

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

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA – UM DESAFIO FACTÍVEL DE SER
ENFRENTADO NA ARQUITETURA DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE**

LEILANE ANTÔNIA ZANETTI

CONSELHEIRO LAFAIETE/MG
2012

LEILANE ANTÔNIA ZANETTI

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA – UM DESAFIO FACTÍVEL DE SER
ENFRENTADO NA ARQUITETURA DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE**

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.

Orientadora: Prof^ª. Maria José Cabral Grillo

LEILANE ANTÔNIA ZANETTI

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA – UM DESAFIO FACTÍVEL DE SER
ENFRENTADO NA ARQUITETURA DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE**

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.

Orientadora: Prof^ª. Maria José Cabral Grillo

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Maria José Cabral Grillo

UFMG

Prof^ª. Fernanda Magalhães Duarte

UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 11 de Agosto de 2012.

À minha Mãe, Maria Aparecida Oliveira Zanetti presente maior que Deus me deu (sempre presente).

À Professora Doutora Maria José Cabral Grillo, uma verdadeira mãe, um abençoado anjo, sem ela esta monografia não seria possível.

À Kátia Adriana Silva Pinto, amiga e professora de informática, sempre presente nas horas mais difíceis.

Ao Professor Doutor Horácio Pereira de Faria, um amigo especial.

Agradeço a Deus em primeiro lugar.

Agradeço a todas as pessoas que de forma direta e/ou indireta fizeram parte dessa caminhada. Em especial aos professores: Max André dos Santos, Kênia Lara Silva, Sandro Marlon de Oliveira.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial, a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em nosso país, as doenças cardiovasculares têm sido a principal causa de morte. Elas são responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. O presente estudo centra-se na Hipertensão Arterial Sistêmica e tem como público-alvo os usuários hipertensos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família “Urdindo Cuidados Tecendo Saúde” da cidade de Resende Costa, Minas Gerais. Acreditando no potencial da Estratégia de Saúde da Família faço uma proposta de intervenção nos grupos de hipertensos assistidos, com a finalidade de ajudar a equipe a melhorar o seu desempenho junto aos usuários. Isto será possível através da implantação da estratégia de trabalho baseada na Técnica de Grupo Operativo de Enrique Pichón-Rivière. Para isto será oferecida uma capacitação para a Equipe Multiprofissional.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Estratégia de Saúde da Família, Grupos Operativos, Capacitação Multiprofissional.

ABSTRACT

The Hypertension has high prevalence and low control rates. It is considered a major modifiable risk factors and one of the most important public health problems. Mortality from cardiovascular disease increases progressively with increasing blood pressure from 115/75mmHg linearly continuous and independent. In our country, cardiovascular diseases have been the leading cause of death. They are responsible for high frequency of hospitalization, resulting in medical costs and socioeconomic levels. The present study focuses on Hypertension and its target audience users hypertensive assisted by the Family Health Strategy "weaving Weaving Health Care" in the city of Resende Costa, California, Brazil. Believing in the potential of the Family Health Strategy make a proposal for intervention in groups of hypertensive patients attended in order to help the team improve its performance with users. This will be achieved through the implementation of the strategy based on the Technical Working Group Operating Enrique Pichon-Rivière. For this training will be offered for a Multidisciplinary Team.

Keywords: Hypertension, the Family Health Strategy, Operational Group, Multidisciplinary Training.

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|-----------|--|
| ABNT - | Associação Brasileira de Normas e Técnicas |
| ASB - | Auxiliar em Saúde Bucal |
| CID 10 - | Código Internacional de Doenças |
| DAB - | Departamento de Atenção Básica |
| DASIS - | Departamento de Análise de Situação de Saúde |
| DATASUS - | Departamento de Informática do SUS |
| ESF - | Estratégia de Saúde da Família |
| GO- | Grupos Operativos |
| HAS - | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| MS - | Ministério da Saúde |
| OMS - | Organização Mundial de Saúde |
| SIAB - | Sistema de Informações da Atenção Básica |
| SIH - | Sistema de Informação Hospitalar |
| SIM - | Sistema de Informação de Mortalidade |
| SUS - | Sistema Único de Saúde |
| SVS - | Secretaria de Vigilância em Saúde |
| TSB - | Técnico em Saúde Bucal |
| UBS - | Unidade Básica de Saúde |
| UFMG - | Universidade Federal de Minas Gerais |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Gráfico 1 - Mortalidade proporcional (%) segundo grupo de causas – CID10. Brasil, 2009..... | 9 |
| Gráfico 2 - Mortalidade proporcional (%) segundo grupo de causas-CID10. Resende Costa/MG/Brasil, 2008..... | 11 |
| Quadro 1 - Classificação Diagnóstica da Hipertensão Arterial para adultos com mais de 18 anos conforme Cadernos de Atenção Básica- n° 15..... | 20 |
| Quadro 2 - Classificação da Pressão Arterial de acordo com a medida casual no consultório para adultos com mais de 18 anos conforme VI Diretrizes Brasileiras de hipertensão..... | 20 |

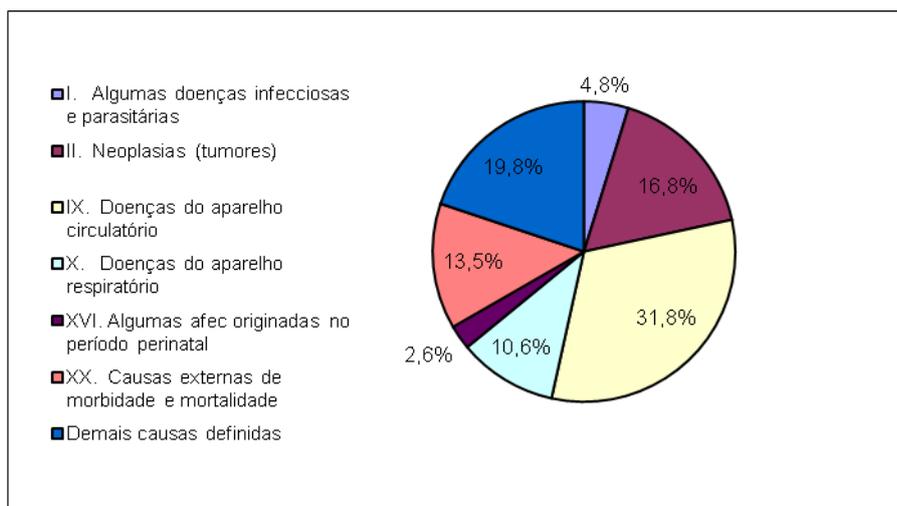
SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO _____ | 9 |
| 2. JUSTIFICATIVA _____ | 13 |
| 3. OBJETIVO _____ | 16 |
| 4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA _____ | 17 |
| 5. REFERENCIAL TEÓRICO _____ | 19 |
| 5.1 Conceituação, classificação e diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica _____ | 19 |
| 5.2 Abordagem ao hipertenso no novo modelo de Atenção _____ | 22 |
| 5.3 Grupos Operativos como estratégia de ação na abordagem da ESF _____ | 25 |
| 6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO _____ | 28 |
| 6.1 Situação Problema _____ | 28 |
| 6.2 Objetivos Gerais _____ | 28 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS _____ | 31 |
| REFERÊNCIAS _____ | 32 |

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, as doenças circulatórias são responsáveis por significativo índice de mortalidade. Em 2002 foram 267.496 mortes, o que representou 32% dos óbitos ocorridos naquele ano (BRASIL, 2006a). Apesar de todos os esforços do governo e profissionais de saúde, o problema vem-se mantendo, resultando em um número significativo de mortes todos os anos. Os últimos dados disponíveis no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) estão apresentados no Gráfico 1, evidenciando que, em 2008, as mortes por doenças circulatórias representaram, basicamente, o mesmo percentual anterior (31,8%) em relação a todos os óbitos ocorridos e representaram 320.074 mortes (BRASIL, 2009).

Gráfico 1 - Mortalidade proporcional (%) segundo grupo de causas - CID10. Brasil, dados preliminares de 2008.



Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em dezembro de 2009.

As principais manifestações das doenças circulatórias são, entre outras, a doença arterial coronariana, as doenças cerebrovasculares e dos rins com expressiva morbidade e prejuízo para a qualidade de vida e capacidade de produção do adulto (BRASIL, 2006a).

Dentre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um dos principais (BRASIL, 2006b). Cerca de “17 milhões de brasileiros são portadores de HAS, o que representa 35% da população de 40 anos e mais” (BRASIL, 2006b, p. 7). Ainda, de acordo com dados publicados em 2006, a HAS respondeu por aproximadamente 25% dos óbitos por doença arterial coronariana, 40% dos óbitos por acidente vascular cerebral (AVC) e, associada ao

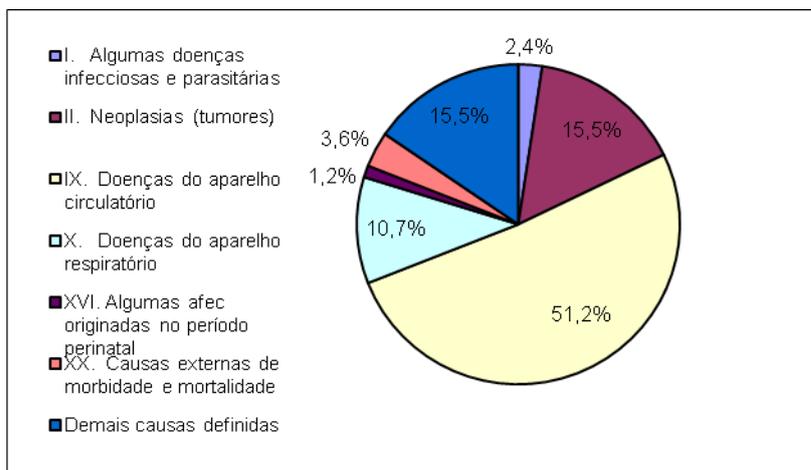
diabetes *mellitus*, respondeu por 50% das situações de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006b).

Dois dados muito importantes para análise de uma situação local, ou seja, um dado que permite comparação entre uma situação local com a situação nacional da doença hipertensiva, foram divulgados pelo Ministério da Saúde; para aquele órgão, “[...] com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido” (BRASIL, 2006b, p. 9). Ainda, a possibilidade de associação das HAS e do DM é, aproximadamente, de 50%, gerando a necessidade de controle e tratamento das duas doenças crônicas em um mesmo paciente (BRASIL, 2002).

De acordo com dados das Sociedades que estabeleceram as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC; SBH; SBN, 2010), inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos vinte anos anteriores a 2010, apontaram uma prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica acima de 30%. Ainda, considerando-se valores de $PA \geq 140/90$ mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. As referidas Sociedades informaram, também, que uma revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, que analisou 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (SBC; SBH; SBN, 2010). Esses, portanto, são índices que devem ser levados em consideração quando se tem o objetivo de planejar a atenção à saúde de uma população.

Ao analisar a mesma Base de Dados referida acima (SIM/DATASUS), onde foram analisados os dados nacionais sobre mortalidade proporcional, relativos a 2008, para o município de Resende Costa, que é o cenário desse estudo, os dados são aqueles dispostos no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Mortalidade proporcional (%) segundo grupo de causas - CID10. Resende Costa/MG/Brasil, dados preliminares de 2008.



Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em dezembro de 2009.

De acordo com os dados, pode-se afirmar que a situação em Resende Costa é mais grave do que aquela analisada em relação ao País, pois os óbitos em decorrência de doenças do aparelho circulatório representam mais de 50% da causa de mortalidade no ano de referência.

Como os dados disponibilizados virtualmente pelo SIM são dados preliminares, busquei informações diretamente no município e, realmente, a situação é preocupante. Segundo o Relatório Anual de Gestão do município de Resende Costa, cujo ano de referência é 2010, as doenças do Aparelho Circulatório foram a principal causa de óbito no referido município em 2009. Nos últimos oito anos isto vem prevalecendo, ou seja, as doenças do Aparelho Circulatório ocupam o primeiro lugar entre as causas de mortalidade. Estas doenças representaram nestes oito anos uma média de 49% de todos os óbitos ocorridos no período por causas definidas (RESENDE COSTA, 2010a).

Conseqüentemente, a situação não é diferente na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde a qual pertença, única equipe que atua com a Estratégia de Saúde da Família no município de Resende Costa. A primeira causa de morbidade da comunidade de nossa área de abrangência é a HAS e a segunda é o *Diabete Mellitus*. Essa informação decorreu da análise dos dados registrados na Ficha A, que é o instrumento onde os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) registram os dados que alimentam o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). No nosso dia-a-dia, observamos muitas complicações decorrentes da HAS não tratada ou mal controlada. As mais freqüentes são: acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, crises hipertensivas, insuficiência cardíaca, doença renal crônica.

A incorporação, na rotina da atenção primária à saúde, de medidas de promoção da saúde pode, junto com o diagnóstico precoce e pronto atendimento, colaborar na redução da morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório. Ou seja, a proposta para a atenção primária prevê a resolutividade das necessidades de saúde que extrapolam a esfera de intervenção curativa e reabilitadora individual, através da promoção da saúde, prevenção de doenças e educação continuada (PAIN, 1998). De acordo com Starfield

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros [...] A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe (STARFIELD, 2002, p.28).

É nesse cenário que a Estratégia de Saúde da Família é desenvolvida, para operacionalização da atenção primária e consolidação dos princípios do SUS. A equipe deve atuar voltada para a comunidade, tendo como focos principais a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

2. JUSTIFICATIVA

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), através do Censo Demográfico de 2010, demonstrou que o município de Resende Costa apresenta uma população em constante crescimento tendo, naquele ano, 10.943 habitantes, em uma extensão territorial de 618km² (IBGE, 2010).

O município possui apenas uma equipe de Saúde da Família, cujo nome é *Estratégia de Saúde da Família Urdindo Cuidados Tecendo Saúde*. Nossa equipe é composta pelos seguintes profissionais: 01 médico, 01 enfermeira, 01 auxiliar de enfermagem e 08 agentes comunitários de saúde.

Na nossa área de abrangência ou território sanitário temos, atualmente, 1.193 famílias que representam 4.150 pessoas (BRASIL, 2011). Ela é dividida em 09 microáreas, sendo que as microáreas quatro e cinco foram unificadas. Isto aconteceu porque a Secretaria Municipal de Saúde teve que fazer um remanejamento de algumas famílias porque a ESF estava trabalhando com número de pessoas acima do que é permitido pelo Ministério da Saúde. Entre os problemas priorizados pela nossa equipe durante a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência, feito na ocasião da disciplina de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, se encontra a Hipertensão Arterial Sistêmica, por ser a primeira morbidade em número de casos, com registro, no SIAB, de 609 portadores até 30 de novembro de 2011. A segunda morbidade em número de casos é o Diabetes *Mellitus*, com 180 portadores registrados no SIAB até novembro de 2011 (BRASIL, 2011).

Para priorizar a HAS como tema dessa monografia não levei em conta apenas o fato dela ser uma comorbidade com maior número de casos. Avaliei, também, sua importância e urgência como problema, considerando os dados citados na introdução.

Observamos, na comunidade da nossa área de abrangência, alguns fatores agravantes da situação: falta de conhecimento sobre o assunto; falta de diagnóstico de alguns, provavelmente, e falta de acompanhamento e tratamento de outros; baixa adesão ao tratamento. Como consequência desses fatores, presenciamos muitos pacientes com seqüelas e várias internações devido às complicações. Com o número grande de internações, o custo destes pacientes para o sistema é, provavelmente, exorbitante.

Antes da implantação da Estratégia de Saúde da Família no município, a abordagem ao paciente hipertenso se baseava apenas no tratamento medicamentoso, e isto quando o paciente conseguia ter algum acesso a esse. Não havia controle sobre esse paciente e não se

conhecia a realidade na qual ele vivia. Como posso tratar alguém sem conhecer o meio no qual esse alguém está inserido? Como posso convencê-lo a tomar um medicamento se ele e eu desconhecemos as particularidades do seu adoecimento?

Outro fator muito importante, levado em conta para priorizar a hipertensão, foi que a comunidade clamava por ajuda, ou seja, este era reconhecido como um problema para ela, por ela. Não era uma necessidade vista apenas pelos olhos da equipe. Durante o primeiro contato do ACS com as famílias, ou seja, no cadastramento, ao falar de suas comorbidades, as pessoas já comentavam do receio de ser hipertenso e/ou diabético e de suas complicações. Muitos já possuíam pessoas dentro de suas casas ou internadas portadoras de seqüelas conseqüentes à falta de controle destas comorbidades.

Em muitas visitas domiciliares, ouvi de muitas famílias comentários de como era difícil para eles cuidarem de um familiar, por exemplo, com AVC. O relato da dificuldade não era só com relação aos cuidados pessoais, mas principalmente quanto à questão econômica. Muitas pessoas deixavam de trabalhar para cuidar de seus doentes e onde anteriormente tinham duas fontes de renda, passava a ter uma só. De muitas pessoas ouvi queixas de internações freqüentes devido a crises hipertensivas, do sofrimento físico e psicológico pelo qual elas passavam. Aí elas diziam: o médico lá do hospital disse que tenho que tratar a pressão alta, se não acabo morrendo ou ficando aleijado em cima da cama. Infelizmente a comunidade identificava bem o problema através do sofrimento que este acarretava para ela. No início dos nossos trabalhos houve uma demanda espontânea muito grande à procura de tratamento para HAS e DM.

Portanto, é um problema importante para a equipe e para a comunidade. Conseqüentemente, esse estudo aponta para a possibilidade de troca, de aprendizado entre os profissionais e usuários, o que pode representar melhor qualidade de vida para a população, economia para o sistema de saúde e uma prática profissional o mais próxima possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

A reflexão sobre o problema e a perspectiva de uma intervenção para solucioná-lo ou minimizá-lo surgiu quando eu estava cursando a Unidade Didática I, Módulo 4, do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. O referido módulo aborda os temas Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde e Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Entre os conteúdos contidos no referido Módulo, dentro do tema Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade encontra-se o de *trabalho com grupos* (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009). Através do estudo desse módulo

pude conhecer e aprender um pouco sobre os grupos operativos baseados no referencial teórico proposto por Pichón Rivière, (2005). Percebi, então, que os grupos educativos que nossa equipe estava realizando não tinham nenhuma das características da proposta teórica daquele autor. Os grupos já existentes são de caráter informativo e, como estratégia de intervenção e transformação do quadro epidemiológico relativo à hipertensão arterial sistêmica, não tem apresentado resultados satisfatórios.

Por isso a importância da escolha, para ser abordado em meu Trabalho Final de Curso (TCC), do tema Grupo Operativo onde a abordagem teórica é fundamentada na psicologia social de Pichón-Rivière.

3. OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção que contribua para a efetividade dos grupos educativos de usuários hipertensos, a partir do referencial teórico de Grupo Operativo proposto por Pichón-Rivière.

4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de uma proposta de intervenção cuja caracterização do problema foi feita por meio do levantamento de dados epidemiológicos e a fundamentação teórica por meio de uma breve pesquisa bibliográfica. A proposta de intervenção propriamente dita e o plano de ação foram centrados na formação de grupos operativos. Os dados epidemiológicos são aqueles que constam na Ficha A, utilizadas pelos ACS, no SIAB.

Logo que terminei o Módulo 4, que aborda o trabalho com grupos, com foco em Grupo Operativo como proposto por Pichón-Rivière, achei importante e necessário fazer uma reunião com a equipe e repassar o aprendizado. Todos da equipe concordaram que precisávamos mudar a forma de conduzir os grupos educativos, pois sua efetividade estava prejudicada e os bons resultados não aconteciam. Relato que tive dificuldade de fazer uma das atividades solicitadas durante o desenvolvimento do Módulo 4, ou seja, descrever como acontece um grupo operativo, pois os grupos que realizávamos até então não guardavam nenhuma similaridade com o que era apresentado no Módulo como sendo um Grupo Operativo. Além de só apresentar abordagens ou concepções pedagógicas citadas como de transmissão e condicionamento.

Para contextualizar o tema HAS utilizei documentos oficiais, do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia. Essas são fontes que sempre uso porque são seguras. No caso daquela produzida pelas Sociedades, para sua produção são convocados a participar mais de cem profissionais afeitos a essa área específica do conhecimento representando aquelas Sociedades, além de outras dez relacionadas direta ou indiretamente ao assunto, conforme citado na apresentação da produção (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial).

Em relação às produções do Ministério da Saúde, considero importante o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*, contido no Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* (BRASIL, 2010). A equipe onde atuo sempre se orienta por este Manual porque ele é a referência da Secretaria de Políticas de Saúde para estas duas patologias em questão.

Outra referência para nossa unidade básica são os Cadernos de Atenção Básica, também do Ministério da Saúde, que apresentam assuntos específicos e bastante variados. Eles contribuem no fortalecimento das ações desenvolvidas por todos os profissionais de saúde de várias partes do país. São oferecidos gratuitamente como fonte de informação, com a

possibilidade de auxiliar na correta implementação do modelo assistencial de atenção primária. São importantes instrumentos de valorização das práticas de saúde.

Para escrever um pouco sobre a teoria de grupos operativos de Pichon-Rivière utilizei um livro escrito pelo próprio estudioso, denominado *O processo grupal*, que encontrei na biblioteca da Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ). Achei seu conteúdo muito significativo, diferente de outras leituras que li a respeito do tema. Contudo, utilizei, também, o caderno de estudo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família e dois textos acessíveis na internet. Outros textos de apoio foram identificados a partir da busca realizada na Internet e utilizados a partir de uma análise quanto a sua contribuição para a elaboração da proposta de intervenção.

Após a leitura dos textos e a aquiescência da equipe em relação a adotarmos uma nova postura em relação aos grupos educativos em nossa prática cotidiana, elaborei o presente trabalho que contem um Plano de Ação que busca responder ao objetivo proposto.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Conceituação, classificação e diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica

Nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC; SBH; SBN, 2010) esse agravo está conceituado como uma condição clínica multifatorial que tem altas prevalências e baixas taxas de controle e é considerado como um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos maiores problemas em saúde pública. A HAS é o fator principal de risco para o desenvolvimento de doenças como: acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio, doenças renais crônicas, complicações arteriais periféricas. Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares, conforme estabelecido na VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC; SBH; SBN, 2010).

O Ministério da Saúde, no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* (BRASIL, 2002), ao definir a Hipertensão Arterial (HA) adota a classificação do III Consenso Brasileiro de HA. Segundo este, o diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica é basicamente estabelecido pelo encontro de níveis tensionais permanentemente elevados acima dos limites de normalidade, quando a pressão arterial é determinada por meio de métodos e condições apropriados. Portanto, a medida da pressão arterial é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da Hipertensão Arterial. Diante disto cito que:

O limite escolhido para definir HA é o de igual ou maior de 140/90mmHg, quando encontrado em pelo menos duas aferições, realizadas em momentos diferentes. [...] A HA é, portanto, definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2002, p. 13).

A pressão arterial em adultos com mais de 18 anos pode ser classificada conforme descrito na Tabela 1¹.

¹ Para avaliar a pressão arterial de crianças e adolescentes de 1 a 17 anos. Devem ser utilizadas tabelas especiais que levam em consideração a idade e o percentil de altura em que o indivíduo se encontra, disponibilizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b).

Tabela1 - Classificação da pressão arterial em adultos com mais de 18 anos. Brasil, 2006b.

| Classificação | P.A. Sistólica (mmHg) | P.A. Diastólica (mmHg) |
|--------------------|-----------------------|------------------------|
| Normal | < 120 | < 80 |
| Pré-hipertensão | 120 - 139 | 80-89 |
| Hipertensão | | |
| Estágio 1 | 140-159 | 90-99 |
| Estágio 2 | >160 | > 100 |

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº 15. 2006b, p. 14.

Caso sejam consideradas as VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão (SBC; SBH; SBN, 2010), há algumas inclusões, como podem ser observadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório, para maiores de 18 anos.

| Classificação | Pressão sistólica (mmHg) | Pressão diastólica (mmHg) |
|-------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Ótima | < 120 | < 80 |
| Normal | < 130 | < 85 |
| Limítrofe* | 130-139 | 85-89 |
| Hipertensão estágio 1 | 140-159 | 90-99 |
| Hipertensão estágio 2 | 160-179 | 100-109 |
| Hipertensão estágio 3 | ≥ 180 | ≥ 110 |
| Hipertensão sistólica isolada | ≥ 140 | < 90 |

Observação: Quando as pressões sistólicas e diastólicas situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

Fonte: VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão (SBC; SBH; SBN, 2010).

A linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica maior ou igual a 140mmHg e/ou de PA diastólica maior ou igual 90mmHg em medidas de consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões. Os elementos inclusos na tabela 2 transmitem a informação do que se considera atualmente uma PA ótima, normal, limítrofe, hipertensão estágio 3 e hipertensão sistólica isolada. Esta última é definida como comportamento anormal da PA sistólica com PA diastólica normal. A hipertensão sistólica isolada e a pressão de pulso são fatores de risco importantes para doença cardiovascular em pacientes de meia-idade e idosos (SBC; SBH; SBN, 2010). É importante caracterizar o estágio da hipertensão de um indivíduo, pois ele faz

parte da estratificação do risco cardiovascular e este é fundamental para a instituição terapêutica e prognóstica.

Mediante o diagnóstico de HAS deve-se considerar, “além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global, estimado pela presença de outros fatores de risco, pela presença das lesões nos órgãos-alvo e comorbidades associadas” (BRASIL, 2006b, p. 14). O diagnóstico deve ser feito de forma muito criteriosa (BRASIL, 2006b). A realização da investigação clínico-laboratorial deve se basear nos seguintes objetivos:

- √ Confirmar a elevação da PA e firmar o diagnóstico;
- √ Avaliar a presença de lesões em órgãos-alvo;
- √ Identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares e risco cardiovascular global;
- √ Diagnosticar doenças associadas à hipertensão;
- √ Diagnosticar quando houver a causa da hipertensão arterial (BRASIL, 2006b, p. 15).

Para isso devem-se seguir as seguintes etapas: história clínica, exame físico e avaliação laboratorial inicial. Dados como identificação, história atual, investigação sobre os diversos aparelhos e fatores de risco, história pregressa, história familiar de AVC, perfil psicossocial, avaliação dietética, consumo de medicamentos e padrão de atividade física deve ser investigado e são fatores de extrema importância na conclusão do diagnóstico (BRASIL, 2006b).

No entanto, conforme ressalta o Ministério da Saúde, um desafio é manter a motivação do usuário para que ele não abandone o tratamento. Ressalta, também, que a situação é mais delicada ainda uma vez que muitos hipertensos apresentam outras comorbidades tais como diabete, dislipidemia e obesidade. Consequentemente há implicações importantes quando o assunto é o gerenciamento das ações terapêuticas necessárias, o que demanda perseverança, motivação e educação continuada (BRASIL, 2006b).

Isso significa dizer que não basta saber conceituar, classificar, diagnosticar e tratar a Hipertensão Arterial Sistêmica. Além de compreender que pode haver determinantes sociais envolvidos, é preciso que os profissionais saibam aplicar tecnologias e estratégias pedagógicas que mantenha a motivação do hipertenso em não abandonar o tratamento e controle adequadamente sua pressão para evitar complicações.

5.2 Abordagens ao hipertenso no novo modelo de Atenção

O Programa Saúde da Família foi instituído no Brasil em 1994 com o objetivo de implantar o Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecido na Constituição Federal Brasileira de 1988. É um projeto dinamizador do SUS, condicionado pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. Visando a reorientação do modelo assistencial brasileiro, o Ministério da Saúde assumiu, a partir de 1994, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF). (BRASIL, 2011, p.1). Posteriormente, deixou de ser designado como Programa, pois não era uma designação que representasse adequadamente a idéia que gerou a proposta. Assim, atualmente é usada a denominação Estratégia Saúde da Família (ESF) e, para o Ministério da Saúde (MS):

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2011, p. 1).

Apesar do Ministério da Saúde incluir na definição da saúde da família a atuação multiprofissional na Atenção Primária à Saúde, aí destacando o trabalho com pacientes portadores da HAS, sua organização é quase que exclusivamente centrada no binômio médico-enfermeiro e nos ACS. A expectativa é de que a inserção de outros profissionais, especialmente nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos, professores de educação física seria bastante enriquecedora, pois garantiria ações interdisciplinares para a prevenção do DM e da HAS (BRASIL, 2006a).

É importante registrar que a adoção da estratégia de Saúde da Família como política prioritária de atenção básica, por sua conformação e processo de trabalho, compreende as condições mais favoráveis para a abordagem das doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas a Hipertensão Arterial e o Diabetes *Mellitus*. Apesar das equipes não serem verdadeiramente multiprofissionais, várias ações de promoção e proteção à saúde vêm sendo desenvolvidas pelas equipes que implementam a estratégia de saúde da família no Brasil. A estratégia é o eixo principal entre equipes de saúde, família e comunidade, cabendo à equipe articular as várias ações que desenvolve e estabelecer vínculos (BRASIL, 2006a).

Acreditando no potencial da ESF para o controle das doenças crônicas não transmissíveis, o Ministério da Saúde lançou, em 2001, o Plano de Reorganização da Atenção

à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, estabelecendo a educação do hipertenso como responsabilidade de todos os membros da equipe. Especificamente, para o médico está estabelecido que ele deva, dentre outras ações, “Programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente”; para o enfermeiro estão estabelecidas, entre outras competências: “[...] desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos e diabéticos; Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos)” (BRASIL, 2002, p.86-87).

Posteriormente, a inclusão da equipe de Saúde Bucal em 2000, atuando junto às Equipes de Saúde da Família, foi o primeiro passo para a ampliação das possibilidades de atenção multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família. Em janeiro de 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*, com o intuito de reorganizar a atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2008).

As ações de Saúde Bucal no Brasil sempre foram desenvolvidas dentro de um espaço fechado – o consultório odontológico. A mudança dessa prática está sendo tentada a partir da incorporação da equipe de saúde bucal à equipe de Saúde da Família. Este é um desafio que tem certa dificuldade, considerando que propõe um trabalho de integração das ações de vários profissionais (BRASIL, 2008).

Desta forma estabelece-se um novo processo pedagógico, ou seja, uma nova maneira de operacionalizar as ações de saúde. Este novo processo propicia uma aproximação entre os diferentes profissionais das equipes e destes com a comunidade. Isto resulta em troca, ou seja, ensinar e aprender. (BRASIL, 2008).

A Portaria nº 2488 de 21 de Outubro de 2011, diz que os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família podem se organizar nas seguintes modalidades: I (Cirurgião Dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e Auxiliar em saúde Bucal-ASB); II (Cirurgião Dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, Técnico em Saúde Bucal-TSB e Auxiliar em Saúde Bucal-ASB); III (Profissionais das modalidades I ou II que operam em Unidade Odontológica Móvel). Independente da modalidade adotada, recomenda-se que os profissionais de Saúde Bucal, estejam vinculados a uma Estratégia de Saúde da Família e compartilhem a gestão e o processo de trabalho da equipe tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território que a Estratégia de Saúde da Família à qual integra, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes (BRASIL, 2011).

Outro momento de ampliação da possibilidade de um trabalho multiprofissional ocorre quando o Ministério da Saúde, por meio da Portaria N° 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008), criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Em seu Art. 1° consta que os NASF têm o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. Em seu Art. 2°, estabelece que os NASFs, constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, devem atuar em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes, atuando diretamente no apoio às equipes. Em seu Art. 3°, consta a classificação dos NASFs em duas modalidades: NASF1 e NASF2. Nos parágrafos 1° e 2° desse artigo consta que o NASF1 deverá ser composto por, no mínimo, cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra e Terapeuta Ocupacional. Nos parágrafos 3° e 4° do mesmo artigo encontra-se que o NASF2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes, entre elas: Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2008).

Infelizmente, o município de Resende Costa não possui Equipe de Saúde Bucal e NASF. A única equipe de ESF existente trabalha sem a possibilidade de articulação com profissionais de outras especialidades. O que existe é encaminhamento para especialista, onde não acontece uma contra-referência e este não tem co-responsabilização. Isto traz bastante prejuízo para a equipe e os usuários, pois, entre outras coisas, não acontece troca de saberes. Com isto a responsabilidade por uma área de abrangência fica muito restrita a um médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS. Consequentemente são esses profissionais que precisam investir em estratégias que dêem conta de processos educativos que facilitem a adesão ao tratamento e motive a necessária mudança de comportamento e hábitos, até que o apoio multiprofissional chegue.

5.3- Grupos Operativos como estratégia de ação na abordagem da ESF

A Técnica de Grupo Operativo foi introduzida na década de 40 por Enrique Pichón-Rivière. Ele era médico, com formação em Psiquiatria e Psicanálise, e foi um dos precursores da Psicologia Social. Pichón-Rivière desenvolveu uma teoria que explica os fenômenos grupais e demonstra que um grupo pode ser mobilizado para trabalhar operativamente (PICHÓN-RIVIÈRE, 2005).

A origem da técnica dos grupos operativos foi um incidente acontecido no Hospital Psiquiátrico de Las Mercês, em Rosário. Enrique Pichón Rivière trabalhou naquele hospital como docente e em atendimento clínico e conviveu com uma greve dos profissionais de enfermagem do hospital. Para suprir a falta dos profissionais em greve, Pichón-Rivière colocou os pacientes menos comprometidos para assistir aos mais comprometidos e pode observar que essa situação gerou alterações positivas nos dois grupos, com melhora do quadro clínico. Este novo processo de comunicação estabelecido entre os pacientes e a ruptura de papéis estereotipados, o de quem é cuidado, para o de quem cuida, formaram os elementos referenciais do processo de evolução desses enfermos (ABDUCH, 1999). Para o autor, “este novo processo de comunicação estabelecido entre os pacientes e a ruptura de papéis estereotipados, o de quem é cuidado, para o de quem cuida, formaram os elementos referenciais do processo de evolução desses enfermos” (ABDUCH, 1999, p. 290).

A Psicologia Social proposta por Pichón-Rivière está totalmente voltada para o estudo do homem como um ser social que se relaciona com outros grupos. O homem é aquele que visualiza as vontades internas e mobiliza as ações diante do mundo em que vive, dentro de um interjogo dialético entre os mundos interno e externo (LANE; CODO, 1984).

É o próprio Pichón-Rivière que diz que

[...] a estrutura e função de um grupo qualquer, seja qual for seu campo de ação, são dadas pelo interjogo de mecanismos de assunção e atribuição de papéis. Estes representam modelos de comportamentos correspondentes à posição dos indivíduos nessa rede de interações, e estão ligados às expectativas próprias e às dos outros membros do grupo. O papel e seu nível, o status, ligam-se aos direitos, deveres e ideologias que contribuem para a coesão dessa unidade grupal (PICHÓN-RIVIÈRE, 2005, p. 173).

A técnica de grupos por ele criada, chamada de Grupos Operativos, caracteriza-se:

Por estar centrada, de forma explícita, numa tarefa que tem por finalidade aprender a pensar em termos da resolução das dificuldades criadas e manifestadas no campo

grupais, e não no campo de cada um de seus integrantes, o que seria uma psicanálise individual em grupo. Consideramos o doente que enuncia um acontecimento como o porta-voz de si mesmo e das fantasias inconscientes do grupo. Neste aspecto reside a diferença entre a técnica operativa e as outras técnicas grupais, já que as interpretações são feitas em dois tempos e em duas direções distintas. (PICHÓN-RIVIÈRE, 2005, p. 147).

Os Grupos Operativos constituem-se em uma técnica de trabalho que busca a promoção de um processo grupal em aprendizagem; promover a leitura crítica da realidade, sendo que a apropriação desta realidade deve ocorrer de forma ativa; estimular a postura investigadora onde cada resposta se transforme em outra pergunta; a aprendizagem é vista como sinônimo de mudança. (CARLOS; SCHOSSLER, 2006).

Para Zimerman (1997, p. 76) os grupos operativos abrangem quatro campos:

- √ Ensino-aprendizagem: a tarefa essencial é o espaço de reflexão sobre temas e questões;
- √ Institucionais: são os grupos da escola, da igreja, sindicatos etc. onde as reuniões são promovidas em função de debate sobre o objeto de interesse;
- √ Comunitários: voltados para a promoção da saúde, onde as equipes multiprofissionais de diversas áreas trabalham a tarefa de integração e incentivo às capacidades positivas;
- √ Terapêuticos: visa à melhoria da situação patológica dos indivíduos, abrange os níveis físicos e psicológicos. São os grupos de Auto-Ajuda, Alcoólicos Anônimos, etc.

Lane e Codo (1984) afirmam que tiveram acesso a vários estudos que apontam os bons resultados da aplicação desta técnica no trabalho com a aquisição de auto-estima e juízo crítico, estabelecimento de plano de vida e desenvolvimento da criatividade. Os princípios organizadores desta teoria são o vínculo e a tarefa.

Vínculo é uma estrutura psíquica complexa, de caráter social. Quando duas pessoas se relacionam, há entre elas outras figuras internalizadas, que estão presentes nessa relação, tendo desta forma uma estrutura triangular. Portanto, em todo vínculo além da presença sensorial corpórea das duas pessoas, existe um personagem do mundo interno, que está sempre interferindo nessa relação, que é o terceiro. Todas as relações humanas comportam uma contínua interação com a subjetividade de cada um, origem de fantasias inconscientes. A fantasia inconsciente é um produto de interação de vínculos entre os sujeitos. (BRASIL, 1999).

De forma prática, o vínculo é um processo motivado que tem direção e sentido, isto é, tem um “porquê” e um “para quê”. Estabelece-se o vínculo, quando somos internalizados pelo outro e internalizamos o outro dentro de nós. Quando ocorre uma mútua representação interna. Cada pessoa se relaciona de acordo com seus modelos de vinculação, de acordo com

suas matrizes de aprendizagem, e tendem a reeditar este modelo em outras circunstâncias (BRASIL, 1999).

Para Pichón-Rivière a tarefa é o essencial do processo grupal, ela consiste na abordagem do objeto de conhecimento, que tem um nível explícito ou manifesto de abordagem (PICHON-RIVIÈRE, 2005). A tarefa é o modo pelo qual cada integrante interage a partir de suas próprias necessidades, as quais se constituem em um pólo norteador de conduta. Compartilhar necessidades em torno de objetivos comuns constitui a tarefa grupal. Assim sendo ela pode ser definida como a trajetória que o grupo percorre para atingir suas metas (BRASIL, 1999).

Portanto, a aprendizagem preconizada pela ótica pichoneana é sinônimo de mudança. Só é capaz de aprender quem é capaz de mudar. No entanto, a situação de mudança suscita medos básicos, como o medo de perda e o medo de ataque. Ambos configuram-se em ansiedades, e estas por sua vez, se colocam a serviço da resistência à mudança (PAIN, 1998).

O indicativo de que o grupo encontra-se em avanços se dá pelo processo de elaboração da resistência, é a etapa conhecida como pré-tarefa. Quando as dificuldades passam a ser problematizadas e os obstáculos se concretizam em objetivos, significa que o grupo saiu da pré-tarefa e entrou de fato na tarefa. Neste âmbito pode-se então elaborar um projeto, e o grupo torna-se um grupo que opera mudanças, ou seja, a aprendizagem se realizou dentro do processo grupal (LANE; CODO, 1984).

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Após a leitura e sistematização de alguns conhecimentos básicos sobre a problemática relacionada ao acompanhamento e controle de usuários hipertensos e sobre a proposta de Pichón-Rivière, elaborei uma proposta que, acredito, pode ajudar a equipe a melhorar o seu desempenho junto aqueles usuários.

6.1 Situação Problema

As atividades em grupo, que são realizadas pela equipe, não têm um referencial teórico que as sustentem e não têm promovido resultados satisfatórios. Ainda, há uma falta de conhecimento por parte da equipe sobre a teoria e a aplicação dos grupos operativos (GO) proposta por Pichón-Rivière, como forma de intervenção pedagógica na área da saúde pública.

6.2 Objetivos Gerais

- Possibilitar espaços e momentos de ação-reflexão-ação sobre a realidade vivenciada pelos pacientes portadores de HAS.
- Capacitar a equipe da Estratégia Saúde da Família em relação à abordagem de usuários com doenças crônicas por meio de grupos operativos.
- Implantação a estratégia de trabalho centrado em Grupos Operativos como abordagem privilegiada aos usuários hipertensos.

META 1 – Desenvolver quatro encontros para discutir o significado, importância e metodologia de desenvolvimento de Grupos Operativos conforme proposto por Pichón-Rivière no primeiro semestre de 2012.

| Objetivos específicos | Ações/atividades | Responsáveis | Cronograma |
|--|---|--|--|
| <p>- Pactuar com a equipe o empenho de cada um para a realização do projeto de intervenção.</p> <p>- Desenvolver atividades de aproximação dos membros da equipe com o conteúdo teórico sobre o desenvolvimento de Grupos Operativos segundo Pichón-Rivière.</p> | <p>- Promover reuniões de discussão e implantação da estratégia de trabalho com Grupos Operativos, com a equipe multiprofissional e a psicóloga do Serviço de Saúde Mental do município de Resende Costa.</p> <p>- Elaborar proposta de capacitação da equipe multiprofissional e discuti-la com a equipe.</p> <p>- Realizar reuniões semanais (no mínimo 04) com duração de quatro horas cada, para discutir o conteúdo teórico sobre Grupo Operativo.</p> | <p>Psicóloga do Serviço de Saúde Mental do município de Resende Costa e a médica da equipe</p> <p>- Médica e psicóloga.</p> <p>- Médica, psicóloga.</p> <p>(utilizar metodologias ativas, de construção do conhecimento, reconhecendo a capacidade de aprendizagem dos membros da equipe).</p> | <p>Setembro/2012</p> <p>Setembro/2012</p> <p>Setembro/2012</p> |

META 2 - Implantar um grupo formado por usuários hipertensos dentro da abordagem do Grupo Operativo de Pichón-Rivière no primeiro semestre de 2012.

| Objetivos específicos | Ações/atividades | Responsáveis | Cronograma |
|--|---|---|---|
| <p>- Implantar o trabalho com o grupo de usuários portadores de HAS.</p> <p>- Avaliar os resultados obtidos.</p> | <p>- Definir, junto com a equipe, os critérios de priorização e o número de usuários que serão convidados para o primeiro grupo.</p> <p>- Convidar os usuários para uma reunião de esclarecimento quanto à proposta e estabelecimento da adesão ao grupo.</p> <p>- Estabelecer quem desempenhara os papeis formais durante o desenvolvimento do trabalho do GO (observador e coordenador).</p> <p>- Iniciar o processo de realização das reuniões do Grupo Operativo formado.</p> <p>- Promover reunião de reflexão sobre o desenvolvimento do grupo, observador e coordenador, após cada reunião, retomando conteúdos teóricos se for necessário.</p> <p>- Promover reuniões de discussão, avaliação e análise do trabalho em desenvolvimento.</p> <p>- Elaborar um instrumento de avaliação de resultados (qualitativos e quantitativos).</p> <p>- Definir a continuidade e criação de novos grupos, a partir da avaliação realizada.</p> | <p>- Equipe da ESF e psicóloga.</p> <p>- Equipe da ESF e psicóloga.</p> <p>- Equipe da ESF.</p> <p>- Coordenador e observador que foram definidos</p> <p>- Equipe da ESF e psicóloga.</p> <p>- Equipe da ESF e psicóloga.</p> | <p>Outubro/2012</p> <p>Outubro/2012</p> <p>Outubro/2012</p> <p>Outubro e Novembro/2012</p> <p>Maio/2013</p> |

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espero com este Plano de Intervenção implantar uma nova forma de funcionamento dos grupos realizados atualmente para os usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. Os grupos passarão então a operar de acordo com a técnica de Grupos Operativos de Enrique Pichón Rivière. Além dos portadores de H.A.S., também os portadores de outras patologias como, por exemplo, o Diabetes Mellitus que é a 2ª morbidade em número de casos na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família a qual pertencço, se beneficiarão. Através dos grupos operativos vamos propiciar encontro entre usuário e profissional. Merhy (2002) enfatiza que, nessa relação de encontro, há um espaço estratégico para as mudanças no modo de produzir saúde, permitindo que coloquemos o usuário, com suas necessidades, no centro da atenção para produção do cuidado. Estamos propiciando para a comunidade um processo de trabalho diferenciado, onde ela faz parte do serviço e não sujeita-se a ele.

Enfim a expectativa é de que técnica de Grupos Operativos de Enrique Pichón Rivière propiciará uma nova concepção pedagógica para os profissionais da equipe e a comunidade, fortalecendo as ações de saúde. O ensinar e o aprender passarão a fluir de uma forma natural e contínua.

REFERÊNCIAS

ABDUCH, Chafi. Grupos Operativos com Adolescentes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Nélia Schor, Maria do Socorro F. Tabosa Mota, Viviane Castelo Branco (org.): Brasília, 1999. Disponível em <http://www.adolec.br/bvs/adolec/P/pdf/cadernos1.pdf>. Acesso em 31 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). **Informação em saúde: mortalidade**, 2009. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/dados/indice.htm>>. Acesso em: 31 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. S/Data. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em: 12 de dezembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Cadernos de Atenção Básica nº 15.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e Diabete Mellitus. **Manual de Hipertensão arterial e Diabete Mellitus**. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais** - Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 56 p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008 - (Cadernos de Atenção Básica; 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de informação da atenção básica: SIAB. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

CARLOS, Sérgio Antônio. SCHOSSLER, Alexandre Baldasso. Por uma visualização do processo grupal. **Revista PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 2, pp. 159-167, maio/ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br.com.br>>. Acesso em: 21 ago. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico de 2010**. Disponível em: <<http://www.scielo.br.com.br>>. Acesso em: 31 de agosto de 2011.

LANE, Sílvia Tatiana Maurer; CODO, Wanderley (orgs). **Psicologia social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

PAIN, Alves Filho. **Diagnóstico e Tratamento dos Problemas de Aprendizagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. SNYDERS, George. 1998.

RESENDE COSTA. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Viver Melhor Valorizando a Saúde em Resende Costa**. Resende Costa: Secretaria Municipal de Saúde, 2010b.

RESENDE COSTA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão, 2010**. Resende Costa: Secretaria Municipal de Saúde, 2010a.

RIVIÉRE, Enrique Pichón. **O processo grupal**. 7a ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

SCHOR, Nélia; MOTA, Maria do Socorro F. Tabosa; CASTELO BRANCO, Viviane (org.). **Cadernos juventude, Saúde e Desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde. Volume I. Brasília, 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes**

Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo: SBC; SBH; SBN, 2010. Disponível em <<http://www.sbh.org.br/documentos/index.asp>> Acesso em: 14 dez. 2011.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VASCONCELOS, Mara; GRILLO, Maria José Cabral; SOARES, Sônia Maria. **Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde e Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade.** In: FARIA, Horácio Pereira et. al. Unidade didática I: Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2009. 4 v. 72p. (Educação a Distância).

ZIMERMAN, David Epelbaum; OSÓRIO, Luiz Carlos et. al. **Como Trabalhamos com Grupos.** Porto Alegre: Artmed, 1997.