención de personas con diabetes e hipertensión en Salud de la Familia estimuló la propuesta de grupos, generalmente impuesta por el equipo, como una acción programática y territorial:

Cuando comenzó el PSF la cuestión de los equipos, [...] siempre se decía, hay que hacer un grupo. En realidad, era una imposición, hay que hacer, [...] y exigen todo el tiempo que lo hagas [...]. Enfermera 3

[los grupos] se hacen [...] según la micro-área en la cual cada uno de ellos [ACS] trabaja. Enfermera 9

NT 2: Estrategias del trabajo con grupos de personas diabéticas e hipertensas

Una de las estrategias identificadas en los grupos fue la trasmisión vertical, o sea, enfoque de enseñanza-aprendizaje basado en el conocimiento de los profesionales de salud:

[...] hablábamos de la hipertensión, [...] la diabetes, [...] las medidas [...] para mejorar el tratamiento [...] expresión verbal. Médico 1

Otras estrategias trabajan la comunicación no verbal con el toque y la sensación de acercarse al otro, tocar como forma de sentir al otro en actitud de cuidado:

Vimos que se los invitó a los integrantes del grupo a sentarse lado a lado en círculo, [...]. En un acto concreto, compartido, se sentaron todos juntos para la actitud efectiva y afectiva de cuidado, como en la ceremonia del lavapiés. En ese momento, se observó un proceso actual en el grupo, que ocurría ahí y entonces en dos dimensiones, individual y con todos los miembros, con expresiones y prácticas de cuidado por preservar, adaptar y repatronizar. En fin, una actitud amorosa de cuidado que, en su esencia, permitió repensar las acciones prescriptivas de cuidado, en este caso con relación a la prevención de complicaciones relacionadas con el pie diabético. NO (Equipo 1)

Las vivencias corporales también se vieron como articuladoras de la transculturalidad del cuidado en los grupos:

[...] y, al final, teníamos una experiencia corporal, [...] tratando de sensibilizar personas con movimiento, sensibilizar asuntos de salud porque el movimiento, que es mi objeto de trabajo como fisioterapeuta, puede facilitar mucho más que lo físico, [...]. Mueve la vida de las personas. Fisioterapeuta 1

NT 3: Tecnología de trabajo con grupos

desde la perspectiva transcultural

Este núcleo temático trata de los recursos referidos como tecnologías que apoyan la dinámica grupal.

[...] íbamos pasando una bolita de mano en mano, como si fuera una papa caliente, con música y, cuando parábamos la música, le hacíamos una pregunta al que tenía la bolita.
Enfermera 5

Sí, llegamos a hacer [...] teatro, también llegamos a hacer [...]. Enfermera de Nivel Medio1

Los recursos pedagógicos mencionados y observados fueron álbums en serie, vídeos educativos, panfletos y carteles ilustrativos.

[...] nuestras tecnologías son sencillas, [...] en el caso del hipertenso y del diabético usamos carteles que fabricamos nosotros, panfletos que se distribuyen en la red.
Enfermero 6

Entre los recursos surgió la necesidad de adaptar tecnologías disponibles, respetando las limitaciones físicas, psicológicas y sociales de los participantes del grupo, con miras a hacerlas palpables:

[...] me gusta mucho trabajar con lo que se puede ver y lo que se puede tomar .
Enfermera 7

Hasta el step construimos con una lista telefónica gruesa y antigua que nadie usaba más. Enfermera 7

NT 4: Retos y avances de la práctica de grupo en Salud de la Familia

Hay varias creencias limitadoras del trabajo con grupos en Salud de la Familia:

[...] la propia falta de preparación del equipo con relación a las limitaciones que tenemos nosotros sobre ese tema [grupo]. Médico 1
La metodología que seguimos no está muy sistematizada. Enfermera 9

Los coordinadores también sugieren capacitación para este tipo de actividad y se centran en la creatividad:

[...] precisamos reciclaje y entrenamiento

para manejar el grupo, [...] llega un momento cuando la creatividad se agota [...] no sabemos más qué estamos enfocando.
Enfermera 4

Prevalece la cultura del grupo como espacio de intercambio de recetas médicas como revelaron:

[...] el objetivo de eso (grupo) que no fuera para hacer las recetas [...] o que no fuera para atender la mayor cantidad de personas en menos tiempo . Médico 2

Algunos coordinadores intentan enfrentar los retos con alianzas multiprofesionales y buscando intersectorialidad:

[...] la Secretaría de Abastecimiento participaba con dietas; las facultades con nutricionistas [...]. Entonces siempre traemos a alguien de afuera para ayudar a armar los menús de diabéticos o hipertensos.
Enfermera 2

Discusión

En este estudio el cuidado de las personas que padecen determinadas enfermedades crónicas tales como hipertensión y diabetes y los conceptos para enfocar los grupos están orientados, principalmente, a satisfacer la demanda de los servicios de salud. Se recalca que la propuesta de los grupos como acción programática en la búsqueda por controlar la enfermedad crónica, está más enfatizada que la atención de la salud dirigida a los sujetos. El foco de la atención pierde su especificidad. Los grupos reiteran la atención cotidiana de la salud que no llama la atención en sí misma porque, en el encuentro terapéutico (12), la enfermedad asume la delantera. El impacto del modelo cartesiano y las prácticas profesionales fragmentadas basadas en el paradigma biomédico son reforzadas en el grupo y traen en su concepto la cura del cuerpo con intervenciones basadas en la clínica tradicional (13, 14).

Los grupos estudiados se llaman grupos operativos lo cual es una limitación de

análisis de la presente investigación en cuanto al concepto de grupo. Los sujetos mencionan la falta de sistematización del trabajo con grupos; del enfoque del grupo centrado en el conocimiento del profesional y en el escenario en salud que todavía privilegia las acciones curativas y el trabajo individual de los profesionales (15).

Según Bicalho (2006a) (16) el sentido común puede utilizarse durante meses pero no resiste a la rutina. Hay que buscar formación para quienes realizan esta práctica grupal pues para desempeñar esta función se requiere capacitación profesional. Las estrategias actuales de grupo no ofrecen sustentabilidad práctica como las que se describen en la literatura y no garantizan que se produzcan los cambios necesarios en el estilo de vida de las personas.

Indirectamente, algunos de los hallazgos se aproximan tenuemente a las propuestas de Grupo Operativo de Pichon-Rivière (2005) (4) cuando se refieren a los grupos por territorio (espacio), tiempo (frecuencia) y objeto común (controlar la enfermedad) en perjuicio de lo que se anhela como objetivo final: aprendizaje y autonomía del sujeto.

La interacción superficial del coordinador de grupo con el grupo, que emplea como estrategia una determinada charla, bloquea el aprendizaje que es, supuestamente, uno de los logros de la metodología del grupo operativo. Cuando se revé el sentido de serialidad a grupalidad, la ilusión de haber realizado grupos operativos en atención primaria de la salud (APS) parece ser natural. Es decir, la secuencia de temas que se agotan y varias personas reunidas para un fin determinado es una representación imaginaria para cumplir el deseo (17) de gestores, pero seguramente no del profesional de salud y mucho menos del usuario.

La ilusión grupal es diferente; es lo que un grupo piensa que es y cree que puede realizar para lograr sus objetivos, creando condiciones para llegar a un “nosotros” y desarrollar una pertenencia (17). En ese sentido, en uno de los grupos hubo una ruptura en la regularidad de lo que se venía observando que fue la evaluación de los pies de los participantes por miembros del equipo. Al principio, al usuario le resultaba incómodo mostrar una parte del

cuerpo no siempre bien cuidada. Hay que estar atentos para no invadir el espacio personal del individuo que se va a tocar, que lo manifiesta apartando una parte o todo el cuerpo cuando se trata de establecer el contacto físico (18). Al introducir en el trabajo con grupos el acercamiento físico se observó que la propuesta de orientar participantes para manejar el cuidado trascendía los ritos siempre presentes en los encuentros como, por ejemplo, para tomar la presión, medir la glucemia o tratar temas específicos de la enfermedad.

El clima grupal de mayor interacción entre sujetos favorecía la identificación de bloqueos al aprendizaje del grupo: había que salir de la postura defensiva, participar en los debates y compartir conocimiento y afectos. De esa forma, se exponía lo señalado que actúa sobre lo explícito y la interpretación que opera sobre el obstáculo para mostrarlo y obtener la reorganización grupal que permita elaborarlo (4,19).

Las vivencias contribuyeron a discutir creencias, valores y representaciones del enfermar porque parecían guiadas por actitudes de los profesionales y de los usuarios impregnadas de sentimientos de afecto y de amor, ennobleciendo el procedimiento en su perspectiva cultural.

Tener sensibilidad y comprensión, según Santos *et al* (2006) (20) implica transformar procesos individuales y colectivos de toma de decisión y desarrollo de autonomía. El grupo representa, entonces, la posibilidad de rescatar el cuidado para tantos males de la actualidad y de sentir y demostrar afecto hacia uno mismo y hacia los demás. Puede decirse que en el desarrollo del trabajo con grupos se están adoptando nuevas posturas que combinan el enfoque del cuidado universal con otro culturalmente sensible. Esta dinámica de grupo incluye interacciones y procesos generados en el grupo y puede entenderse como teoría, técnica o forma de actuar en grupo.

La realidad de los grupos pone en evidencia cambios en su enfoque. Se piensa en las creencias y valores de los sujetos de cómo cuidar y en las posibilidades de adaptar, negociar o repatronizar el cuidado (5) cuando las tecnologías prevén la inserción del sujeto

en la relación educativa. Para el aprendiz las estrategias y tecnologías de los grupos deben ser potencialmente significativas porque el aprendizaje significativo es individual (21) en el sentido que el sujeto se adueña de su capacidad para hacer elecciones de forma libre y esclarecida, aunque en el contexto grupal sea cooperativa y, al mismo tiempo, autónoma (20). El coordinador debe relacionar el contenido con el conocimiento del educando y, asimismo, permitir que el educando use su propio lenguaje y exprese su visión de mundo desde una nueva perspectiva. Esta actitud del coordinador hace diferencia en las estrategias preventivistas basadas en el pensamiento científico moderno que, al buscar el máximo de precisión y objetividad, reducen el tener salud y enfermar a esquemas abstractos, calculables y demostrables por medio de un razonamiento causal lineal (21), sin considerar la subjetividad del sujeto.

Consideraciones generales

A través de este estudio se pudo comprobar que el cuidado de personas con enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes, así como las concepciones sobre los grupos van dirigidos principalmente a responder a la gran demanda de los servicios de salud. Es de destacar que la demanda refuerza la proposición del grupo en forma de imposición de los equipos como la acción programática en un intento de control de las enfermedades crónicas. Existe evidencia de la existencia de estos grupos en los equipos de Salud Familiar cuando la estructuración de la familia se centra en el uso de drogas.

A medida que el estudio buscaba conocer los conceptos, estructuras y estrategias para el cuidado transcultural, los resultados indicaban que los grupos se formaban en torno a una metodología no apropiada. Existe evidencia de la dificultad técnica de los profesionales para coordinar y la necesidad de formación. Otra evidencia es que esta práctica está lejos de ser el diálogo entre profesionales y usuarios para el cuidado transcultural lo cual constituye una barrera para el aprendizaje. La gestión de los diversos modos de la atención necesitan ser revisados.

Las estrategias de los grupos actuales se relacionan con el sentido común y no garantizan los cambios necesarios en el estilo de vida de la gente de pueblo. El estudio sugiere la importancia de aumentar la interdisciplinariedad. Existe, además, evidencia de cambios en la práctica de los grupos, algunas de las cuales apuntaban a considerar la cultura del sujeto y la valoración de sus experiencias. Esto se aproxima a los supuestos del grupo operativo y la teoría transcultural de Leininger, pero forma todavía incipiente.

Por lo tanto, existe una necesidad de la investigación dirigida al grupo operativo en APS, la identificación de las intervenciones y los resultados que son necesarios para el desarrollo y mejora de las estrategias más eficaces. Se recomienda que estos grupos se preparen continuamente para responder a los desafíos contemporáneos, especialmente los problemas emergentes de la vida cotidiana, el desarrollo de un círculo social que responda a las expectativas de los usuarios y los profesionales más allá del paradigma de la enfermedad.

Referencias bibliográficas

1. Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto Contexto Enferm.* 2007; 16(2):254-62. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a07v16n2.pdf> [Acesso: 4 ago 2011].
2. Brasil. Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Plano municipal de saúde de Belo Horizonte 2005-08. Belo Horizonte: SMS; 2005. 158 p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão: um mal que pode ser evitado. Brasília; 2009. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=22837>. [Acesso: 18 mai 2011].
4. Pichon-Rivière E. O processo grupal. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
5. Fernandes MTO. Trabalho com grupos na saúde da família: concepções, estrutura e estratégias para o cuidado transcultural [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2007. Disponível em http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/GCPA-756QT2/1/maria_teresinha_de_oliveira_fernandes.pdf [Acesso: 4 ago 2011].
6. Silva LB. Comunicação nas práticas de coordenação de grupos socioeducativos na estratégia de saúde da família. 2010. [Dissertação Mestrado em Enfermagem]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. Disponível em http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c5ab2f26e381.pdf [Acesso: 18 ago 2013].
7. Dellenborg L, Skott C, Jakobsson E. [Transcultural Encounters in a Medical Ward in Sweden](#) *Journal of Transcultural Nursing* 2012; 23(4):342-350.
8. Leininger MM. *Transcultural nursing: concepts, theories and practices*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, College Custom Series; 1978.
9. Brasil. Prefeitura de Belo Horizonte. Organização da Atenção Básica da Rede Municipal de Belo Horizonte. A atenção básica de saúde em Belo Horizonte: recomendações para a organização local. Belo Horizonte, 2006.
10. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Pesquisa e análise qualitativa. In: *Fundamentos da pesquisa em enfermagem – métodos, avaliação e utilização*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 247-284.
11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
12. Gadamar HG. *O caráter oculto da saúde*. Rio de Janeiro: Vozes; 2006.
13. Soares SM, Carneiro MLM. Holismo e saúde. In: Gualda D M R, Bergamasco RB. *Enfermagem, cultura e processo saúde-doença*. São Paulo: Ícone; 2004. p. 65-76.
14. Tavares CMA, Matos E, Gonçalves L. Grupo multiprofissional de atendimento ao diabético: uma perspectiva de atenção interdisciplinar à saúde. *Texto Contexto Enfermagem* 2005; 14(2):213-221. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a08v14n2.pdf> [Acesso: 4 ago 2011].
15. Araújo JL. Sentidos do cuidado na hipertensão arterial para enfermeiros e usuários na saúde da família: uma aproximação à hermenêutica Gadameriana. [dissertação] Fortaleza: Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação/ UEC; 2010.
16. Bicalho MS. Saúde pública: a saúde mental na atenção básica: nosso ensaio. Minas Gerais: Associação Médica de Minas Gerais/Grupo de Estudo em Saúde da Família; 2006a. Disponível em <http://www.smmfc.org.br/gesf2006/smentalbicalho.pdf> [Acesso: 21 out. 2011].
17. Grandó MK, Dall'Agnol CM. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da estratégia saúde da família. *Esc. Anna Nery* [online] 2010; 4(3):504-510. Disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1277/127715324011.pdf> [Acesso: 2 nov. 2011].
18. Sá AC. *O cuidado do emocional em saúde*. 2. ed. São Paulo: Robe Editorial; 2003.
19. Del Cueto AM, Fernández AM. El dispositivo grupal. En: Pavlovsky E, organizador. *Lo grupal* 2. Buenos Aires: Búsqueda; 1985.
20. Cardoso MAR, Moraes ZB, Veloso IBP, Silva RD. Ações educativas vivenciadas junto a pacientes idosos: relato de experiência. *Sitientibus (Brasil)*; 2005; 33:41-51.

21. Santos LM, Da Ros MA, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. Rev. Saúde Pública [online] 2006; 40(2):346-352. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28543.pdf> [Acesso: 2 nov. 2011].

ANEXO I

Guia Rápido para Avaliação Cultural

Fase I - registrar observações do que se vê, ouve-se ou de experiência com o grupo, incluindo ferramentas, suportes e canais para o tratamento e acesso da informação, o que corresponde a modos de expressão e incorporação de modelos de participação e prática cultural, introduzindo ou não um novo conceito de cuidado, no trabalho com o grupo de DM e HA.

Fase II - ouvir dos profissionais e aprender com eles sobre os valores culturais, crenças e linguagem dos grupos que coordenam, a respeito do cuidado à saúde no determinado contexto social. Dar atenção às práticas e às metodologias e tecnologias utilizadas para abordagem relativa ao cuidado profissional. Investigar os hábitos relacionados às práticas populares de cuidado em sua dimensão sociocultural e observar como o

Fase III - identificar e documentar os padrões e as narrativas referentes aos significados dados pelos profissionais em relação ao cuidado, considerando tudo o que tenha visto, ouvido ou experienciado.

Fase IV - sintetizar temas e padrões originados das informações obtidas nas fases I, II e III.

ANEXO II

Ficha do Informante

1. Identificação:

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Religião: _____

Médico (a) _____ Enfermeiro (a) _____ Auxiliar de Enfermagem _____

UBS: _____ ESF: _____

Tem especialização ? Sim ___ Não ___ Qual? _____

Já fez alguma capacitação para trabalhar com grupos? Sim ___ Não ___

Qual? _____ Onde fez? _____

2. Fale como é a sua experiência com os grupos, considerando a metodologia, tecnologias, suas concepções em relação a esse trabalho.