

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

GRUPOS OPERATIVOS: UMA ESTRATÉGIA PARA ACOMPANHAMENTO DAS
PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Poliana Alves Ferreira Marçal

Teófilo Otoni/Minas Gerais

2010

Poliana Alves Ferreira Marçal

**GRUPOS OPERATIVOS: UMA ESTRATÉGIA PARA ACOMPANHAMENTO DAS
PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL**

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

Orientador: Prof^a. Dr^a. Sônia Maria Soares

Teófilo Otoni/Minas Gerais

2010

Poliana Alves Ferreira Marçal

**GRUPOS OPERATIVOS: UMA ESTRATÉGIA PARA ACOMPANHAMENTO DAS
PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL**

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

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Sônia Maria Soares

Banca Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Sônia Maria Soares

Prof^ª. Dr^ª. Salete Maria de Fátima Silqueira

Aprovado em Belo Horizonte: 11/09/2010

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Deus, meu divino companheiro, agradeço pelas portas que se abrem, por seu amor indescritível e por me prover de condições de concluir este curso;

Aos meus pais por não medirem esforços para me ajudar, pelo incentivo e motivação, por garantir a minha formação profissional;

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

Ao meu marido querido pelo apoio, pela paciência e carinho. Sou feliz de ter você na minha vida;

À Professora Dr^a. Sônia Maria Soares, por compartilhar comigo o seu conhecimento.

Ó profundidade das riquezas, tanto da sabedoria, como da ciência de Deus!

Quão insondáveis são os seus juízos, e quão inescrutáveis os seus caminhos!

Por que quem compreendeu o intento do Senhor? Ou quem foi seu conselheiro?

Ou quem lhe deu primeiro a Ele, para que lhe seja recompensado?

Porque Dele e por Ele, e para Ele, são todas as coisas; Glória, pois a Ele eternamente. Amém.

RESUMO

A hipertensão arterial é um dos principais agravos à saúde no Brasil por constituir-se importante fator de risco para a ocorrência de eventos mórbidos por doenças cardiovasculares, cerebrais e renais. Para o alcance do sucesso terapêutico, torna-se imprescindível o desenvolvimento de ações educativas e terapêuticas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco cardiovasculares e incentivo ao uso contínuo dos medicamentos. Nesse contexto, os grupos operativos têm sido utilizados como uma estratégia eficiente para a prática de promoção da saúde e para aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento proposto. O Grupo Operativo, conceituado e sistematizado por Pichon-Rivière, pode ser definido como um conjunto de pessoas com o objetivo comum de realizar uma determinada tarefa, por exemplo: o aprendizado, a cura, o diagnóstico de dificuldades etc. O presente trabalho tem como objetivo descrever a importância do trabalho com grupos realizados pelas equipes de saúde da família no acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial, constituindo-se em uma pesquisa bibliográfica, de natureza descritiva, baseada na análise de artigos publicados em periódicos eletrônicos no período de 2000 a 2010. Utilizou-se como fontes bibliográficas principais, os seguintes bancos de dados: Biblioteca virtual em Saúde, Scielo e Google Acadêmico. Os descritores utilizados foram: hipertensão arterial e saúde da família para embasar a revisão bibliográfica e grupos operativos conjugado a hipertensão arterial para a descrição dos resultados. A partir da análise dos artigos identificou-se como resultado da prática de grupos: maior controle da pressão arterial, mudanças nas relações interpessoais, melhoria da auto-estima, construção de vínculos entre os pacientes e equipe de saúde, mudanças na concepção do processo saúde – doença e adoção de hábitos saudáveis de vida.

Palavras – chave: Hipertensão Arterial. Educação em Saúde. Grupo Operativo.

ABSTRACT

Arterial hypertension is a major health problem in Brazil; by itself constitutes an important risk factor for the occurrence of cardiovascular, brain and kidney morbid events. To achieve therapeutic success becomes essential to develop therapeutic and educational activities with emphasis on lifestyle changes, correction of cardiovascular risk factors and encouraging continual use of medicines. In this context the operative groups have been used as an efficient strategy for the practice of health promotion and to increase patients' adherence to the proposed treatment. The Operative Group, conceptualized and systematized by Pichon-Rivière, can be defined as a set of people with the common goal of performing a given task, e.g. learning, healing, diagnosis of problems etc. This paper aims to describe the importance of the work with groups, realized by family health teams, monitoring people with arterial hypertension, being in a descriptive bibliographic research, based on electronic journal articles analysis published on the period of 2000 to 2010. Was used as the main bibliographical sources, the following databases: Virtual Health Library, Scielo and Google Scholar. The terms used were: arterial hypertension and family health to base the review and both operative groups and arterial hypertension to describe the results. From the articles analysis was identified as a result of the groups practice: greater blood pressure control, changes in interpersonal relationships, improved self-esteem, building links between patients and health team, changes in the design of health - disease and adoption of healthy life habits.

Keywords: Arterial hypertension. health Education. Operative Group.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
1.1 Justificativa	11
1.2 Objetivo Geral	12
1.3 Objetivos Específicos.....	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1. Hipertensão arterial	13
2.2 A hipertensão arterial como problema de saúde pública	14
2.3 Estratégia de Saúde da Família.....	16
2.4 Fundamentos teóricos de grupos operativos	17
3 METODOLOGIA.....	20
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
REFERÊNCIAS	26

1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Em 2003 as mortes por doença cardiovascular corresponderam a 27,4 % de todos os óbitos (MANO, 2009).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um importante fator de risco para a doença cardiovascular, seja na forma de doença isquêmica, insuficiência cardíaca ou doença cerebrovascular. Conforme Mano (2009) a HAS está envolvida em 40% das mortes por doença cerebrovascular e em 25% das mortes por doença coronariana. A doença apresenta características específicas do processo de cronicidade, destacando-se por história natural prolongada, multiplicidade de fatores associados, longo curso assintomático, evolução clínica lenta, além da possibilidade de desenvolvimento de complicações (SANTOS e ANDRADE, 2003).

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* proposto pelo Ministério da Saúde em 2002 descreve que 60 a 80% dos casos de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* podem ser tratados na rede básica. Assim, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) aponta diretrizes que contribuem para reorganização eficaz da atenção a esta clientela.

A Estratégia de Saúde da Família foi adotada como uma proposta de reorientação da prática assistencial em substituição ao modelo tradicional, orientado para a cura de doenças e realizado principalmente pelo hospital. Esta estratégia está estruturada a partir de uma unidade de Saúde da Família com equipe multiprofissional que desenvolve ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de agravos (BRASIL, 2001).

O foco da atenção aos portadores de hipertensão arterial está voltado para ações de educação em saúde e adoção de hábitos saudáveis de vida, sendo proposto pelo Ministério da Saúde que as equipes de Saúde da Família promovam intervenção a essa clientela por meio de grupos com o objetivo de facilitar a adesão ao tratamento (BRASIL, 2002). É recorrente ouvir dos profissionais de saúde, que fazem parte da equipe de saúde da família, que a prestação de assistência à população ocorre por meio de grupos denominado pela maioria, grupos operativos.

Os grupos operativos foram sistematizados por Pichon-Rivière e definidos como um conjunto de pessoas que estabelecem vínculos entre si e centralizam-se em uma determinada tarefa: possibilitar a aprendizagem para mudanças de comportamento, a cura, identificar

obstáculos que impedem o processo de adesão ao tratamento, etc. (VASCONCELOS et al, 2009).

Através da operacionalização desta prática assistencial a equipe tem a oportunidade de cumprir o seu papel de promoção da saúde estimulando o indivíduo a procurar melhorias em sua qualidade de vida.

O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família foi uma grande oportunidade de aperfeiçoamento profissional, os temas abordados estavam diretamente relacionados com a prática diária o que proporcionou aos alunos, representantes das categorias profissionais que atuam na ESF, a visão de todo o processo de trabalho da atenção primária. O curso despertou nos profissionais o entendimento da importância do trabalho em equipe para garantir a uniformidade e integralidade das ações.

Trabalhar em uma Unidade de Saúde da Família é um grande desafio em razão das necessidades de saúde gigantescas da população. Ao assumir o trabalho em unidade de zona rural com características tão peculiares parecia ser impossível desenvolver todas as ações necessárias e atender a demanda espontânea. Observei em minha prática profissional que em uma população de 2700 pessoas, 342 eram hipertensas. Nas visitas domiciliares e atividades em grupo ficava claro que os níveis elevados de pressão estavam diretamente relacionados aos hábitos de vida, especialmente ao alcoolismo, à alimentação a base de carboidrato e gordura animal e à descontinuidade do tratamento em razão do acesso territorial dificultado. Diante disso a prática educativa dirigida aos portadores de hipertensão arterial foi priorizada em um primeiro momento, no entanto garantindo a continuidade das demais atividades como pré-natal, puericultura, coleta de papanicolau, etc.

Conforme dispõe Toledo et al (2007) a hipertensão arterial torna-se perversa por sua invisibilidade porque na maioria dos casos os sintomas não são perceptíveis e não provocam desconforto aos pacientes, porém trata-se de uma condição crônica capaz de causar graves complicações para a saúde e vida social das pessoas.

O Ministério da Saúde propõe que a equipe de Saúde da Família desenvolva processos educativos através de grupos, voltado à recuperação da auto-estima, troca de experiências, apoio mútuo e melhoria do auto-cuidado (BRASIL, 1997).

O atendimento por meio de grupos denominados operativos tem sido desenvolvido constantemente nos serviços de saúde, no entanto observo em minha prática em saúde da família que os profissionais realizam esta atividade sem embasamento teórico com uma proposição simplista de repasse de informações acerca da doença. (SOARES *et al*, 2004, FERNANDES, 2007; DIAS et al., 2009; HORTA et al., 2009).

Na minha prática profissional em saúde da família a operacionalização de grupos no tratamento da hipertensão arterial faz parte da agenda de trabalho semanal. Os grupos são realizados por micro áreas para limitar o número de participantes e facilitar o trabalho. O que se tem alcançado é um aumento do vínculo entre os hipertensos e a equipe de saúde e acompanhamento contínuo a fim de prevenir agravos. Os hipertensos se sentem valorizados e participam das dinâmicas de grupo com muita alegria. Para a continuidade da assistência os agentes comunitários de saúde exercem papel fundamental, através das visitas diárias eles verificam o uso correto da medicação, observam as queixas do paciente e alertam a equipe na ocorrência de complicações.

Em razão da magnitude deste problema de saúde pública, propõe-se com o desenvolvimento de um estudo bibliográfico descrever a importância do trabalho com grupos sejam estes operativos pelas equipes de saúde da família no acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial.

1.1 Justificativa

Diversos estudos (TOLEDO et al., 2007; MANO, 2009; BRASIL, 2002; MION JÚNIOR e PIERIN, 2001) descrevem a elevada prevalência da hipertensão arterial na população brasileira, sendo considerada importante fator de risco para as principais causas de morte no país: doenças cardiovasculares e cerebrais. Trata-se de uma condição mórbida com possibilidades de controle eficaz e grandes chances de evitar complicações.

O grande desafio no controle da pressão arterial consiste na adesão do paciente ao tratamento proposto, especialmente quanto à necessidade de modificação dos hábitos de vida: perda de peso, prática de atividade física, suspensão do hábito de fumar, redução do consumo de bebidas alcoólicas e ingestão de uma alimentação balanceada com baixo consumo de gorduras saturadas.

Os grupos operativos têm sido utilizados na atenção primária para proporcionar ao paciente orientação para o autocuidado no manejo da hipertensão, fazendo-o repensar sua forma de agir frente à doença, conseqüentemente ocasionando modificação dos hábitos de vida.

Diante da importância do processo educativo para prevenir complicações pretende-se descrever experiências exitosas no trabalho com grupos operativos dirigidos a portadores de hipertensão arterial.

1.2 Objetivo Geral

Descrever a importância do trabalho com grupos operativos no acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial.

1.3 Objetivos Específicos

1. Identificar por meio de revisão bibliográfica estudos relacionados com a prática de grupos operativos junto à pessoas portadoras de hipertensão arterial;
2. Analisar os resultados obtidos com o desenvolvimento do grupo operativo relacionado às intervenções no tratamento de pessoas com hipertensão arterial.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença multifatorial, na qual estão associados diferentes mecanismos, acarretando aumento do débito cardíaco e da resistência vascular periférica (KUSCHNIR; MENDONÇA, 2007).

Hipertensão arterial é uma síndrome clínica caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mmHg de pressão sistólica e/ ou 90 mmHg de diastólica — em pelo menos duas aferições subseqüentes — obtidas em dias diferentes, ou em condições de repouso e ambiente tranquilo. Quase sempre, acompanham esses achados de forma progressiva, lesões nos vasos sanguíneos com conseqüentes alterações de órgãos alvos como cérebro, coração, rins e retina. Geralmente, é uma doença silenciosa: não dói, não provoca sintomas, entretanto, pode matar. Quando ocorrem sintomas, já decorrem de complicações (SILVA; SOUZA, 2004).

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é freqüentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS a níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maior acesso a medicamentos (BRASIL, 2006).

Como os sintomas são pouco significativos para o diagnóstico da hipertensão arterial, a anamnese deve ser direcionada para o tempo da doença, as cifras pressóricas anteriores, os tratamentos prévios e seus possíveis efeitos colaterais, o uso de medicação concomitante que possa influir no controle da pressão arterial, os sintomas indicativos de envolvimento de órgãos-alvo comprometidos e os antecedentes familiares, principalmente a presença de doença arterial coronariana prematura e acidente vascular cerebral na família, de dislipidemia e de doença renal (CUPPARI, 2005).

Segundo estudos realizados por Silva e Souza (2004) a classificação utilizada, mais recente, é preconizada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia baseada em parâmetros norte-americanos. Houve uma simplificação das faixas pressóricas e a categorização de uma situação dita "pré-hipertensão", onde as modificações do estilo de vida devem ser mais que incentivadas, tendo em vista a grande possibilidade de evolução futura para o estado de hipertensão arterial com o avançar da idade. Nesta classificação atual, a pressão ideal é aquela

menor que 120 sistólica e 80 diastólica. O Ministério da Saúde (MS) considera este valor ideal, onde há menos riscos para o aparelho cardiovascular.

A hipertensão arterial pode resultar de qualquer doença que diminua o número de néfrons funcionantes, levando à retenção de sódio e água. Outros fatores influenciam na elevação da pressão arterial, tais como: tabagismo; abuso de álcool; dislipidemia; diabetes mellitus; idade acima de 60 anos; sexo: homens ou mulheres pós-menopausa e andropausa; história familiar de doença cardiovascular em: mulheres com menos de 65 anos de idade e homens com menos de 55 anos de idade; lesões em órgãos-alvo ou doenças cardiovasculares; doenças cardíacas; episódio isquêmico ou acidente vascular encefálico; nefropatia; doença vascular arterial periférica; retinopatia hipertensiva (MAGALHÃES, 2003).

2.2 A hipertensão arterial como problema de saúde pública

Conforme descreve Mano (2009) em 1995 estimava-se que existiam 30 milhões de hipertensos no Brasil com cifras de pressão arterial entre 140-159 e/ou 90-94 mmHg e ainda, 13 milhões de brasileiros hipertensos com pressão Arterial > 160 e/ou 95 mmHg. Hoje este grave problema de saúde pública afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos (BRASIL, 2002).

Por sua vez as doenças cardiovasculares são responsáveis atualmente por 27% dos óbitos, além do impacto social que provocam (SBC, 2002).

A ocorrência de doenças cardiovasculares produz efeitos devastadores e graves repercussões para o paciente, sua família e para a sociedade. Porcentagem elevada dos pacientes que sobrevivem ficam com algum grau de comprometimento físico ou até mesmo invalidez. Essas doenças colaboram para o absenteísmo no trabalho e aposentadorias precoces, de acordo com o Ministério da Saúde 40% das aposentadorias precoces estão relacionadas ao acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio – Dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (BRASIL, 2002). Além disso, representam elevado custo financeiro, porque onera os serviços públicos de saúde com altas taxas de internações hospitalares e procedimentos técnicos de alta complexidade (BRASIL, 2002). De acordo com o Plano de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e diabetes *mellitus* o tratamento da hipertensão arterial inclui as seguintes estratégias: educação, modificações dos hábitos de vida e, se necessário, medicamentos.

A educação em saúde é a forma mais eficaz de se evitar complicações, hospitalizações e gastos aos cofres públicos. O objetivo é capacitar a população para atuar na melhoria de sua qualidade de vida. No entanto é necessário que o usuário participe ativamente do processo de mudança e desenvolva habilidades para lidar com a doença, conscientizando - se da necessidade de incorporação de hábitos saudáveis de vida.

A V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão define quais são as medidas que apresentam eficácia comprovada em reduzir a pressão arterial, quais sejam: correção de hábitos alimentares inadequados, redução do peso corporal, da ingestão de sal e consumo de bebidas alcoólicas e prática regular de exercícios físicos. Estas medidas, denominadas pela literatura como tratamento não farmacológico, são indispensáveis para o alcance do sucesso terapêutico, podendo ser instituídas isoladamente, no estágio inicial da doença, ou associada à terapia farmacológica. A respeito destas ações preventivas o intitulado “Projeto Diretriz” da Sociedade Brasileira de Cardiologia e de Nefrologia dispõe:

- O peso corpóreo está diretamente relacionado à pressão arterial, sendo necessária a manutenção do índice de massa corporal entre 20 a 25 Kg/m².
- A ingestão de sal deve estar limitada a 6 g/dia que equivale a 04 colheres de café rasas correspondendo a 4g, e 2g de sal presente nos alimentos naturais. Deve-se evitar o saleiro à mesa e alimentos industrializados.
- É necessário adotar uma dieta rica em vegetais e frutas para aumentar a ingestão de potássio que colabora na redução da pressão arterial e prevenir a ocorrência da hipertensão arterial.
- O consumo de álcool deve estar limitado a 30g álcool/dia contidas em 600 ml de cerveja (5% de álcool) ou 250 ml de vinho (12% de álcool) ou 60 ml de destilados (uísque, vodka, aguardente- 50% de álcool).
- E por último a literatura relata que há relação inversa entre grau de atividade física e incidência de hipertensão, ou seja, exercício físico regular reduz a pressão arterial.

Segundo Machado e Vieira (2009, p. 2) “As ações de educação em saúde requerem a participação do usuário na mobilização, capacitação e desenvolvimento de aprendizagem de habilidades individuais e sociais para lidar com os processos de saúde-doença”. No entanto o processo saúde/doença é socialmente determinado e está relacionado às crenças, percepções, hábitos culturais, nível de escolaridade, etc. Embora a receita da vida saudável esteja plenamente divulgada nos serviços de saúde e até mesmo nos meios de comunicação, a conscientização e adesão dos hipertensos ao tratamento proposto tem sido o grande desafio para o serviço de saúde, considerando que as dificuldades apontadas estão diretamente relacionadas às formas de inserção social de cada indivíduo.

2.3 Estratégia de Saúde da Família

A Norma Operacional de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde (NOAS/SUS) estabelece as ações estratégicas de responsabilidade dos municípios no controle da pressão arterial. Sendo responsabilidade dos municípios organizarem através da atenção primária: diagnóstico precoce dos casos, cadastramento dos portadores, implementação e acompanhamento do tratamento e desenvolvimento de ações educativas (SOUSA et al., 2006).

Nesse contexto, insere-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF) onde as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos são priorizadas.

O Programa de Saúde da Família iniciou-se no Brasil em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras Equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários (BRASIL, 2001). O principal propósito é reorganizar a prática da atenção em novas bases, reverter o modelo de saúde voltado para a cura das doenças e realizado pelos hospitais, com isso levando a saúde para mais perto da família. Esta unidade de saúde representa a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde, assegurando a referência e contra-referência aos demais níveis de atenção (BRASIL, 2001).

A equipe multiprofissional é composta no mínimo, por um médico de família ou generalista, um enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) que realizam o atendimento nas unidades básicas de saúde ou no domicílio. Em geral uma equipe é responsável por uma área onde residam de 600 a 1000 famílias, com o limite máximo de 4500 pessoas (BRASIL, 2001). As áreas são divididas em microáreas que ficam sob a responsabilidade de um agente comunitário de saúde, este profissional realiza diariamente visitas domiciliares, trazendo ao conhecimento da equipe as necessidades de saúde da população. Conforme descreve Araújo e Guimarães (2007, p.3) “O agente é o elo fundamental entre o domicílio e a Unidade de Saúde e representa a principal diferença entre a atuação desse programa e a atividade usual da Unidade Básica de Saúde (UBS), nos seus moldes de atuação tradicional”.

Com o objetivo de vincular os portadores de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* às unidades básicas de saúde, o Ministério da Saúde criou um Sistema de cadastramento e acompanhamento intitulado HIPERDIA. O sistema permite o acompanhamento da assistência dirigida aos hipertensos e diabéticos nas unidades básicas de saúde, como também colabora no planejamento e programação da assistência farmacêutica a esses usuários. O objetivo é

fornecer dado que subsidiem os gestores de saúde a elaborar estratégias que proporcionem melhoria da qualidade de vida desta população.

2.4 Fundamentos teóricos de grupos operativos

A teoria de grupo operativo foi elaborada por Enrique Pichon-Rivière (1907-1977), médico psiquiatra e psicanalista de origem suíça, que viveu na Argentina. Ele iniciou seus estudos sobre os fenômenos grupais a partir de um incidente vivido no hospital psiquiátrico em que trabalhava. A equipe de enfermagem do hospital entrou em um processo de greve e com o objetivo de minimizar a situação, o médico delegou aos pacientes menos comprometidos a assistência aos pacientes mais comprometidos. Inversamente ao caos esperado, o que se observou foi uma significativa melhora do quadro dos dois grupos de pacientes. A situação despertou a curiosidade de Pichon-Rivière, entendendo que o processo de evolução dos pacientes ocorreu pelo estabelecimento de um novo processo de comunicação e pela ruptura dos papéis estereotipados – o alvo dos cuidados tornou-se cuidador (DIAS e CASTRO, 2006).

Segundo Santos e Andrade (2003, p.2): “A tendência à grupalização é inerente ao ser humano, é inata, essencial, indissociável e permanente”. No entanto um grupo possui características próprias sendo conceitualmente diferenciado de agrupamento. Para Fernandes (2003) um agrupamento trata-se de um conjunto de pessoas que compartilham do mesmo espaço, com objetivos comuns. Para que exista um grupo é necessário que haja interações vinculares. Como exemplo pode-se citar um agrupamento de pessoas na fila de ônibus, as pessoas se encontram no mesmo espaço, com objetivos comuns, mas não há vínculos entre elas. Caso ocorra um incidente qualquer que as envolva esse agrupamento estabelecerá alguma interação, estabelecendo vínculos entre si.

Conforme Dias e Castro (2006, p. 1) para que exista um grupo é necessário que:

“os integrantes estejam reunidos em torno de um interesse comum, o todo é maior do que as partes se constituindo como uma nova identidade, no entanto é preciso que mantenham discriminadas as identidades individuais e haja alguma forma de interação afetiva entre os membros do grupo, sendo estabelecido algum tipo de vínculo entre os integrantes”.

Pichon-Rivière citado por Soares e Ferraz (2004, p. 3) definiu o grupo como um “conjunto de pessoas, ligadas no tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propunham, explícita e implicitamente a uma tarefa, interagindo em uma rede de papéis com o estabelecimento de vínculos entre si”.

Conforme Vasconcelos *et al.* (2009, p.43), fundamentada nas teorias de Pichon-Rivière, “o grupo operativo é uma abordagem centrada no processo de inserção do sujeito no grupo, no vínculo e na tarefa”. E ainda descreve “o grupo operativo cumpre uma função terapêutica por se centrar explicitamente em uma tarefa, a qual constitui sua finalidade ou objetivo, que pode ser o aprendizado, a cura, o diagnóstico de dificuldades etc”.

Zimerman (1997) citado por Dias e Castro (2006, p. 3) define quatro campos de abrangência para os grupos operativos:

- “Ensino-aprendizagem: cuja tarefa essencial é o espaço para refletir sobre temas e discutir questões”.
- “Institucionais: grupos formados em escolas, igrejas, sindicatos, promovendo reuniões com vistas ao debate sobre questões de seus interesses”.
- “Comunitários: utilizados em programas voltados para a Promoção da Saúde, onde profissionais não-médicos são treinados para a tarefa de integração e incentivo a capacidades positivas”.
- “Terapêuticos: objetiva a melhoria da situação patológica dos indivíduos, tanto a nível físico quanto psicológico, são os grupos de auto-ajuda, Alcoólicos Anônimos, etc”.

A adoção de grupos operativos dirigidos a portadores de hipertensão arterial iniciou-se na década de setenta nos Estados Unidos, através de um programa nacional de detecção e controle da hipertensão arterial. O que motivou o trabalho foram os altos índices de morbidade e mortalidade provocadas pela doença e o elevado número de pessoas por ela atingidas. O objetivo principal era melhorar a aderência do paciente ao tratamento e alcançar o efetivo controle dos níveis tensionais, além de outros objetivos como: melhoria da relação médico-paciente, acesso a medicamentos, mais informações sobre a doença e aquisição de técnicas de relaxamento ou biofeedback para controle da pressão arterial (Filho et al,1992 apud Santos e Andrade, 2003).

A Promoção da Saúde e a prevenção de agravos têm sido focalizadas como eixos fundamentais na Estratégia Saúde da Família (ESF). Neste sentido o trabalho com grupos vem sendo incorporado pelas equipes como uma estratégia para o alcance desses objetivos. O trabalho com grupos na atenção primária é uma prática sugerida pelo Ministério da Saúde no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*, e corroborada por outros autores (DIAS et al., 2009; HORTA et al., 2009).

No entanto a implementação dessa prática assistencial configura-se como um desafio no cotidiano de trabalho da equipe. Torna-se fundamental que os encontros não se reduzam à mera transmissão de informações ditas pelos detentores do saber para quem não sabe, onde os

participantes assumem a posição de espectadores passivos. Horta et al (2009) reafirma a necessidade de reavaliação das práticas educativas por meio do trabalho com grupos na Estratégia de Saúde da Família. E acrescenta que esses profissionais têm desenvolvido uma “prática pouco resolutiva, impessoal, desvinculada das condições de vida da população e reducionista, pois coloca como foco da atenção a doença, ao invés dos sujeitos que adoecem” (HORTA et al., 2009, p. 297).

Torna-se imprescindível o desenvolvimento de habilidades para o trabalho com grupos e ampliação do conhecimento e da capacidade de comunicação efetiva, considerando que “a educação em saúde, mais do que difundir informações, relaciona-se a ampliar a capacidade de análise e de intervenção das pessoas tanto sobre o próprio contexto quanto sobre o seu modo de vida e sobre sua subjetividade” (DIAS et al., 2009, p.224).

Nesse sentido é importante que os encontros proporcionem um clima de acolhimento e apoio que permita aos participantes a expressão de seus medos e expectativas. A troca de informações e vivências faz com que os participantes se identifiquem com outros com problemas semelhantes e aprendam a lidar com a doença a partir das experiências mútuas. Conforme dispõe Paula (2001, p.3):

“A vivência comum no grupo é um importante fator para o processo de diminuição da ansiedade e se torna um espaço terapêutico de excelência, na medida em que seus membros, através da convivência, além das informações sobre sua doença, buscam soluções para seus problemas pessoais”.

3 METODOLOGIA

O presente trabalho constitui-se em uma pesquisa bibliográfica, de natureza descritiva, baseado na análise de artigos publicados em periódicos eletrônicos no período de 2000 a 2010. Utilizou-se como fontes bibliográficas principais, os seguintes bancos de dados: Biblioteca virtual em Saúde, Scielo e Google Acadêmico. Os descritores utilizados foram: hipertensão arterial e saúde da família para embasar a revisão bibliográfica e grupos operativos conjugado a hipertensão arterial para a descrição dos resultados.

O caráter dos trabalhos foi analisado e os artigos selecionados a partir do objetivo deste estudo que consiste em descrever a importância da participação nos grupos operativos para o controle da pressão arterial e para proporcionar modificação dos hábitos de vida dos pacientes. Foram selecionados 08 artigos que descrevem experiências com grupos operativos dirigidos a portadores de hipertensão arterial. Para contribuir com o embasamento teórico foram utilizados 03 artigos que descrevem a prática de grupos operativos dirigidos a portadores de doenças crônico-degenerativas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença multicausal e multifatorial, por esta razão torna-se imprescindível o desenvolvimento de ações educativas e terapêuticas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco cardiovasculares e incentivo ao uso ininterrupto dos medicamentos.

Conforme a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial os principais fatores ambientais modificáveis da hipertensão arterial são os hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, obesidade e consumo exagerado de álcool, podendo-se obter redução da pressão arterial e diminuição do risco cardiovascular a partir do controle desses fatores de risco.

No entanto garantir a eficácia do tratamento proposto tem sido um grande desafio para a equipe de saúde, a falta de adesão e conseqüente controle inadequado da pressão arterial têm sido freqüentes e está associado a diversos fatores. Mion et al. (2001) apontam que as dificuldades de adesão ao tratamento medicamentoso estão relacionadas especialmente aos efeitos indesejáveis das drogas e custo da medicação. Quanto ao tratamento não farmacológico observa-se freqüentemente a falta de constância e persistência dos pacientes.

Segundo Araújo e Guimarães (2007), o Ministério da Saúde tem recomendado e promovido ações multiprofissionais para o combate à hipertensão arterial. Dessa forma o Programa Saúde da Família (PSF), onde a atenção é centrada na família e estruturada em uma unidade de saúde, coloca os seus pacientes sob responsabilidade de equipe multiprofissional.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia et al (2006), afirma que “a hipertensão arterial é um excelente modelo para o trabalho de uma equipe multiprofissional”. É sabido que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença de múltiplos fatores, o que exige a atenção de diversos profissionais, uma vez que o fator de risco associado à hipertensão requer um trabalho específico para o seu melhor controle.

Para Lessa e Fonseca apud Mano e Pierin (2005, p.270), o PSF oferece grande ajuda na detecção precoce da hipertensão arterial realizando medidas regulares da pressão arterial, bem como prevenindo e controlando a doença.

Diante deste desafio a promoção da Saúde e a prevenção de agravos têm sido focalizadas como eixos fundamentais na atenção primária no Brasil.

Para Dias et al (2009) A educação em saúde deve constituir parte essencial na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Conforme descrevem os autores (Machado e

Vieira, 2009; Dias et al., 2009; Horta et al., 2009) as ações educativas objetivam, portanto, capacitar os indivíduos para o desenvolvimento de habilidades individuais para lidar com o processo saúde – doença e ampliar as possibilidades de controle das doenças, de reabilitação e de tomada de decisões que favoreçam uma vida saudável.

Neste contexto a utilização de grupos operativos dirigidos a portadores de doenças crônico- degenerativas é apontado como uma estratégia eficiente para a prática de promoção da saúde (HORTA et al., 2009). A dinâmica de Grupos Operativos é definida por Dias et al (2009, p. 223) por uma “técnica de trabalho coletivo, cujo objetivo é promover o processo de aprendizagem. A existência de um mesmo objetivo supõe a necessidade de que os membros do grupo realizem um trabalho ou tarefa em comum, a fim de alcançá-lo”.

Silva et al. (2006) propuseram uma intervenção em uma população de 126 pacientes hipertensos por meio da formação de grupos para ação educativa e terapêutica associado ao fornecimento regular da medicação prescrita, controles periódicos e atendimento de intercorrências. Ao final do período de acompanhamento de trinta meses, comparando-se os resultados iniciais da pressão arterial com os pós-intervenção, observou-se redução relativa de 42% e absoluta de 26% no número de pacientes com pressão moderada e grave (definida por Mion et al., 2002, por uma pressão arterial igual ou superior a 160/100 mmHg). Conforme o mesmo autor reduções da pressão arterial para níveis menores que 130/85 mm Hg propiciam maior benefício em pacientes de alto risco cardiovascular.

Sendo a Hipertensão arterial sistêmica importante fator de risco para a ocorrência de doenças cerebrovasculares, especialmente o acidente vascular cerebral, Paiva e Sanabria (2008) propuseram-se a levantar dados estatísticos acerca da ocorrência de internação de pacientes acometidos por AVC em consequência da Hipertensão Arterial. Os autores relataram um aumento da cobertura do Programa de Saúde da Família no município e o estabelecimento de um acompanhamento adequado dos hipertensos nas unidades básicas de saúde por meio de grupos operativos. A partir de dados do sistema de informações hospitalares do Ministério da Saúde, os autores descreveram um decréscimo na taxa de internação por acidente vascular cerebral de 86,5% em 2004 para 36,6% em 2005.

Diversos autores (SANTOS e ANDRADE, 2003; LIMA e GAZZETA, 2007; JARDIM et al., 2005; SILVA et al., 2006; FAVORETO e CABRAL, 2009) descreveram a importância da participação nos grupos operativos para a construção de vínculos entre os pacientes e a equipe de saúde, os usuários passam a freqüentar mais a unidade de saúde e isto permite uma seguimento regular de acompanhamento e favorece a adesão ao tratamento.

Em relação ao desenvolvimento de práticas conscientes de comportamentos preventivos e de promoção à saúde a partir da utilização de grupos operativos, Lima e Gazzeta, (2007) desenvolveram um trabalho em uma unidade básica de saúde com uma amostra de 30 pacientes com hipertensão arterial, escolhidos aleatoriamente. Através de entrevistas semi-estruturadas questionou-se aos hipertensos as mudanças ocorridas em suas vidas a partir da participação nos grupos. Os autores obtiveram o seguinte resultado: 46% dos participantes da pesquisa descreveram um maior controle da pressão arterial após a participação nos grupos, 36% relataram mudança nos hábitos alimentares e 10% passaram a praticar exercícios físicos. No mesmo sentido Silva e Santos (2004) descrevem a partir da percepção dos usuários modificações nos hábitos alimentares e realização de atividades físicas como resultado do aprendizado no grupo.

Conforme dispõe Horta et al. (2009, p.295) “os grupos devem transpor as formas tradicionais do modelo biomédico, abrangendo as dimensões biopsicossociais relacionadas ao binômio saúde-doença”. Para isso é fundamental que os grupos não se reduzam à proposição simplista de transmissão de informações acerca da doença. E, sim proporcionem uma estrutura na qual as pessoas se vinculam e interagem, desenvolvendo uma relação dialógica que opera a integração do conhecimento intelectual com a vivência, propiciando mudanças de atitude diante do cuidado com a saúde.

Para Silveira e Ribeiro (2005, p.7):

“os grupos devem proporcionar um ambiente de motivação para o tratamento pelo compartilhar de dificuldades e pela busca de alternativas para superá-las, de construção de vínculos, de acolhida, de respeito à diferença e de reforço da auto-estima, em que se busca estimular a pessoa a encontrar recursos para lidar com as questões do adoecer, da doença e dos seus efeitos sobre sua vida”.

Favoreto e Cabral (2009) relataram o desenvolvimento de uma prática educativa onde se privilegia a interação comunicacional. O processo dialógico foi descrito como fator fundamental para a construção de novas narrativas sobre o adoecimento e mudanças na concepção do processo saúde-doença entre os participantes, pois possibilitou o compartilhamento de significados e de valores atribuídos ao processo de adoecer. Para os autores a vivência no grupo permitiu que as pessoas reconhecessem as limitações impostas pela doença descritas por outros membros do grupo, bem como visualizassem as estratégias de adaptação por eles adotadas para aderir às necessárias mudanças de comportamento.

Santos e Andrade (2003) confirmaram em seu trabalho a importância do desenvolvimento de grupos operativos com enfoque terapêutico que proporcione aos participantes um espaço para se trabalhar as dificuldades enfrentadas frente ao impacto do

diagnóstico e fatores que dificultam a adesão ao tratamento. Com o objetivo de mensurar o resultado do trabalho vinte pacientes foram submetidos a questionário avaliativo sobre as principais modificações percebidas após o trabalho em grupo. Os resultados descritos foram: 95% dos entrevistados relataram perceber mudanças nas relações interpessoais, sendo o mesmo percentual descrito para a melhoria na auto-estima, e 90% observaram maior envolvimento com o tratamento.

Paula (2001) destaca que os próprios participantes esperam do grupo um espaço para falar de seus conflitos e temores, de suas agressividades escondidas e de fatores que possivelmente agravam dia a dia suas patologias.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os trabalhos mencionados apontam enfoque diversificado, mas todos descrevem resultados favoráveis quanto à prática de grupos operativos no tratamento da hipertensão arterial.

A literatura demonstra a importância da utilização de grupos operativos dirigidos a portadores de hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família no sentido de favorecer maior adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, conseqüentemente proporcionando um maior controle dos níveis pressóricos.

Observa-se a importância da troca de vivências e experiências no grupo para que o participante aprenda com as experiências mútuas, se identifique com problemas semelhantes aos seus e passem a repensar suas atitudes frente à doença.

Espera-se que as ações educativas possam instrumentalizar indivíduos e grupos na construção de novos conhecimentos e habilidades para lidar com o processo saúde-doença. Acredito que esses objetivos serão alcançados se o ambiente grupal for capaz de proporcionar um espaço de escuta e de expressão das vivências onde torna-se possível identificar dificuldades e encontrar soluções adequadas para os fatores que porventura possam dificultar a adesão ao tratamento. Ao mesmo tempo destaco a importância do acompanhamento e avaliação das ações educativas com a finalidade de redirecionar o processo de aprendizagem da nossa clientela para o manejo adequado dos seus problemas de saúde.

Diante do impacto negativo das doenças cardiovasculares no perfil epidemiológico da população brasileira, fica evidente a importância do aprofundamento teórico das dinâmicas de grupo, a necessidade de normatização desta prática e o desenvolvimento de habilidades por parte dos profissionais, para que a utilização dos grupos operativos produza o efeito terapêutico desejado e contribua para a redução de doenças de magnitudes tão expressivas em nosso país.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, J. C.; GUIMARÃES, A.C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 41, n. 3, jun. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br> >. Acesso em 10 out. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br> >. Acesso em 10 out. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família – psf**. Brasília, 2001. 36p. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br> >. Acesso em 10 out. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus: Manual de hipertensão arterial e Diabetes mellitus**. Brasília, 2002. 102p. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br> >. Acesso em 10 out. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº.15, **Hipertensão Arterial Sistêmica**, 1. ed. Brasília: Editora MS, 2006.
- CUPPARI, L. **Nutrição clínica no adulto**. São Paulo, 2005.
- CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M.S.L. **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 87p.
- DIAS, R. B.; CASTRO, F.M. **Grupos Operativos**. Grupo de Estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disponível em: < <http://www.smmfc.br/gesf/goperativo.htm> >. Acesso em 10 out. 2009.
- DIAS, V.P.; SILVEIRA, D.T.; WITT, R.R. Educação em saúde: O Trabalho de grupos em atenção primária. **Revista APS**, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr/jun. 2009. Disponível em: < <http://scholar.google.com.br> > Acesso em: 07 nov. 2009.
- V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 78p. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br> >. Acesso em 10 out. 2009.
- FAVORETO, C. A. O.; CABRAL, C. C. Narrativas sobre o processo saúde – doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 13, n. 28, jan./ mar. 2009. Disponível em: < <http://bases.bireme.br> > Acesso em 05 out. 2009.
- FERNANDES, W. J. A importância dos grupos hoje. **Revista da SPAGESP**. Ribeirão Preto, v. 4, n. 4, dez. 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br> >. Acesso 10 out. 2009.

- FILHO, J. M. et al. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed Editora, 1992. 385p. Apud SANTOS, F.R; ANDRADE, C.P. Eficácia dos trabalhos de grupo na adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista APS**, v. 16, n. 1, p. 15-18, jan./jun.2003. Disponível em: < [http// scholar.google.com.br](http://scholar.google.com.br) > Acesso em: 07 nov. 2009.
- HORTA, N.C. et al. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família. **Revista APS**, v. 12, n. 3, p. 293-301, jul./set. 2009. Disponível em: < [http// scholar.google.com.br](http://scholar.google.com.br) > Acesso em: 07 nov. 2009.
- JARDIM, A. R.; MOURA, L. F.; SIQUEIRA, S. M. F. A importância de uma assistência diferenciada ao cliente hipertenso visando à adesão ao tratamento proposto. In: 8º Encontro de Extensão da UFMG, 2005, Belo Horizonte. Anais. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2005.
- KUSCHNIR, M.C.; MENDONÇA, G.A. Fatores de risco associados à hipertensão arterial em adolescentes. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.83, n.4, p. 335-342, jul/ago. 2007.
- LIMA, L. P. M.; GAZETTA, C. E. Análise do programa de controle de hipertensão arterial em unidade básica de saúde da família de São José do Rio Preto. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 14, n. 2, p. 88-94, abr./ jun. 2007. Disponível em: < [http// bases.bireme.br](http://bases.bireme.br) > Acesso em: 05 out. 2009.
- MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, F. C.V. Educação em Saúde: O olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. **Revista Latino – Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, mar./apr. 2009. Disponível em: [http// www.scielo.br](http://www.scielo.br) >. Acesso 10 out. 2009
- MANO, Reinaldo. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Manuais de Cardiologia**. RJ, abr. 2009. Disponível em: <<http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/has.htm>>. Acesso em: 05 out.2009.
- MION JÚNIOR, D.; PIERIN, A.M.G.; GUIMARÃES, A. Tratamento da Hipertensão arterial – Respostas de médicos brasileiros a um inquérito. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 3, jul./set. 2001. Disponível em: [http// www.scielo.br](http://www.scielo.br) >. Acesso 10 out. 2009
- MAGALHÃES, Maria Eliane Campos *et al.* Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial: vale a pena insistir? In: **Revista da SOCERJ** – n. 3. jan./fev./mar. 2003.
- PAIVA, S. G.; SANABRIA, L.M.H. Hipertensão arterial, AVC: A importância do enfermeiro nos grupos operativos. **Rev. Edu.; Meio Amb. e Saúde**, v. 3,n. 1, p. 189-196. 2008. Disponível em: < [http// scholar.google.com.br](http://scholar.google.com.br) > Acesso em: 07 nov. 2009.
- PAULA, R.E.S. Grupoterapia para pacientes com hipertensão arterial. **Revista SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2. 2001. Disponível em: [http// www.scielo.br](http://www.scielo.br) >. Acesso 10 out. 2009
- PROJETO DIRETRIZ. Hipertensão Arterial – Abordagem geral. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. 2002. 16p. Disponível em: < [http// scholar.google.com.br](http://scholar.google.com.br) > Acesso em: 07 nov. 2009.

SANTOS, F.R; ANDRADE, C.P. Eficácia dos trabalhos de grupo na adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista APS**, v.16, n.1, p. 15-18, jan./jun.2003. Disponível em: < <http://scholar.google.com.br> > Acesso em: 07 nov. 2009.

SILVA, S. P.; SANTOS, M. R. Prática de grupo educativo de hipertensão arterial em uma unidade básica de saúde. **Arq. Ciênc. Saúde**. v. 11, n. 3, p. 169-173, jul./set. 2004. Disponível em: < <http://bases.bireme.br> > Acesso em 05 out. 2009.

SILVA, T. R. et al. Controle de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma unidade básica de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 3, set./dez. 2006. Disponível em: < <http://bases.bireme.br> > Acesso em 05 out. 2009.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V.M.B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 9, n. 16, sept./ feb. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br> > Acesso em 05 out. 2009.

SOARES, S.M.; FERRAZ, A.F. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. *Esc. Anna Nery R Enferm*. V.11, n.1, p. 52-57, mar. 2007. Disponível em: < <http://www.nescon.medicina.ufmg.br>>. Acesso em 03 set.2009

SOUSA, L. B.; SOUZA, R. K. T.; SCOCHI, M. J. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região sul do Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 87, n. 4, out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br> >. Acesso 10 out. 2009

SILVA, Jorge Luis Lima; SOUZA, Solange Lourdes de - Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 03, 2004. Disponível em www.fen.ufg.br Acesso em 27 maio 2011.

TOLEDO, M.M; RODRIGUES, S.C; CHIESA, A.M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.2, abr./jun. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br> >. Acesso em 10 out. 2009.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S.M. **Práticas Educativas em Atenção Básica à Saúde**. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: UFMG, 2009. p. 40 – 47.