

Os Grupos como dispositivo de cuidado na AB para o trabalho com pacientes portadores de Diabetes e Hipertensão

*Ana Caroline Secco**

*Patrícia Paraboni***

*Dorian Mônica Arpini***

Resumo

As doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus Tipo 2 representam um importante problema de Saúde Pública, são de longa duração e comumente exigem acompanhamento multidisciplinar permanente e intervenções contínuas. O presente artigo objetiva refletir acerca da possibilidade de os grupos na atenção básica serem um dispositivo de cuidado para pacientes com diabetes e hipertensão por meio de uma revisão de literatura crítica-reflexiva não sistemática. O artigo se organiza em dois tópicos: no primeiro são tecidas algumas considerações sobre processo saúde-doença e atenção básica - novos desafios; no segundo aborda-se as práticas grupais desenvolvidas na atenção básica com pacientes crônicos. O trabalho com grupos ainda é um desafio para algumas equipes de saúde, porém quando as práticas grupais se efetivam através de uma perspectiva relacional e interativa em que os problemas e as soluções são partilhados num ambiente empático, seguro e contentor, essas têm se mostrado estratégias importantes e efetivas de promoção de saúde e autocuidado.

Palavras-chave: Grupos; Atenção Básica; Doenças Crônicas.

The Groups as a care device in AB for working with patients with Diabetes and Hypertension

Abstract

Chronic diseases such as Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus represent an important Public Health problem, are long lasting and commonly require permanent multidisciplinary follow-up and continuous interventions. The present article aims to reflect on the possibility of the groups in the primary health care being a care device for diabetics and hypertensives, based on aspects found in the literature. The article is organized in two topics, the first one is some considerations on the health-disease process and primary health care: new challenges, and then the group practices developed in primary health care with chronic patients. Working with groups is still a challenge for some health care teams, but when group practices are carried out through a relational and interactive perspective in which problems and solutions are shared in an empathic, safe and moderate environment, these have shown important and effective strategies of health promotion and self-care.

Keyword: Groups; Primary health care; Chronic diseases

* Discente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista Capes.

** Pós-Doutoranda e Professora Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. Bolsista Capes.

***Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria

Introdução

As doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM) representam um importante problema de Saúde Pública e estão entre os agravos de saúde mais comuns na população brasileira (Freitas & Garcia, 2012). De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia [SBC] (2010), cerca de 11% da população sofre de diabetes e, cerca de 32%, de hipertensão arterial. Essa estimativa sobe gradativamente com a idade: mais da metade dos indivíduos entre 60 e 69 anos possuem hipertensão e, ao passar dos 70 anos, a porcentagem aumenta de forma alarmante: 75%. Isso resulta para o Sistema Único de Saúde (SUS) um gasto anual de cerca de 11 bilhões de reais com tratamentos diretos e indiretos para esses pacientes crônicos. Com o devido tratamento e controle da HAS e DM seria possível uma redução de gastos de cerca de 841 milhões de reais anuais para o governo, com diminuição nos índices de morte, hospitalizações e incapacidade decorrente desses agravos (Alves & Calixto, 2012).

As doenças crônicas como a diabetes e a hipertensão são de longa duração e, em geral, exigem acompanhamento multidisciplinar permanente, intervenções contínuas e requerem que grandes recursos materiais e humanos sejam despendidos, gerando encargos ao sistema público e social (Brasil, 2015). Elas requerem também intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo (Brasil, 2013).

Nesse sentido, se faz necessário o desenvolvimento de ações que vão desde a prevenção, promoção e recuperação da saúde, a fim de melhorar a qualidade, e aumentar a expectativa de vida dos usuários do serviço de saúde portadores desses agravos. Entre as ações preventivas possíveis de serem realizadas com pacientes crônicos, as ações em grupo tem sido as mais indicadas, pois são de baixo custo, abrangem maiores populações se comparadas às intervenções individuais e estão em conformidade com as diretrizes da saúde pública e os princípios básicos de universalidade, integralidade da atenção e controle social. Proporcionam, ainda, a reconstrução de crenças, estimulam a motivação e a autoeficácia dos participantes. Nos grupos são utilizados processos e técnicas voltadas para a aprendizagem, o que auxilia na democratização do acesso à saúde, estimula a inclusão da comunidade nos cuidados e favorece a atenção integral aos sujeitos, conforme suas necessidades específicas, crenças e costumes (França, Biaginni, Mudesto, & Alves, 2012; Murta, 2008; Rasera & Rocha, 2010).

Dessa forma, o presente artigo objetiva refletir acerca da possibilidade de uma prática grupal na atenção básica ser um dispositivo de cuidado para pacientes com diabetes e hipertensão, problematizando algumas dificuldades encontradas para sua efetivação, por meio de uma revisão de literatura crítica-reflexiva não sistemática.

O corpo do trabalho apresenta uma revisão teórica organizada em dois tópicos. No primeiro, serão tecidas algumas considerações sobre processo saúde-doença e atenção básica - novos desafios e no segundo a discussão centra-se nas práticas grupais desenvolvidas na atenção básica com pacientes crônicos.

Processo saúde-doença e atenção básica: novos desafios

Um dos grandes marcos nas mudanças do conceito saúde-doença se funda na definição da Organização Mundial da Saúde de que a saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença (World Health Organization [WHO], 1946). Esse conceito amplia a perspectiva de saúde, considerando-a como fruto da relação entre um conjunto de fenômenos físicos, psíquicos e socioeconômicos a que estão submetidos os indivíduos (Rutsatz & Câmara, 2006). Ou seja, a saúde é resultado de um processo de produção social e sofre influência das condições de vida, acesso a bens e serviços e é construída coletiva e individualmente, por meio de ações de governo, da sociedade e de cada indivíduo.

Partindo do conceito de determinante social da doença, o social se faz presente como um dos fatores para a compreensão do processo saúde-doença, mas também para pensar questões referentes aos comportamentos, levando para a discussão a reflexão da cultura de classe e os significados do adoecimento para cada sujeito e coletividades. Isso abre novas perspectivas em relação a intervenções de caráter psicossocial, tendo como fundamento conceitos como risco, vulnerabilidade, coconstrução de sentidos e o uso de estratégias de cuidado diversificadas como grupos e rodas de conversa (Spink & Matta, 2010).

Historicamente, buscou-se propor um novo modelo técnico-assistencial, *pari passu* com as crescentes mobilizações visando à redemocratização do país. Embasado na luta dos movimentos sociais, principalmente no da reforma sanitária, que teve influência importante para a construção do atual Sistema Único de Saúde (SUS) e sua consolidação como uma política de estado por meio da Constituição Federal (1988). O texto constitucional referenda os princípios básicos a as diretrizes do SUS

como Universalidade, Equidade, Integralidade da Atenção, Descentralização, Participação Popular e a organização da rede de serviços de modo regionalizado e hierarquizado (Andrade, Pontes & Martins Junior, 2000; Spink & Matta, 2010, Souza & Santos, 2012). Contudo, para que esses princípios e diretrizes entrassem em vigor, e o SUS fosse implantado, foi necessário a homologação das Leis Orgânicas nº 8.080 e nº 8.142 (1990). O SUS é considerado bem mais que um arranjo institucional, mas trata-se de um projeto civilizatório que pretende produzir mudanças de valores da sociedade, tendo a saúde como eixo transformador (Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, 2007).

Considerando o conceito de hierarquização, a atenção à saúde no SUS está distribuída em três níveis: a Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde (APS), organizada por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF); a média complexidade, composta por serviços especializados e a alta complexidade, que corresponde ao atendimento hospitalar (Brasil, 2003; Brasil, 2006).

A Atenção Básica (AB) constitui o primeiro nível de complexidade de atenção à saúde do SUS. É a principal porta de entrada dos serviços públicos de saúde e deve considerar o sujeito de forma integral, em sua complexidade, inserido em um contexto social, econômico e cultural (BRASIL, 2011). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) está regulamentada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Conforme a PNAB, a Atenção Básica se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, de cunho individual e coletivo, que tem a finalidade de desenvolver uma atenção integral que tenha impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas (BRASIL, 2011). Preconiza que sejam realizadas continuamente nos serviços ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e redução de agravos que possam comprometer a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos e coletividades.

Em consonância com essa política, a Estratégia Saúde da Família (ESF) também apresenta como principal propósito a reorganização da prática da atenção básica à saúde. Também, propõe a substituição do modelo tradicional de assistência que prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua (Brasil, 2011). Tem como um de seus principais objetivos o controle das doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, causadoras de elevados custos econômicos

e sociais, assim como agravos e complicações à saúde. A ESF utiliza como estratégia de enfrentamento a oferta de apoio aos usuários do SUS na gestão e cuidado do adoecimento crônico, por meio da educação em saúde (Mendes, 2012).

Nesse sentido, para acompanhamento da evolução e prevenção dessas doenças e agravos, estratégias de saúde pública focalizadas nos grupos populacionais de maior risco comportamental, alimentar e/ ou ambiental têm sido implantadas em vários países desenvolvidos e em desenvolvimento. Essas estratégias baseadas no uso da tecnologia de grupo, por meio do desenvolvimento de ações para educação em saúde, prevenção de agravos e treino de habilidades como forma de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em especial as doenças cardiovasculares (DCV) como diabetes e hipertensão, traduzem a tentativa de mudança do modelo de assistência prestada à população (Munari, Lucchese & Medeiros, 2009; Ribeiro, Cotta & Ribeiro, 2012).

Com a finalidade de minimizar os impactos decorrentes da HA e DM e considerando que a identificação precoce dos casos e o estabelecimento do vínculo entre os usuários e serviço (UBS) são imprescindíveis ao sucesso do controle dessas afecções, o Ministério da Saúde implantou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, e o Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA/MS) na atenção primária (Brasil, 2002; Brasil, 2004). Esse plano estabeleceu diretrizes e metas para a reorganização da assistência desses usuários no SUS e foi aprovado e regulamentado pela Portaria / GM nº 16, de 03/01/2002. Teve como principais objetivos: investir na atualização dos profissionais da rede básica, oferecer garantia do diagnóstico, proporcionar vinculação do usuário às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, promover a reestruturação e ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade às pessoas com HA e DM. Dessa forma, considera que o acompanhamento na atenção primária pode evitar o surgimento e progressão de complicações, reduzindo internações hospitalares e mortalidade relacionada a esses agravos (Brasil, 2002; Brasil, 2004; Silva, Souza, Santos, Jucá, Moreira, Frota & Vasconcelos, 2012).

Pode-se perceber que as políticas e diretrizes de saúde pública tem se preocupado com a temática das doenças crônicas, especialmente a diabetes e hipertensão. Estão considerando os determinantes sociais de saúde, buscando potencializar os espaços coletivos de construção de sentidos, apostando na potencialidade das trocas de

experiências e estreitamento dos vínculos, como alternativa de enfrentamento para o adoecimento e possibilidade de efetivação do autocuidado.

A prática grupal como dispositivo de cuidado para diabéticos e hipertensos

Na literatura atual, alguns estudos relatam os benefícios a partir da introdução dos grupos no projeto terapêutico de pessoas com HA e DM (Favoreto & Cabral, 2009; Santos Maciel, Coelho, Marques, Neto, Lotif & Ponte, 2015; Maffaccioli & Lopes, 2011; Melo & Campos, 2014; Silva, Feldmam, Lima, Nobre & Domingues, 2006; Silva, Rotemberg, Vianna, 2004). Esses estudos, em seus resultados apontam que a tecnologia de grupo quando bem empregada, tem levado a uma diminuição dos índices de glicemia capilar, níveis pressóricos e demanda pelas consultas médicas, além de ser uma importante estratégia para o fortalecimento do autocuidado desses pacientes crônicos (Mendonça & Nunes, 2015).

Munari e Furegato (2003) colocam que a convivência com um grupo composto por pessoas com problemas semelhantes permite a troca de dúvidas, ansiedades, fantasias e inseguranças, auxilia a lidar e a conviver melhor com a doença e favorece o sentimento de não estar sozinho, o que é de grande valor terapêutico para seus participantes (Antônio, 2010).

Os grupos compostos por pessoas com o mesmo diagnóstico vêm se mostrando como uma estratégia efetiva de cuidado, na medida em que aproximam pessoas que estão vivenciando situações vitais semelhantes e partilham uma identidade grupal (Antônio, 2010; Fernandes, 2007). Heleno e Antonia (2004), realizaram estudo com pacientes com diabetes tipo 2 que tinham dificuldades com o controle da glicemia. Com eles foi realizado um grupo de reflexão, nos quais eram apresentados temas sobre compreensão da doença, suas consequências, possibilidades de controle e experiência emocional vivida pelo grupo. Em cada encontro era medida a glicemia de jejum. Constatou-se que esse tipo de trabalho pode auxiliar as pessoas com diabetes, melhorando o controle glicêmico e assim aumentando a qualidade e expectativa de vida desses sujeitos.

Pela possibilidade de se receber devolução/retorno e sugestões construtivas de outras pessoas que vivenciaram ou vivenciam os mesmos problemas, o grupo tem funcionado como agente facilitador do processo de mudança, pois contribui para a reabilitação de pessoas portadoras de doença crônica e favorece o processo de aceitação do viver com essa condição (Borba, Ramos,

Marques, Linhares, Leal & Ramos, 2011; Fernandes, 2007). Em grupo, é possível aprofundar discussões e ampliar conhecimentos de modo que as pessoas possam superar suas dificuldades, obtendo maior autonomia e vivendo mais harmonicamente com sua condição de saúde (Silva, Francioni, Natividade, Azevedo, Sandoval & Di' Lourenzo, 2003; Ribeiro & Vasconcelos, 2014). Nesses espaços, muitas vezes as informações sobre a patologia ou sobre os medicamentos, por exemplo, aparece como aspecto secundário, a partir do momento propiciado ao compartilhar das experiências (Soares, 2005).

Dessa forma, os serviços de saúde devem ser espaços para a construção de uma clínica ampliada, cuja doença não seja o foco, mas apenas uma parte da vida humana. Nesse sentido a clínica ampliada pode ser entendida como uma transformação da atenção individual e coletiva, de forma a possibilitar que outros aspectos do sujeito, que não apenas o biológico, possam ser compreendidos e trabalhados. Isso pode ocorrer através da articulação e diálogo de diferentes saberes para a compreensão dos processos de saúde e adoecimento e da necessidade de inclusão dos usuários como cidadãos participantes das condutas em saúde. Além disso, a clínica ampliada compreende o estabelecimento do vínculo entre o usuário e os profissionais de saúde, priorizando os aspectos relacionais e uma escuta qualificada, bem como a elaboração conjunta do projeto terapêutico (Campos, 2003; Campos, 2013; Cunha, 2005; Brasil, 2009, Ribeiro & Vasconcelos, 2014, Souza & Santos, 2012).

Nessa modalidade de cuidado, especialmente quando tratamos de doenças crônicas, é fundamental que as indicações da equipe de saúde sejam associadas à participação do indivíduo, como agente ativo que cuida da sua própria saúde. As ações desenvolvidas por esses profissionais devem incorporar ações de cuidados à saúde que possam superar a clínica limitada à cura de doenças e passem a valorizar o contexto, os determinantes sociais, a subjetividade, bem como a inserção dos usuários como seres ativos, autônomos e participativos dos processos de saúde-doença (Machado & Vieira, 2009).

Assim, as práticas grupais têm se destacado na construção de conhecimentos de forma inovadora, no estreitamento da relação da equipe com o usuário e na troca de experiências comuns desenvolvidas através do diálogo. Contudo, nem todos os serviços de saúde encontram-se preparados para atuar nessa lógica de cuidado.

Estudos têm apontado que muitos serviços de saúde têm embasado suas práticas em modelos prescritivos, com enfoque no controle e prevenção da doença, reproduzin-

do a lógica individual nas práticas grupais. Além disso, em muitos serviços de saúde, percebe-se também uma falta de capacitação dos profissionais para a coordenação dos grupos (Fernandes, 2007; Fernandes, Soares & Silva, 2008; Mendonça & Nunes, 2015; Munari, Lucchese & Medeiros, 2009). Essas dificuldades contribuem para a possibilidade de insucesso da atividade de grupo, a qual pode se dar em decorrência da utilização da concepção bancária de educação em saúde, através da transmissão de conhecimento técnico, sem considerar o saber popular, onde as demandas são geradas pelos profissionais e não pelos usuários (Pereira, Pelzer, Lunardi & Siqueira, 2007).

Em contrapartida, a possibilidade de articulação entre os conhecimentos técnicos e o saber popular, ao estreitar as relações entre os profissionais e os usuários do serviço através da produção coletiva de saúde, pode ser considerada como uma alternativa importante de potencialidade terapêutica no campo grupal (Maffaccioli & Lopes, 2011).

A necessidade de integração entre profissional de saúde e o usuário é imprescindível para que o objetivo do trabalho com grupos seja alcançado. Para obter êxito no trabalho grupal é necessário interesse e comprometimento das pessoas com essa atividade. Também, é essencial que o coordenador de grupo relativize seu conhecimento e suas experiências, estando aberto aos novos conhecimentos que serão construídos com os integrantes do grupo que irão orientar uma nova forma de perceber a si mesmo e ao outro (Silva, et al., 2003).

Para isso, torna-se necessário que o coordenador seja devidamente capacitado, pratique a comunicação adequadamente e estimule a evolução do grupo (Fernandes & Loés, 2003). O profissional de saúde, seja enfermeiro, psicólogo, dentista, agente comunitário de saúde, ao atuar como coordenador ou facilitador de uma atividade de educação em saúde desenvolvida em grupo, deve se colocar na posição de mediador dessa atividade (Felipe, 2011). O facilitador deve ser sensível, ter domínio e manejo da técnica de grupo, assim como conhecimento sobre o sistema de cuidado popular, a dimensão socio-cultural deste e sua repercussão nos hábitos de vida e de tratamento do usuário (Fernandes & Loés, 2003).

O papel de coordenador de grupos se encontra atrelado à própria concepção de mundo, de grupo e de homem dos profissionais que o exercem. Entretanto, apesar dessa concepção nem sempre estar explicitada ela vai permear as práticas grupais, sendo importante que o profissional não conduza o processo exclusivamente de acordo com seu modo de pensar impondo aos outros

seus valores e concepções de certo e errado, mas que possa levar em consideração que o grupo é um espaço para coconstrução de sentidos (Andaló, 2001; Felipe, 2011).

Nessa perspectiva, acredita-se que

...para a efetivação das transformações da prática de grupo, espera-se que o profissional lance mão de conhecimentos teóricos e práticos para a construção de um novo saber-fazer que resgate o grupo, como espaço social, possibilidade operativa e humanizadora para si e para os clientes, numa perspectiva crítica e transformadora (Fernandes, Soares & Silva, 2008, p. 341).

Desse modo, produzir relações interativas, pautadas na solidariedade entre os membros de um grupo, pode ser positivo para o cuidado em saúde. O grupo promove uma permuta de experiências criadoras de significados para o adoecimento e suas representações, uma vez que a interação permite socializar as representações que uma doença possui no ideário das pessoas, forma de simbolização que também influencia as condutas e práticas do usuário (Almeida, Moutinho & Leite, 2014; Gazzinelli, Gazzinelli, Reis & de Mattos Penna, 2005).

Nesse sentido, o trabalho com grupos favorece a coconstrução da autonomia e da facilitação de uma percepção mais crítica da realidade, bem como o desenvolvimento de estratégias que mobilizam forças de seus membros no sentido de proporcionar mudanças, as quais repercutem não somente no indivíduo, mas na família e até na comunidade (Diógenes, Moreira, Ellery & Ribeiro, 2016; Fernandes, 2007).

Considerações Finais

Conforme exposto, estimular a construção de conhecimentos por meio de uma perspectiva relacional e interativa em que os problemas e as soluções são partilhados num ambiente empático, seguro e contentor, tem mostrado ser uma estratégia importante e efetiva de promoção da saúde e autocuidado. Trabalhar com grupos ainda é um desafio para algumas equipes de saúde, porque muitas vezes estas seguem trabalhando numa lógica “profissional centrada”, sem levar em consideração os anseios, necessidades e demandas dos usuários, executando suas atividades de maneira mais prescritiva do que interativa. Além disso, muitos profissionais da área da saúde, incluindo psicólogos, durante sua formação tem pouco contato com a saúde pública, com as práticas desenvolvidas na atenção básica, especialmente as práticas grupais, o que distancia o profissional dessa realidade. Isso abre a possi-

bilidade de discussão sobre os desafios da formação dos profissionais de saúde, assunto que poderá ser discutido em reflexões futuras. Assim, salienta-se a importância da realização de pesquisas que contemplem outros aspectos e perspectivas sobre as práticas grupais na atenção básica, para o avanço das discussões nesse âmbito.

Ressalta-se, também, que o presente artigo não se propôs contemplar a totalidade de estudos científicos acerca do tema abordado, mas sim fazer um recorte sobre a possibilidade das práticas grupais como dispositivo de cuidado para pacientes crônicos no cenário da atenção básica. Conclui-se que ao se trabalhar com grupos é necessário reconhecer que cada encontro de cuidado é único e singular, e por isso exige dos profissionais e usuários uma abertura para a emergência da criatividade, da reflexão e do diálogo.

Referências bibliográficas

- Almeida, E. R., Moutinho, C. B., & Leite, M. T. D. S. (2014). A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. *Saúde debate*, 38(101), 328-337.
- Alves, B. A., & Calixto, A. A. T. F. (2012). Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. *Journal of the Health Sciences Institute*, 255-260.
- Andaló, C. S. A. (2001). O papel de coordenador de grupo. *Psicologia USP*, 12(1):135-52.
- Andrade, L. O. M. D., Pontes, R. J. S., & Martins Junior, T. (2000). A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1-2), 85-91.
- Antônio, P. (2010). A Psicologia e a doença crônica: Intervenção em grupo na diabetes Mellitus. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 15-27.
- Borba, A. K. D. O. T., Ramos, R. S. P. D. S., Marques, A. P. D. O., Linhares, F. M. P., Leal, M. C. C., & Ramos, V. P. (2011). Health education: operative group experience for diabetic elderly people. *Journal of Nursing UFPE on line* [JNUOL/DOI: 10.5205/01012007/Impact factor: RIC: 0, 9220], 5(11), 2675-2681.
- Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal.
- _____. Lei Orgânica da Saúde - Lei N.º 8080. (1990). Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.
- _____. Lei N.º 8.142. (1990). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.
- _____. Ministério da Saúde. (2002). *Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus*. Brasília.
- _____. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. (2003). *Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico / Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde. – 3ª ed. rev. e ampl. - Brasília: Ministério da Saúde*.
- _____. Ministério da Saúde. (2004). *Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde*.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2006). *Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde*.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (2009). *Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde*. Brasília-DF: Ministério da Saúde.
- _____. Ministério da Saúde. (2011). Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013). *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde*.
- _____. Ministério da Saúde. (2015). *Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis (DAnT)*. Brasília. [Acesso em: 20 de outubro de 2015]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/svs/area.cfm?id_area=448>
- Campos, G. W. S. (2003). A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos, G. W. S. *Saúde paideia*, São Paulo: HUCITEC; p. 51-67.
- Campos, R. O. (2013). *Psicanálise e saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec.
- Cunha, G.T. (2005). *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec.
- Diógenes, J. M. P., Moreira, A. E. M., Ellery, A. E. L., & Ribeiro, M. T. A. (2016). *Psicologia comunitária e atenção básica em saúde: contribuições para abordagem com grupos*. Sanare, Sobral - v. 15, n.01, 32-38.
- Favoreto, C. A. O., & Cabral, C. C. (2009). Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 13(28), 7-18.
- Felipe, G. F. (2011). *Educação em saúde em grupo: olhar da enfermeira e do usuário hipertenso*. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual do Ceará, Ceará.
- Fernandes, M. T. O. (2007). *Trabalho com grupos na Saúde da Família: concepções, estrutura e estratégias para o cuidado transcultural*.
- Fernandes, M. T. O., & Loés, R. R. (2003). *O consumo de medicamentos como indicador da qualidade da atenção à saúde da população acima de 60 anos [monografia]*. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais.
- Fernandes, M. T. D. O., Soares, S. M., & Silva, L. B. (2008). Limitações e possibilidades no desenvolvimento do trabalho com grupos na estratégia de saúde da família. *Revista Mineira de Enfermagem*, 12(3), 335-341.
- Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. (2007). *A Reforma Sanitária é uma Reforma Solidária*. Boletim do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. Brasília. Divulgado durante a 13ª Conferência Nacional de Saúde em dez. 2007.
- França, C. L., Biagini, M., Mudesto, A. P. L., & Alves, E. D. (2012). Contribuições da psicologia e da nutrição para a mudança do comportamento alimentar.
- Freitas, L. R. S. D., & Garcia, L. P. (2012). Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 21(1), 07-19.
- Gazzinelli, M. F., Gazzinelli, A., dos Reis, D. C., & de Mattos Penna, C. M. (2005). Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Health education: knowledge, social representation, and illness*. *Cad. Saúde Pública*, 21(1), 200-206.
- Helena, M. G. V., & Antonia, C. (2004). Promoção e educação para a saúde: um estudo com pacientes diabéticos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 189-194.
- Machado, M. D. F. A. S., & Vieira, N. F. C. (2009). Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2), 174-179.
- MAFFACCIOLLI, R.; LOPES, M. J. M. (2011). Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, p. 973-982, 2011.
- Melo, L. P., & de Campos, E. A. (2014). “O grupo facilita tudo”: significados atribuídos por pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 a grupos de educação em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(6), 980-987.
- Mendes, E.V. (2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília/DF: Organização Pan-Americana da Saúde.

- Mendonça, F. D. F., & Nunes, E. D. F. P. D. (2015). Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. *Trab. educ. saúde*, 13(2), 397-409.
- Munari, D. B.; Furegato, A. R. F. (2003). *Enfermagem e grupos*. Goiânia: ABE-ditora.
- Munari, D. B., Lucchese, R., & Medeiros, M. (2009). Reflexões sobre o uso de atividades grupais na atenção a portadores de doenças crônicas-DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v8i0.9742. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8, 148-154.
- Murta, S. G. (2008). A prática grupoterápica sob o enfoque psicoeducativo: uma introdução. In Murta, G. S. (Org.). *Grupos psicoeducativos: aplicações em múltiplos contextos*. Goiânia: Porã Cultural.
- Pereira, Q. L. C., CBDCA, S., Pelzer, M. T., Lunardi, V. L., & Siqueira, H. C. H. D. (2007). Processo de (re) construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular em saúde. *Texto & contexto enferm*, 16(2), 320-5.
- Rasera, E. F., & Rocha, R. M. G. (2010). Sentidos sobre a prática grupal no contexto de saúde pública. *Psicologia em Estudo*, 15(1), 35-44.
- Ribeiro, A. G., Cotta, R. M. M., & Ribeiro, S. M. R. (2012). A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares [The promotion of health and integrated prevention of risk factors for cardiovascular diseases]. *Ciênc saúde coletiva*, 17(1), 7-17.
- Ribeiro, K. S. Q. S., & Vasconcelos, E. M. (2014). As redes de apoio social nas práticas de educação popular e saúde: reflexões de uma pesquisa-ação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(Suppl. 2), 1453-1462.
- Rutsatz, S. D. N. B., & Câmara, S. G. (2006). O psicólogo na saúde pública: trajetórias e percepções na conquista desse espaço. *Aletheia*, (23), 55-64.
- Santos Maciel, M., Coelho, M. O., Marques, L. A. R. V., Neto, E. M. R., Lotif, M. A. L., & Ponte, E. D. (2015). Ações de saúde desenvolvidas pelo núcleo de apoio à saúde da família-NASF. *Saúde (Santa Maria)*, 41(1), 117-122.
- Silva, T. R., Feldmam, C., Lima, M. H. A., Nobre, M. R. C., & Domingues, R. Z. (2006). 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*, 15(3), 180-189.
- Silva, J. P., Rotenberg, S., & Vianna, E. C. (2004). Concepção de educação em saúde na ótica dos profissionais de saúde que atuam em grupos educativos. *Cad. saúde colet.*, (Rio J.), 12(2), 119-136.
- Spink, M. J. P., & Matta, G. C. (2010). A prática profissional Psi na Saúde Pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: Spink, M. J. P. (Org.). *A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 25-51.
- Soares, T. C. (2005). “A vida é mais forte do que as teorias” o psicólogo nos serviços de atenção primária à saúde. *Psicologia: ciência e profissão*, 25(4), 590-601.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *ArqBrasCardiol*. 2010;95(1 supl.1):1-51.
- Silva, D. G. V. D., Francioni, F. F., Natividade, M. S. L., Azevedo, M., Sandoval, R. D. C. B., & DiLourenzo, V. M. (2003). Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. *Texto & contexto enferm*, 12(1), 97-103.
- Silva, D. B., De Souza, T. A., Dos Santos, C. M., Jucá, M. M., Moreira, T. M. M., Frota, M. A., & Vasconcelos, S. M. M. (2012). Associação entre hipertensão arterial e diabetes em centro de saúde da família-doi: 10.5020/18061230.2011. p16. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 24(1), 16-23.
- Souza, L. V. & Santos, M. A. D. (2012). Processo grupal e atuação do psicólogo na atenção primária à saúde. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, 22(3), 388-395.
- World Health Organization (WHO). (1946). Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. WHO. Geneva.

Submetido em: 24-2-2017

Aceito em: 12-6-2017