

JULIANA FERREIRA DE SANTANA

**FORMAÇÃO DE UM GRUPO EDUCATIVO PARA HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM
SATUBA/AL**

CAMPO GRANDE – MS

2013

JULIANA FERREIRA DE SANTANA

**FORMAÇÃO DE UM GRUPO EDUCATIVO PARA HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM
SATUBA/AL**

Projeto de Intervenção apresentado à Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, como requisito para conclusão do curso de Pós Graduação em nível de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª. Espec. Beata Catarina Langer.

CAMPO GRANDE - MS

2013

RESUMO

OBJETIVO: Criar um grupo educativo com enfoque multiprofissional voltado para os hipertensos e diabéticos assistidos por uma Equipe de Saúde da Família no município de Satuba – Al. **MÉTODOS:** Trata-se de um projeto de intervenção, idealizado após diagnóstico situacional da população adscrita à Unidade de Saúde da Família Primavera, localizada no município de Satuba-AL, no qual detectamos a ausência de um grupo educativo voltado aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Foi formado um grupo de caráter multiprofissional, com utilização de metodologia ativa de aprendizado, frequência quinzenal e participação média de 20 usuários por reunião. **RESULTADOS:** No período de novembro a dezembro de 2012 foram realizadas três reuniões do grupo, que contaram com a presença média de 15 usuários. Ao final de cada reunião foi feita uma avaliação conjunta com os participantes, os quais relataram unanimemente que os assuntos abordados foram de relevância. A grande maioria dos participantes considerou como bom o tempo de duração de cada reunião (média de 60 minutos), apenas uma cliente referiu insatisfação, considerando-o longo. Em relação a frequência, um participante declarou que seria mais viável se o grupo fosse realizado semanalmente, os demais escolheram a frequência mensal como ideal. Muitas dificuldades foram encontradas na implantação do grupo, dentre eles estavam a deficiência na estrutura física, a baixa adesão de usuários residentes nas microáreas mais distantes e certa resistência de alguns membros da equipe em relação à metodologia da problematização, dentre outros. **CONCLUSÕES:** Os resultados indicam que a implantação do grupo educativo para hipertensos e diabéticos foi, de forma geral, uma experiência positiva tanto para a equipe de saúde bem como para os usuários, proporcionando momentos de interação entre equipe-usuário e facilitando a maior sociabilização e troca de informações entre os usuários; estimulando a equipe a desenvolver uma visão holística sobre seus clientes, percebendo suas necessidades e realizando o diagnóstico situacional da comunidade.

Palavra-chave: Educação em saúde; educação em grupo; hipertensão; diabetes mellitus.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Create an educational group multidisciplinary for the hypertensive and diabetic assisted by a Family Health Team in the municipality of Satuba – AL.

METHODS: This is an intervention project, devised after situational diagnosis of the population assisted by Unit Family Health Primavera, located in the municipality of Satuba-AL, which detected the absence of an educational group focused on patients with hypertension and diabetes mellitus. It formed a group of multidisciplinary character, using active learning methodology, fortnightly and an average of 20 users per meeting.

RESULTS: In the period from November to December of 2012 there were three group meetings, which were attended by an average of 15 users. At the end of each meeting was made a joint assessment with the participants. On the issues discussed, all participants felt they were relevant. The vast majority of participants considered how well the duration of each meeting (average 60 minutes), only one client reported dissatisfaction, considering the long. Regarding the frequency, one participant felt it would be better if the group was held weekly, others monthly frequency chosen as ideal. Many difficulties were encountered in the group, among them was the deficiency in the physical structure, the low adhesion of users residing in microáreas more distant, some resistance from some staff members about the methodology of questioning etc.

CONCLUSIONS: The results indicate that the implementation of educational group for diabetics and hipertensos was, overall, a positive experience for both the health care team as well as for users, providing moments of interaction between the staff and the user and between them; stimulating the team to take a holistic view on their customers, realizing their needs and conducting the situational diagnosis community.

Keyword: health education, group education, hypertension, diabetes mellitus.

SUMÁRIO

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS	6
1.1 INTRODUÇÃO.....	6
1.2 OBJETIVO GERAL.....	9
2 ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	10
3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	15
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS.....	20

1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.1 INTRODUÇÃO

O Município de Satuba está localizado na região metropolitana de Maceió e tem uma população residente de 14.779 pessoas, distribuídas num espaço urbano e rural, segundo a Estimativa Intercensitária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizada no ano de 2009. Possui 1.223 hipertensos e 393 diabéticos, todos cadastrados e acompanhados pelo Programa de Saúde da Família¹. Números relativamente altos, sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes *mellitus* (DM) considerados problemas de saúde de grande relevância. Associado a este contexto, constatou-se que não existe grupo educativo voltado aos portadores de tais patologias, ficando a educação em saúde restrita apenas às consultas.

A predominância da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis é atualmente uma tendência mundial. O diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial sistêmica são responsáveis pela primeira causa de mortalidade (doenças cardiovasculares), pelo maior número de hospitalizações e de amputações de membros inferiores no país, e representam ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise. Isso é reflexo das grandes mudanças que vêm ocorrendo no estilo de vida das pessoas no mundo, sobretudo nos hábitos alimentares, nos níveis de atividade física e no fumo. A nova rotina adotada pelas pessoas é fruto dos processos de industrialização, urbanização, desenvolvimento econômico e crescente globalização do mercado de alimentos²⁻⁴.

A Organização Mundial de Saúde (OMS)⁵ aponta que as doenças cardiovasculares são responsáveis por 30% das mortes no mundo. Esse número vem crescendo e contribuindo para o adoecimento global. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)⁴, no mundo há, pelo menos, 600 milhões de hipertensos e que 7,1% dos óbitos são causados pela hipertensão arterial, o que representa 13% do total, assim como 4,4% da incidência total de doenças. Afirma também que aproximadamente dois terços dos acidentes

vasculares cerebrais (AVC) e metade das cardiopatias são atribuíveis ao descontrole dos níveis de pressão arterial.

A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a hipertensão arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil, e sendo importante também, pelo fato da precariedade da assistência à população hipertensa no país, apesar de ser de identificação relativamente simples e pela eficácia de seu tratamento⁶. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente. Cerca de 75% dessas pessoas recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para receber atendimento; 50% das pessoas que têm hipertensão arterial sistêmica desconhecem sua condição de portador de hipertensão arterial sistêmica (PHAS) e, por ano, cerca de 300 mil pessoas morrem em consequência das doenças cardiovasculares. Seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras⁷.

Em relação ao diabetes mellitus, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima em 143 milhões o número de portadores dessa patologia no mundo. A projeção para o ano 2025 é de que a patologia atinja trezentos milhões de pessoas, em grande parte nos países em desenvolvimento. No Brasil, segundo estimativas do Ministério da Saúde, existem aproximadamente cinco milhões de portadores de diabetes mellitus⁸.

As complicações do diabetes incluem retinopatia com potencial perda da visão, nefropatia evoluindo para insuficiência renal, neuropatia periférica com risco de úlceras nos pés, amputações e articulações de Charcot, e neuropatia autonômica, levando a sintomas gastrointestinais, geniturinários, cardiovasculares e disfunção sexual. Pacientes com diabetes possuem uma incidência aumentada de aterosclerose arterial periférica, cardiovascular e doença cerebrovascular⁹.

A abordagem da doença através de Grupos Educativos constitui uma das mais eficientes maneiras de estimular a adesão ao tratamento e mudanças de hábitos de vida, imprescindíveis para o sucesso terapêutico¹⁰. A inexistência de educação em saúde voltada para grupos portadores de doenças crônicas, além de aumentar o risco de abandono do tratamento, também afasta o cliente do protagonismo no enfrentamento da mesma.

A educação em saúde é uma estratégia de adequação da ciência aos saberes populares, devendo permear todas as ações da equipe multiprofissional, desde a consulta ambulatorial aos grupos educativos¹¹. Os grupos de adesão com enfoque educativo são um espaço de construção coletiva do saber, condizentes com a realidade de vida dos atores envolvidos; promove troca de conhecimentos e identificação de problemas e dos recursos disponíveis para enfrentá-los e por meio da escuta gera aquisição de habilidades e corresponsabilização pelo processo de saúde¹².

A educação em saúde em grupo deve ser feita de forma interativa, integrando o profissional ao grupo, fazendo com que os educandos possam refletir e criticar a sua realidade, observar os problemas mais comuns entre eles e trocar experiências. Os profissionais de saúde devem adaptar as informações às necessidades dos indivíduos e o conhecimento deve fluir sem imposição de idéias, a fim de facilitar o esclarecimento de dúvidas, aumentar a segurança do paciente na equipe de saúde e caracterizar maior observância ao tratamento¹³. A abordagem multiprofissional, através dos diversos saberes dos profissionais envolvidos, e a realização de Grupos Educativos têm se mostrado um instrumento de grande valor no controle da doença hipertensiva¹⁰.

A relevância do projeto está nos benefícios advindos da criação do grupo: os participantes terão conhecimento sobre a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, sobre suas formas de controle e serão estimulados à adesão ao tratamento, ao auto-cuidado e conseqüentemente terão subsídios para aumentar sua qualidade de vida, além de reduzir os riscos de complicações.

Desta forma, o presente trabalho tem por objetivo criar um grupo educativo com enfoque multiprofissional voltado para os hipertensos e diabéticos assistidos por uma Equipe de Saúde da Família no município de Satuba – Al.

1.2 OBJETIVO GERAL

Criar um grupo educativo com enfoque multiprofissional voltado para os hipertensos e diabéticos assistidos por uma Equipe de Saúde da Família no município de Satuba – Al.

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA

A experiência do trabalho em grupo pode facilitar a produção coletiva de conhecimento e a reflexão acerca da realidade vivenciada pelos seus membros, sendo este um importante aspecto para o desenvolvimento de processos reflexivos que apontem estratégias de enfrentamento dos desafios que, muitas vezes, fazem parte das suas situações de vida¹⁴.

Deve ser realizado mediante a troca de experiências entre os usuários, a comunidade e os profissionais, de forma horizontal, tendo como ponto de partida o saber popular e como base o “pressuposto da complementariedade entre o saber popular e profissional”, sendo uma estratégia facilitadora da expressão das necessidades, expectativas, angústias e circunstâncias que tem algum impacto na saúde de indivíduos e grupos^{15,14}.

Desta forma, a proposta deste projeto de intervenção é a criação de um grupo educativo com enfoque multiprofissional voltado aos hipertensos e diabéticos assistidos pela Equipe de Saúde da Família Primavera do município de Satuba – AL.

O público alvo serão os hipertensos e diabéticos assistidos pela Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde da Família Primavera, localizada na zona rural do município de Satuba-AL.

A unidade está localizada nas proximidades de uma usina de cana de açúcar e álcool, ou seja, boa parte de seus usuários são funcionários da usina ou dependentes financeiramente de algum funcionário. São, portanto, pertencentes à classe média.

Do total dos 149 hipertensos e diabéticos cadastrados, a maior parte (86 – 57,7%) são do sexo feminino, e o maior número dos participantes está na faixa etária entre 50 a 69 anos (85 – 57%), como demonstrado na tabela abaixo:

Tabela 1: Distribuição por faixa etária dos hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados pela Unidade de Saúde da Família Primavera, localizada no município de Satuba-AL.

Faixa Etária	Total
20 – 29	1
30 – 39	9
40 – 49	27
50 – 59	44
60 – 69	41
70 – 79	23
80 – 89	1
90 – 99	1

Fonte: Prontuários dos pacientes.

As reuniões ocorrerão quinzenalmente na sala de espera da Unidade ou na paróquia da comunidade, quando esta estiver disponível. Por ter um espaço reduzido e para facilitar a comunicação e interação entre os participantes, os encontros serão feitos com um número de 20 usuários por vez, distribuídos entre as quatro microáreas.

Os agentes de saúde e os profissionais de enfermagem serão os responsáveis pela organização das reuniões que contarão, também, com a participação dos demais profissionais da equipe de saúde.

Os encontros abordarão aspectos da patologia, os fatores de risco cardiovasculares, a adoção de hábitos saudáveis e a importância do tratamento medicamentoso, além de assuntos sugeridos pelos usuários, contribuindo para a prevenção das complicações decorrentes da Hipertensão Arterial Sistêmica e diabetes mellitus, aumentando consequentemente a qualidade de vida de seus portadores. Ao final de cada encontro será realizada uma avaliação junto aos usuários e equipe de saúde sobre os pontos positivos, negativos e sugestões para os encontros subsequentes.

Serão utilizadas metodologias ativas de aprendizado como, por exemplo, a da problematização, além do uso de dinâmicas como forma lúdica de aprendizagem e integração.

Para a construção deste plano de intervenção foram consultados dados no Sistema de Informação da Atenção Básica e nos prontuários dos usuários.

A seguir é apresentado o cronograma para o projeto de intervenção:

ATIVIDADES	Jun 2012	Jul 2012	Ago 2012	Set 2012	Out 2012	Nov 2012	Dez 2012	Jan 2013	Fev 2013	Mar 2013	Abr 2013	Mai 2013	Jun 2013
Diagnóstico do Problema	X	X	X										
Acompanhamento Bibliográfico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração do Projeto de Intervenção			X	X									
Desenvolvimento do Projeto					X	X	X						
Intervenção: Grupo educativo para hipertensos e diabéticos na ESF						X	X						
Relatório							X						
Análise e Discussão dos Resultados							X	X					
Conclusão sobre a intervenção								X	X	X			

Entrega do Trabalho e Apresentação Final										X			
Apresentação em Banner													X

3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Desde o início da implantação do grupo foram realizadas três reuniões. As reuniões, como previsto, eram agendadas por microárea e contavam com a presença média de quinze usuários.

Ao final de cada reunião era feita uma avaliação conjunta com os participantes, sendo levantados pontos como os assuntos abordados, a frequência das reuniões e a duração de cada uma delas. Também era aberto espaço para que os participantes pudessem dar sugestões sobre assuntos para as reuniões subsequentes.

A primeira reunião contou com a presença de 15 participantes. O momento inicial foi para apresentação da equipe e dos usuários participantes. Foi explicado o propósito do grupo e sua forma de organização. Num segundo momento foi dada uma situação problema intitulada “E agora José?”, que continha o seguinte texto:

“Dona Maria, 48 anos, acaba de sair da consulta médica com o diagnóstico de que é hipertensa e diabética. Apesar de todas as explicações dadas pelo médico da Unidade, Dona Maria ainda tem dúvidas sobre o que são essas doenças. Será que você pode ajudá-la?”

Todo os participantes foram estimulados a interagir, dar suas opiniões e soluções acerca da situação abordada. Após a discussão, o profissional que conduziu a reunião fez um consolidado do assunto e iniciou a avaliação em grupo. Para fechar o encontro foi oferecido um lanche. Essa sequência se repetiu em todos os encontros.

A segunda reunião contou com a presença de 14 usuários e, como sugerido pelos participantes no encontro anterior, o tema principal foi o tratamento medicamentoso e não medicamentoso da HAS e DM. Foi abordada a seguinte situação problema:

“Maria sabe que é hipertensa e diabética e recebeu da equipe de saúde orientações para controlar tais patologias, mas ainda tem muitas dúvidas. Maria está aferindo regularmente a sua pressão arterial e percebe que ela está controlada. Será que Maria pode parar de tomar os remédios? E além dos remédios, quais as outras medidas que Maria deve utilizar para que o tratamento seja eficaz?”

O terceiro encontro teve como tema principal a alimentação saudável, além de abordar a qualidade de vida. Contou com a participação de 17 usuários e a situação problema “Maria vai à feira” continha o seguinte texto:

“É manhã de sábado. Como de costume, Maria acorda cedo e se arruma para ir à feira. Ela senta no sofá e começa a elaborar a sua lista. Será que você pode ajudá-la nessa tarefa?”

Nas avaliações feitas ao final das reuniões, todos os participantes afirmaram que os assuntos abordados foram de relevância. A grande maioria dos participantes considerou como bom o tempo de duração de cada reunião (média de 60 minutos). Apenas uma cliente referiu insatisfação, considerando-o longo. Em relação à frequência, um participante considerou que seria melhor se o grupo fosse realizado semanalmente, os demais escolheram a frequência mensal como ideal.

De forma semelhante, um trabalho desenvolvido por Silva e Santos, que teve como objetivo conhecer a prática de um grupo educativo sobre hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde do município de São José do Rio Preto, relata que grande parte dos entrevistados considerou boa ou ótima a dinâmica do encontro educativo (92%), 56% preferiu que o intervalo entre os encontros fosse de um mês¹³.

Muitas dificuldades foram encontradas na implantação do referido PI. Dentre eles estava a falta de espaço. As reuniões aconteciam na recepção da unidade e por esse motivo ficavam restritas a participação de poucos usuários. Um estudo realizado em 2010, que apresentou a experiência de um dos grupos PET-Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) em Unidades de Saúde do município, também aponta as deficiências na estrutura física como uma dificuldade na execução de atividades educativas¹⁶.

Foi notada a baixa adesão de usuários residentes nas microáreas mais distantes. O estudo supracitado também encontrou a mesma dificuldade. Deve-se a esse fato a falta de acessibilidade da comunidade ao serviço de saúde, principalmente a falta de transporte e/ou alternativas que minimizem esse problema.

Após a realização dos três encontros, a equipe se reuniu e decidiu por modificar a organização do grupo. A frequência das reuniões passou de quinzenal para mensal, com o objetivo de envolver todos os profissionais da equipe e não prejudicar o atendimento. Foi uma forma também de atingir a uma maior parcela da população alvo. Para tal modificação foi contactado um clube de futebol local que cedeu um salão na comunidade para que as atividades fossem realizadas.

Desde o início da implantação do grupo houve certa resistência de alguns membros da equipe em relação à metodologia da problematização e após reunião os profissionais decidiram por utilizar metodologias tradicionais de abordagem (como a palestra por exemplo), sob a justificativa de que o maior número de participantes (o salão comporta mais de 60 pessoas) dificultaria o uso da metodologia ativa. Tal decisão foi tomada mesmo com a sugestão de que nas reuniões cada profissional da saúde assumisse um “subgrupo” para discutir as situações-problema, facilitando a interação e comunicação dos participantes e sem fugir da proposta de encontros mensais com maior participação de usuários.

Para Oliveira a educação em saúde tradicional, também chamada de preventiva, segue os pressupostos da antiga saúde pública. Este modelo objetiva a prevenção de enfermidades, centrando sua abordagem educativa na mudança de comportamento individual, foco embasado nos princípios da ideologia do individualismo e do behaviorismo¹⁷.

Pretende mudar comportamentos individuais através de estratégias educativas que poderiam ser chamadas de “bancárias”, no sentido de um empreendimento educativo em que, quem ensina se posiciona como detentor do saber e o sujeito da ação educativa é posicionado como alguém que vai passivamente apreender os conhecimentos ensinados. Esta abordagem dificulta o desenvolvimento da consciência crítica desse sujeito, na medida em que parte do pressuposto de que o sujeito nada sabe e que é preciso preencher os espaços vazios da sua mente, depositando nesta os conhecimentos que se julgam importantes, sem que esse possa questioná-los¹⁸.

Franco, Silva e Daher¹⁹ apontam como um dos fatores para a dificuldade da adesão dos usuários a utilização de práticas educativas coletivas tradicionais, com temas pré-definidos relacionados aos temas de saúde identificados como prioritários pelo serviço e não pelos usuários.

No Brasil, as práticas de grupo aparecem principalmente com o objetivo de buscar a adesão ao tratamento proposto pelos programas do Ministério da Saúde e na prevenção de riscos e agravos, principalmente nas doenças crônicas¹⁹.

De acordo com o estudo realizado por Silva²⁰ (2006), foi observado que os grupos de educação em saúde, atualmente, ocorrem em função da condição patológica (diabéticos, hipertensos), do sexo (mulheres) e da fase do desenvolvimento individual e da família (adolescentes, gestantes).

Essa estruturação das atividades de acordo com a patologia e com os programas do ministério seguem a organização da oferta de serviços na atenção básica. Isso é apontado como forma de fragmentação da produção em saúde que desconsidera o planejamento das ações a serem oferecidas²¹.

Um dos obstáculos para a realização de atividades grupais é a falta de domínio dessa tecnologia pelos profissionais que se propõem a coordenar grupos. Outros aspectos também dificultam essa prática: locais impróprios, pouca participação dos membros do grupo, exigência formal para a sua realização, a centralização no coordenador, conteúdos que despertam pouco interesse, pré-determinação dos temas e ausência de informações técnicas sobre operacionalização de grupos nos manuais do MS²².

A realização de grupos não se constitui uma tarefa fácil, diante da gama de atividades que os profissionais de saúde da ESF têm que desenvolver. Soma-se a isso a concepção da população e dos gestores sobre atenção à saúde centrada na ação do médico com predominância no consumo de exames e de medicamentos, dificultando a participação dos profissionais em atividades educativas²⁰.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do plano de intervenção foi atingido parcialmente, já que mesmo com uma abordagem diferente o grupo será mantido, tornando o conceito de promoção à saúde mais vivo na comunidade. Por ser uma equipe onde o diálogo é algo muito presente, as dificuldades na execução do mesmo tendem a ser resolvidas.

A implantação do grupo educativo para hipertensos e diabéticos foi, de forma geral, uma experiência positiva, tanto para a equipe de saúde bem como para os usuários, proporcionando momentos de interação entre a equipe e o usuário e entre esses, estimulando a equipe a ter uma visão holística sobre seus clientes, percebendo suas necessidades e realizando o diagnóstico situacional da comunidade.

A realização de grupos educativos garante a promoção da saúde e da cidadania, favorece a aproximação do cliente ao serviço de saúde e dá suporte às suas dificuldades e anseios, pois propicia a troca de experiências entre os usuários que vivenciam a mesma situação, além de ser uma proposta para ajudar a adesão ao tratamento. Para tanto, é necessário envolvimento e maior responsabilidade de todos que constroem a atenção básica, do usuário ao gestor. Há que se apropriar que o “fazer saúde” vai além de atividades pontuais, voltadas ao campo biológico.

REFERÊNCIAS

1. Brasil Ministério da Saúde. Sistema de informação da atenção básica [internet]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSAL.def>. [Acesso em: 19 ago 2012].
2. Menezes TMO, Guimarães EP, Santos EMP, Nascimento MV, Araújo PD. Grupo educativo com dispensação de medicamentos: uma estratégia de adesão ao tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus. Rev Baiana de Saúde Pública. 2012; 36(1): 148-158.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica. Cadernos de Atenção Básica. Brasília; 2006.
4. Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. [internet] Brasília. 2003. Disponível em http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/d_cronic.pdf [Acesso em: 19 ago 2012].
5. World Health Organization/International Society Hypertension. Statement on management of hypertension. J of Hypertens. 2003; 21(11): 1983-92.
6. Figueiredo JS. Desafios e perspectivas em atividades educativas de promoção da saúde de um grupo de portadores de hipertensão arterial, sob o paradigma da interdisciplinaridade [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. 2006. 331p.
7. Brasil Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.
8. Modeneze DM, Vilarta R, Maciel ES, Sonati JG, Souza MESN, Boccaletto EMA. Nível de atividade física de portadores de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) em comunidade carente no Brasil. Medicina (Ribeirão Preto) 2012;45(1):78-86.
9. Angelo BZ, Tessarollo C, Carvalho VDB, Lemos TC, Koch MC, Maraschin JF. Fatores Preditores de Mor talidade em Pacientes Diabéticos em Terapia de Substituição Renal em Tubarão-SC. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2010;39:4.

10. Oliveira EAF, Almeida AB, Souza ÉECM, Paula NCS, Pereira ER, Moreira RO, *et al.* Significado dos grupos educativos de hipertensão arterial na perspectiva do usuário de uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev APS.* 2011; 14(3): 319-326.
11. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – Comunic Saúde Educ.* 2004/2005; 9(16): 39-52.
12. Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface – Comunic Saúde Educ.* 2004/2005; 9(16): 91-104.
13. Silva SP, Santos MR. Prática de grupo educativo de hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde. *Arq Ciênc Saúde.* 2004;11(3):169-73.
14. Souza AC, Colomé ICS, Costa LED, Oliveira DLLC. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Rev Gaúcha Enfer, Porto Alegre (RS).* 2005 ago;26(2):147-53.
15. Budó ML, Mattioni FC, Silva FM, Schimith MD. Educação em saúde e o portador de doença crônica: implicações com as redes sociais. *Cienc Cuid Saude.* 2009; 8 (suplem.):142-147.
16. Rodrigues AAAO, Juliano IA, Melo MLC, Beck CLC, Prestes FC. Processo de interação ensino, serviço e comunidade: a experiência de um PET-Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2012; 36(1 supl. 2):184-192.
17. Oliveira DLLC. Brazilian adolescent women talk about HIV/AIDS risk: reconceptualizing risky sex: what the implications for health promotion? [thesis of Doctoral in Health Education]. London: Institute of Education, University of London; 2001. 237 f.
18. Freire P. Educação e mudança. 8 edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983. 79 p.
19. Franco TAV, Silva JLL, Daher DV. Educação em saúde e a pedagogia dialógica: uma reflexão sobre grupos educativos na atenção básica. *Informe-se em promoção da saúde.* 2011; 7(2):19-22.
20. Silva MA, Oliveira AGB, Mandú ENT. Enfermeiro e grupos em PSF: possibilidade para participação social. *Cogitare Enferm.* 2006; 11(2):143-9.

21. Abrahão AL, Freitas CSF. Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro. 2009; 3(17):436-441.
22. Silva ALAC, Munari DB, Lima FV, Silva WO. Atividades grupais em saúde coletiva: características, possibilidades e limites. Rev Enferm UERJ. 2003, 11:18-24.