

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS-UFMG
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA-NESCON
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GRUPOS OPERATIVOS COM HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PROGRESSO EM VÁRZEA
DA PALMA -MG

ANA CAROLINA CARVALHO DE MOURA ALBANO

VÁRZEA DA PALMA
2010

ANA CAROLINA CARVALHO DE MOURA ALBANO

**GRUPOS OPERATIVOS COM HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PROGRESSO EM VÁRZEA
DA PALMA -MG**

Trabalho apresentado para Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Valéria Tassara

**VÁRZEA DA PALMA
2010**

ANA CAROLINA CARVALHO DE MOURA ALBANO

**GRUPOS OPERATIVOS COM HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PROGRESSO EM VÁRZEA
DA PALMA -MG**

Trabalho apresentado para Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Valéria Tassara

Banca Examinadora

Prof. _____ UFMG
Prof. _____ UFMG
Prof. _____ UFMG

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/____

Aos queridos usuários das comunidades: Progresso, Vila Aparecida e Jardim das Palmeiras, pela parceria e confiança.

À Equipe Progresso, pela criatividade e troca de conhecimentos.

Aos meus familiares e colegas que me incentivaram e apoiaram durante a trajetória do curso.

Agradeço à minha orientadora, Valéria Tassara, por sua atenção e profissionalismo
e à tutora Mariana Véio, pelo constante incentivo e dedicação

*"O sujeito não é só um sujeito relacionado, é um sujeito produzido.
Não há nada nele que não resulte da interação entre indivíduos, grupos e classes"*
(Pichon Rivière)

RESUMO

Este estudo trata dos grupos operativos formados por uma equipe multiprofissional de saúde que executa trabalhos na Estratégia Saúde da Família (ESF) junto a doentes hipertensos e diabéticos. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que teve como objetivo analisar – a partir de uma fundamentação teórica sobre grupos operativos – as principais funções que devem ser exercidas pelos profissionais da equipe da ESF Progresso, na atenção à saúde do diabético e hipertenso. Espera-se que o grupo operativo obtenha resultados capazes de mudar, significativamente, o comportamento desses pacientes, cuidando de seu bem-estar, autoestima e, ainda, trabalhando na prevenção dessas patologias. Esta pesquisa verificou que o estudo teórico, não só sobre os cuidados com esses doentes, mas também sobre a forma mais adequada de conduzir um grupo operativo; além do vínculo estabelecido entre seus membros podem auxiliar e facilitar o desenvolvimento de ações propostas para um grupo operativo. Essas ações, se bem coordenadas, são capazes de acarretar mudanças de comportamento e a adoção de bons hábitos alimentares, bem como promover, cuidar, proteger e recuperar a saúde do indivíduo, família e da comunidade atendida pela equipe multiprofissional da ESF.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Equipe multiprofissional de saúde. Atenção à saúde do diabético e hipertenso. Grupo operativo.

ABSTRACT

This study deals with the operational groups formed by a multidisciplinary health care team that performs works in the Family Health Strategy (FHS) in patients with hypertension or diabetes. This is a bibliographic research that aimed to analyze – from a theoretical fundament of the operational groups – the main functions that must be performed by the professional staff of FHS Progress, in health care of the diabetic and the hypertensive. It is expected that the operational group will obtain results that can change significantly the behavior of these patients, caring for their well-being, self esteem and, also, working to prevent these pathologies. This research verified that the theoretical study, not only on caring for these patients, but also about the most appropriate way to conduct an operational group; in addition to the established link among its members can assist and facilitate the development of actions proposed for an operational group. These actions, if well coordinated, can cause behavioral changes and the adoption of good eating habits, beyond promoting, caring, protecting and restoring the health of the individuals, families and the community served by the multidisciplinary team of FHS.

Keywords: Family Health Strategy. Multidisciplinary health care team. Health care of diabetic and hypertensive. Operative Group.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	JUSTIFICATIVA.....	14
3	CARACTERIZAÇÃO E EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA.....	15
3.1	A assistência do profissional de enfermagem na ESF.....	18
3.2	Atenção à saúde do diabético e/ou hipertenso.....	20
4	PLANO DE INTERVENÇÃO.....	24
5	CONCLUSÃO.....	29
	REFERÊNCIAS.....	31

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Responsabilidades e ações de atenção básica para o controle da hipertensão e diabetes.....	20
-----------------	--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários da Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
ESF	Estratégia Saúde da Família
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família

1 INTRODUÇÃO

O Brasil buscou – com a instituição em 1988 do Sistema Único de Saúde (SUS); com a implantação em 1991 do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); e, por fim, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) –, substituir o modelo tradicional de atendimento ao usuário do sistema de saúde para o novo modelo em que a maior preocupação não é a doença e sim, o doente.

O cuidado com o usuário passou a ser direcionado, portanto, na prevenção das doenças e promoção da saúde. A saúde passou a ser relacionada, pelo Poder Público, com a qualidade de vida dos cidadãos e engloba aspectos tais como: alimentação, trabalho, nível cultural e econômico, moradia e meio ambiente, saneamento básico e vigilância sanitária, lazer, dentre outros (BRASIL, 2000).

Esse novo modelo do sistema de saúde do País subsidia suas ações em três princípios básicos: universalidade, integralidade e equidade. A universalidade garante a todos o direito ao atendimento pelo SUS de acordo com suas necessidades; a integralidade indica que a pessoa deve ser considerada como um todo e que, também, devem-se levar em conta as necessidades de cada um ou do grupo ao qual pertence; a equidade busca diminuir as disparidades sociais e regionais existentes no Brasil à medida que direciona àqueles que mais necessitam uma atenção mais acentuada (BRASIL, 2000).

A ESF prioriza de forma contínua e integral ações de promoção, proteção, cuidado e recuperação da saúde do indivíduo, desde sua gestação à fase adulta. Dentre várias ações realizadas pela ESF, o grupo operativo procura promover, pela aprendizagem, uma mudança no cuidado com a saúde e autoestima do usuário.

O grupo operativo formado por uma equipe multiprofissional de saúde direciona seus trabalhos para determinada parcela de uma comunidade atendida pela ESF, de acordo com algum tipo de doença ou faixa etária de seus membros.

Ao tratar de grupo operativo dentre da ESF e dar ênfase à enfermagem e ao doente com hipertensão e/ou diabético, este estudo levou em conta o fato de que a pesquisadora é profissional nessa área, trabalha na equipe da estratégia saúde da família Progresso, da cidade de Várzea da Palma - MG, e coordena grupos operativos com pacientes que possuem essas patologias.

As reuniões dos grupos operativos coordenados pela pesquisadora, profissional da enfermagem, são mensais e conta com a participação de outros profissionais como dentista,

médico, nutricionista sendo que nesse grupo há uma parcela significativa de usuários do SUS que possuem essas moléstias. Em uma população de 2.400 pessoas atendidas na ESF **onde a pesquisadora atua**, cerca de 300 são hipertensos e 80 são diabéticos. Sabendo que as complicações dessas doenças crônicas são enormes – **tais como a progressiva lesão de órgãos-alvo e, ainda, o risco de morte** (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2006) – caso os pacientes fiquem descompensados e o custo de internação desses usuários é alto para o sistema de saúde municipal. Desta forma, a pesquisadora tem buscado formas mais efetiva de trabalhar junto ao grupo operativo que coordena, já que muitos usuários não estão aderindo ao tratamento de forma adequada.

2 JUSTIFICATIVA

Os grupos operativos são uma das ações realizadas pela equipe ESF Progresso. Esta atividade vem sendo realizada pela equipe de forma rotineira, sem referência teórica e metodológica que orientem as ações dos profissionais que coordenam estes grupos, tornando-os com menos envolvimento da equipe de profissionais com o usuário e participação pouca ativa deste no processo educativo.

As dificuldades encontradas pela pesquisadora nos grupos operativos que coordena não podem ser motivos de inércia ou paralisação dos trabalhos iniciados com os outros profissionais de saúde em detrimento aos cuidados que devem ser dispensados aos portadores de diabetes e hipertensão atendidos pela ESF.

A busca de soluções para as dificuldades existentes e as propostas que serão sugeridas junto à equipe encontrarão ressonância se bem embasadas e exemplificadas com estudos realizados por especialistas da área.

Esta pesquisa se justifica para realizar estudos dos aspectos específicos de funções que devem ser exercidas pelos profissionais da equipe da pesquisadora, de ações que podem ser promovidas junto ao grupo para a obtenção de uma melhor prevenção e cuidado do doente.

Afinal, o trabalho em grupo requer uma fundamentação teórica que fornecerá subsídios ao coordenador na constituição e condução do seu próprio grupo, além de auxiliá-lo no enfrentamento do contexto de vida dos assistidos e da dinâmica grupal.

3 CARACTERIZAÇÃO E EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

A Estratégia Saúde da Família (ESF), anteriormente denominada de Programa de Saúde de Família (PSF), passou da condição de programa a estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde, proposta pelo Ministério da Saúde (MS), quando da adoção da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Entende-se por programa algo mais pragmático com início, meio e fim. Não é o caso da ESF que prioriza, de forma contínua e integral, ações de promoção, cuidado, proteção e recuperação da saúde da população brasileira.

A ESF, conforme Rosa e Labate (2005, p. 1.030),

foge aos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados.

A estrutura da ESF é construída a partir das Unidades de Saúde da Família (USF), com uma equipe multiprofissional de saúde que assume responsabilidade por determinada comunidade, estando a ela vinculada e promovendo ações de saúde, prevenção, cuidado, tratamento e reabilitação de agravos (BRASIL, 2001).

Essa equipe multiprofissional é composta, conforme recomendação do MS, de no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem e de cinco a seis Agentes Comunitários da Saúde (ACS).

Além desses profissionais que normalmente compõem a equipe de saúde necessária ao desenvolvimento das ações propostas pela ESF é comum que haja, também, de acordo com o objetivo de cada uma das ações, uma equipe de apoio.

No cuidado com a hipertensão e diabetes – objetos desta pesquisa – os profissionais que dão apoio à equipe principal são: o psicólogo, o assistente social, o dentista, o educador físico, o fisioterapeuta e o nutricionista (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2006).

Cabe também a cada um desses outros profissionais, de acordo com as características de sua especialidade, promover a saúde, prevenir doenças, reabilitar o doente e identificar necessidades do usuário, da família e da comunidade atendida. E cabe a cada equipe avaliar a imprescindibilidade de outros profissionais além dos já citados.

O objetivo desse estudo é analisar – a partir de uma fundamentação teórica sobre grupos operativos – as principais funções que devem ser exercidas pelos profissionais da equipe, na atenção básica à saúde do diabético e do hipertenso, da ESF Progresso da cidade de Várzea da Palma (MG), para que os assistidos tenham condições de melhorarem sua saúde com cuidados e prevenções adequadas ao contexto sócio-familiar em que vivem.

A ESF proporciona com a atuação dos profissionais da saúde uma maior proximidade com as pessoas da comunidade e o seu modo de “andar na vida”, conforme enfatizam Fracolli e Bertolozzi (2001).

O município de Várzea da Palma – MG tem 13 equipes de saúde da família (100% de cobertura) e a ESF Progresso, que é uma delas, foi inaugurada em 07 de junho de 2004. Entre as ações promovidas pelas equipes, os grupos operativos constituem uma rotina de suas atividades, sendo indispensável aos profissionais de saúde a discussão e a aprendizagem no processo de trabalho com grupos operativos.

Cabe a essas equipes de saúde da família, de acordo com o MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001):

- Cadastrar e diagnosticar as características sociais, demográficas e epidemiológicas das famílias pelas quais é responsável;
- Por meio do conhecimento das famílias sob sua responsabilidade, identificar problemas de saúde prevalentes e situações de risco expostos à população;
- Prestar assistência de forma integral e contínua de acordo com a demanda, organizada ou espontânea, das USF, dos atendimentos ambulatoriais, das comunidades e dos domicílios;
- Elaborar um plano de ação, junto à comunidade atendida, para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença;
- Desenvolver ações de caráter educativo e intersetoriais para o enfrentamento de problemas de saúde que foram identificados.

Para que as ações destinadas pelo MS à equipe multiprofissional junto à ESF tenham eficácia é importante que os membros da equipe – apesar das particularidades de cada profissão – executem um trabalho integrado decorrente de um objetivo comum.

Para muitos usuários os profissionais que compõem a equipe de saúde são como membros de sua família, conforme Albuquerque e Bosi (2009), pois, além do cuidado que eles têm com a doença também apóiam e compreendem o doente, uma vez que conhecem – pela proximidade adquirida – a realidade de cada usuário na sua área de abrangência.

Todos os profissionais de uma equipe de saúde são essenciais para o bom andamento da ESF e executam um papel específico no tratamento da doença e cuidado com a saúde do usuário conforme a seguir.

- O médico generalista => esse profissional deve acompanhar o usuário, a família e a comunidade não só nos momentos do adoecer, conforme Costa e Carbone (2004). Para o exercício dessa profissão junto às ESF é importante que o médico tenha uma boa capacidade de adaptação a situações diversas do seu dia-a-dia; que tenha equilíbrio e sensibilidade no trato com as pessoas diferentes e que, sobretudo, tenha gosto pelo trabalho em equipe.

- O agente comunitário de saúde => esse profissional deve residir na área em que atua; ter concluído curso de qualificação básica e o ensino fundamental; ter empatia e discrição uma vez que ele é o elemento que liga comunidade e USF. Para tanto, o agente deve buscar a integração entre a equipe de saúde e população atendida; mapear áreas de atuação e cadastrar famílias; manter contato constante com as famílias orientando-as em relação aos serviços disponíveis; desenvolver ações educativas (BRASIL, 2001).

- O dentista => esse profissional deve – além de executar atribuições atinentes à sua profissão como aplicação de flúor, restaurações, dentre outras – segundo o MS realizar exames diversos para diagnóstico epidemiológico e, também, coordenar ações coletivas direcionadas à promoção e prevenção da saúde bucal.

- O psicólogo => esse profissional deve, ao trabalhar junto à equipe multiprofissional focalizar suas ações na prevenção da doença e a promoção da saúde e, ainda, incentivar o indivíduo, família e comunidade na geração de propostas de transformações do ambiente em que estão inseridos, objetivando a qualidade de vida. A inserção do psicólogo na ESF “pode ser útil para contribuir para a transformação das práticas em saúde rumo à integralidade”, conforme (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005, p. 29).

- O assistente social => esse profissional coordena, nas unidades de saúde, os trabalhos de caráter social que devem ser executados de acordo com a análise da realidade e as formas de organização social da comunidade onde atua, construindo estratégias adequadas para lidar com as adversidades e potencialidades do lugar e das pessoas. O assistente social atende as famílias, apóia e desenvolve técnicas de educação a serem implantadas junto à comunidade e executam outras atividades compatíveis à sua profissão (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2006).

- O nutricionista => esse profissional – imprescindível à equipe que trabalha junto aos hipertensos e diabéticos – deve fazer um diagnóstico nutricional na população e, a partir desse diagnóstico realizado e das observações socioculturais da comunidade onde atua junto à ESF,

“propor orientações dietéticas cabíveis e necessárias, adequando-as aos hábitos da unidade familiar, à cultura, às condições fisiológicas dos grupos e à disponibilidade de alimentos” (ASSIS, *et al*, 2002).

- O fisioterapeuta => esse profissional tem como uma das principais atividades o desenvolvimento de ações no sentido de prevenir deficiência em todas as fases dos indivíduos atendidos na ESF e, em relação aos pacientes com diabetes e hipertensão, as ações são no sentido de reabilitação e atendimento coletivo objetivando o bem-estar, a proteção, a promoção da saúde, os cuidados com o corpo e com a postura dos usuários da ESF (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2006).

- O educador físico => esse profissional deve desenvolver, dentre várias ações, atividades físicas e práticas corporais junto à comunidade atendida pela ESF. Essas atividades devem ser adequadas a cada grupo de doentes ou, ainda, junto àquelas pessoas que não possuem nenhuma doença específica, mas que precisam manter atividades que beneficiarão a saúde e diminuirão, consideravelmente, os fatores de riscos (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2006).

3.1 A assistência do profissional de enfermagem na ESF

O profissional de enfermagem sempre considerou como dever profissional o cuidado, bem-estar e a saúde das famílias atendidas e de cada um de seus membros e, também, a influência que uns têm sobre os outros no que se refere à prevenção e tratamento do doente. A família é, para esse profissional, parte integrante de sua profissão (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Junto à equipe de profissionais que trabalham na ESF, tanto o auxiliar de enfermagem quanto o enfermeiro são imprescindíveis ao bom desenvolvimento das ações executadas. O auxiliar de enfermagem trabalha com os agentes comunitários nas visitas domiciliares e na identificação de famílias de riscos; executam procedimentos de vigilância sanitária e epidemiológica, participam de discussões e gerenciamento dos insumos indispensáveis no processo de trabalho das unidades de saúde e, ainda, acompanham as consultas realizadas pelos enfermeiros (BRASIL, 2001).

O enfermeiro atua como instrutor-supervisor e acompanha as atividades desenvolvidas pelos ACS – na proporção de nove agentes para cada enfermeiro – além de ser o responsável pela capacitação desenvolvida, desses profissionais, de acordo com as necessidades

identificadas na comunidade. Essa atuação do enfermeiro, como instrutor-supervisor também é realizada junto aos auxiliares de enfermagem (BRASIL, 2001).

Além de supervisionar e capacitar os agentes comunitários e auxiliares de enfermagem, os enfermeiros devem, ainda, executar as seguintes atribuições, de acordo com Ministério da Saúde (2001):

- realizar cuidados de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, no nível de sua competência indicando continuidade de assistência prestada, caso seja necessário;
- fazer consultas, solicitar exames complementares e prescrever medicação, também de acordo com sua competência e conforme protocolos expedidos pelo MS;
- realizar atividades que objetivam promover o bem-estar e qualidade de vida dos usuários do SUS, bem como das famílias e comunidades atendidas;
- planejar, coordenar e organizar junto às comunidades e com os outros profissionais de saúde, ações que promovam a educação em saúde, prevenção de doenças e cuidados com o doente.

O papel do enfermeiro como integrante da equipe multiprofissional da ESF é fundamental uma vez que ele atua

no monitoramento das condições de saúde individual ou coletiva, no levantamento e monitoramento dos problemas que mais afetam a saúde da comunidade e no exercício de uma prática de enfermagem comunicativa com vista à emancipação e ampliação da autonomia dos sujeitos. (ERMEL; FRACOLLI, *apud* LIMA et al., 2009, p.181).

O vínculo criado entre o enfermeiro, o doente, a família e a comunidade atendida se dá em virtude desse contato mantido de forma humanizada em que há identificação das necessidades de cada usuário, levando em conta seus valores, princípios e contexto de vida.

Para exercitar o trabalho necessário ao bom desempenho das equipes de saúde na ESF é importante que o enfermeiro tenha algumas características primordiais como a liderança, empatia, gosto pelo trabalho em equipe, capacidade de organizar grupos e reuniões, boa qualificação profissional e interesse por aspectos sociais e psicológicos que envolvam a manutenção da saúde e o cuidado com a doença do usuário (COSTA; CARBONE, 2004).

Em relação à saúde da família o enfermeiro precisa ainda ter, como desafio básico da profissão, a capacidade de redefinir a prática assistencial, organizacional e educativa com fundamento nas epidemiologias que serão combatidas e no modelo de atenção à saúde. Para isso é necessário, entretanto, que o enfermeiro tenha como instrumento auxiliar na execução

desses serviços, um bom planejamento que permita não só o cuidado de enfermagem como também o gerenciamento desse cuidado (CIAMPONE; PEDUZZI, 2001).

É importante ressaltar que a equipe da ESF, composta pelo enfermeiro e demais profissionais da saúde, trabalha não só nas USF ou nas visitas familiares. O profissional executa também algumas ações educativas que devem ser simples para preservar a autonomia do doente e de sua família levando em conta, sobretudo, os objetivos pretendidos para cada ação específica (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Dentre várias ações educativas algumas estão diretamente ligadas ao cuidado com o hipertenso e o diabético e são desenvolvidas em grupos operativos.

3.2 Atenção à saúde do diabético e/ou hipertenso

Para o MS a atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes pressupõe – além dos cuidados aos agravos e doenças comuns a qualquer pessoa – a existência de serviços e equipe adequada no manejo clínico desses doentes e ações estratégicas individuais e coletivas que, além de prevenir as complicações decorrentes dessas patologias possam, por meio da atenção primária, promover a saúde das famílias desses pacientes (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2006).

Essas ações estratégicas são direcionadas na atenção básica diretamente com as famílias atendidas pela equipe multiprofissional cujo trabalho pressupõe vínculo com a comunidade cadastrada, levando-se em conta a diversidade no que se refere à raça, cultura, religião e fatores sociais dos indivíduos nela existentes.

A equipe multiprofissional de saúde da família deve atuar de forma integrada e com competências bem estabelecidas na abordagem da hipertensão e diabetes. Algumas responsabilidades e ações estratégicas mínimas de atenção básica para o controle dessas doenças foram estabelecidas pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) do SUS conforme quadro a seguir.

RESPONSABILIDADES	ATIVIDADES
Diagnósticos dos casos	• Investigação em usuários com fatores de risco
Cadastramento dos portadores	• Alimentação e análise dos sistemas de informação
Busca ativa de casos	• Visita domiciliar
Tratamento dos casos	• Acompanhamento ambulatorial e domiciliar • Educação terapêutica • Fornecimento de medicamentos • Curativos
Monitorização dos níveis glicose do paciente	• Realização de exame dos níveis de glicose (glicemia capilar) pelas unidades de saúde.
Diagnóstico precoce de complicações	• Realização ou referência laboratorial para apoio ao diagnóstico de complicações • Realização ou referência para ECG
1º atendimento de urgência	• 1º atendimento às complicações agudas e outras intercorrências • Acompanhamento domiciliar
Encaminhamento de casos graves para outro nível de complexidade	• Agendamento do próximo atendimento
Medidas preventivas e de promoção da saúde	• Ações educativas sobre condições de risco • Ações educativas para prevenção de complicações • Controle de PA, da glicemia • Ações educativas para autoaplicação de insulina

Quadro 1: Responsabilidades e ações de atenção básica para o controle da hipertensão e diabetes

Fonte: Anexo I NOAS/SUS 01/2001 (*apud* SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2006, p. 151).

A hipertensão e a diabetes assim como as outras doenças crônicas exige um processo contínuo de motivação para que o doente não abandone o tratamento. A equipe de saúde que trabalha junto aos hipertensos e diabéticos possui várias ações comuns no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas advindas dessas patologias.

Dentre elas o MS destaca as seguintes: treinamento de pessoal; promoção à saúde por meio de ações educativas que dão ênfase às mudanças no estilo de vida e na correção de fatores de risco e, ainda, pela divulgação de material educativo; gerenciamento de programa; ações de assistência individual e grupal.

É primordial que a equipe de saúde da ESF que cuida dos hipertensos e diabéticos faça um monitoramento contínuo para o controle dessas patologias, prevenção de complicações, adesão ao tratamento e encaminhamento, para consultas especializadas, se for o caso.

A hipertensão arterial – doença de natureza multifatorial – trata-se de uma patologia de início silencioso que repercute no sistema cardiovascular, renovascular e cerebrovascular, com acentuado impacto nos indicadores de saúde da população sendo, sua presença, o primeiro fator de risco para Acidente Vascular Cerebral (AVC) (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2006; PIERIN; MION JR, 2001).

A doença acomete “*cerca de 15% a 20% da população adulta, chegando a 50% dos idosos e atinge mais pessoas do sexo masculino até 45-50 anos e a partir desta faixa a prevalência é maior nas mulheres*” (PIERIN; MION JR, 2001, p. 149).

No Brasil há cerca de dezessete milhões de portadores de hipertensão arterial e a doença acomete 35% da população de quarenta anos e mais. O número é crescente e o aparecimento da patologia é cada vez mais precoce; há uma estimativa de que 4% das crianças e dos adolescentes são portadoras da hipertensão. A mortalidade decorrente dessa doença é alta sendo, portanto, um grave problema de saúde pública (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2006).

Há vários fatores de risco dessa doença, sendo que alguns não podem ser modificados, outros já podem e a promoção da saúde e prevenção das complicações dessa enfermidade deve ser baseada na abordagem dos fatores modificáveis.

A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (2006) cita os seguintes fatores modificáveis a serem combatidos: sedentarismo, tabagismo, excesso de sal, bebida alcoólica, excesso de peso, estresse. Dentre os fatores não-modificáveis a Secretaria aponta os seguintes: hereditariedade, idade, raça.

A hipertensão arterial é uma doença que se apresenta praticamente sem sintomas e sua identificação é feita por intermédio da medida da pressão arterial. Portanto, o diagnóstico a patologia baseia-se na constatação de níveis acima da normalidade quando dessa aferição (PIERIN; MION JR, 2001).

O tratamento da hipertensão é realizado de duas formas: com e sem medicação. O tratamento não-farmacológico inclui as principais estratégias: a) controle de peso; b) adoção de hábitos alimentares saudáveis; c) redução do consumo de bebida alcoólica d) abandono do tabagismo; e) prática de atividades físicas.

O tratamento medicamentoso é realizado à base de drogas que possam reduzir não só a pressão arterial, mas também os agravos cardiovasculares fatais e não-fatais.

A Diabetes *Mellitus*, epidemia mundial, é um grande desafio para os sistemas de saúde dos países e exige “*toda uma vida de comportamentos especiais de autocuidado para que a glicemia seja mantida o mais próximo possível da normalidade*” (SMELTZER; BARE *apud* GROSSI, 2001, p. 155).

Essa patologia pode ser definida como um quadro de:

hiperglicemia crônica, acompanhado de distúrbios no metabolismo de carboidratos, de proteínas e de gorduras, caracterizado por hiperglicemia que resulta de uma deficiente secreção de insulina pelas células beta, resistência á ação da insulina ou ambas cujos efeitos crônicos incluem dano ou falência de órgãos, especialmente rins, nervos, coração e vasos sanguíneos (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2006, p. 69).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de portadores de diabetes, no mundo todo, era de “177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. No Brasil são cerca de seis milhões de portadores, a números de hoje, e deve alcançar 10 milhões de pessoas em 2010” (BRASIL, 2006ab, p.7).

Se ao longo dos anos houver um controle inadequado da doença isso pode acarretar risco de vida do paciente, pois ele estará sujeito a doenças coronárias, AVC, retinopatia, outras enfermidades graves e até a morte prematura. Essa moléstia é responsável por elevada carga de morbi-mortalidade no mundo todo (GROSSI, 2001).

A prevenção da diabetes e de suas complicações é prioridade na saúde pública do Brasil sendo que na atenção básica desenvolvida na ESF essa prevenção é realizada de acordo com fatores de risco da doença como o sedentarismo, a obesidade e hábitos alimentares.

O tratamento da diabetes é focado em três aspectos distintos: a educação, as modificações no estilo de vida do doente e, caso necessário, o uso de medicamentos. Tanto a educação, quando as modificações no estilo de vida do diabético podem ser trabalhadas em conjunto com o doente e a equipe multiprofissional de saúde por intermédio de várias ações, dentre elas, as propostas por grupos operativos.

4 PLANO DE INTERVENÇÃO

A utilização de trabalhos em grupo, na área da saúde, tanto na atenção à saúde psíquica quanto à somática tem surtido bons resultados sendo que a interação existente entre doente, família, comunidade e equipe multiprofissional da saúde na ESF possibilita a implantação de grupos operativos que constroem práticas e estratégicas eficazes para o enfrentamento de doenças e cuidados com a saúde (SOARES; FERRAZ, 2007)

Ações educativas com informações sobre saúde/doença quando destinadas a uma população específica, com potencial de aplicabilidade e de forma sistemática, resulta em efeitos positivos, como também, em adoção de bons hábitos alimentares e comportamentais mais adequados à saúde e ao bem-estar do doente, família e comunidade (DIAS; CASTRO, 2006; SOARES; FERRAZ, 2007).

Na formação de grupos é imprescindível que haja alguns elementos que devem ser reconhecidos e memorizados, conforme Afonso (2006): a) razões para a formação do grupo, o contexto social ou institucional que deu origem a ele; b) os objetivos do grupo; c) a identidade do grupo, acentuando que, quando maior a integração, mais rígida e forte é essa identidade; d) a organização do grupo – distribuição de papéis; e) os padrões de interação, comunicação e participação de seus membros; f) a dinâmica entre grupalização e individualização – os participantes do grupo querem ser reconhecidos como iguais, mas também como pessoas únicas; e g) o processo – indica que os seus membros estão sempre em movimento, fortalecendo ou não a produtividade; conduzindo ou dificultando o crescimento do grupo.

Os grupos operativos são fundamentados na psicologia social de Enrique Pichon-Rivière, psiquiatra e psicanalista argentino, nascido em Genebra, Suíça em 1907 e falecido em 1977, em Buenos Aires para onde se mudou, com a família, aos quatro anos de idade.

Pichon-Rivière, por morar desde pequeno em Buenos Aires, cresceu aprendendo a articular dois universos diferentes: era cercado pela família, de costumes europeus, e, pelos vizinhos, nativos guaranis e negros africanos. “Esta diversidade cultural é refletida na vida acadêmica de Enrique, que sempre buscava a articulação de diferentes pontos de vista de um mesmo fenômeno” (PSICOPEDAGOGIABRASIL, 2004).

Pichon-Rivière elaborou, na década de 40, a teoria do grupo operativo definindo-o como: “um conjunto de pessoas, ligadas no tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propunham, explícita ou implicitamente, a uma tarefa,

interatuando em uma rede de papéis com o estabelecimento de vínculos entre si” (SOARES; FERRAZ, 2007, p. 56).

Portanto, o trabalho executado por um grupo operativo leva em conta os vínculos sociais que são a base do processo comunicação e aprendizagem entre a equipe de saúde que coordena o grupo e os seus membros.

Pichon-Rivière (*apud* DIAS, CASTRO, 2006) definiu, além do vínculo, outro princípio organizador de um grupo operativo, que é a tarefa, que se refere à forma com que cada membro do grupo interage de acordo com suas necessidades. Essas necessidades norteiam o trabalho em grupo e conduzem as atividades e ações para o alcance dos objetivos traçados.

Entretanto, os grupos operativos da ESF devem formular esses objetivos, quando da proposição de ações, levando-se em conta os graus de resistência a mudanças por uma parcela do universo ali estabelecido. Nos encontros dos grupos da ESF Progresso a resistência a mudanças é nítida pelas expressões verbais e não-verbais durante uma discussão que aborde alteração no estilo de vida dos usuários.

Soares e Ferraz (2007) consideram que essa resistência é atribuída muitas vezes a uma ansiedade depressiva, ao medo do desconhecido e da perda do que se tem, dentre outros fatores. E essas resistências criam obstáculos e entraves ao aprendizado e à comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes.

O grupo operativo de saúde desempenha um importante papel educativo perante seus membros à medida que “visa não apenas a compreender suas condições de saúde/doença, mas também dar respostas criativas a suas necessidades, em seu cotidiano e seu contexto” (AFONSO, COUTINHO, 2006, p. 63). As autoras reforçam que essa aprendizagem adquirida pelos participantes do grupo significa mais que a aquisições de informações, não se restringindo, portanto, ao aspecto cognitivo; leva-se em conta, também, a elaboração de sentimentos, relações e significados entre seus membros.

A coordenação de um grupo desempenha um papel primordial perante seus membros, conforme Afonso (2006) que inclui a sugestão de atividades, organização e mobilização de seus integrantes, além de instigar, acolher e, sobretudo, escutar. Para tanto, é preciso não atropelar o grupo com conclusões apressadas na pressa de concluir atividades.

O coordenador terá um papel ativo, mas não intrusivo. Pode propor, mas não impor. Tem um papel importante no acolhimento e incentivo ao grupo para que se constitua como grupo, buscando a sua identidade. Ajuda o grupo a esclarecer seus objetivos e a superar os

emocionais e as defesas diante deles. Atua como dinamizador dos processos de aprendizagem e relacionais do grupo (AFONSO, 2006, p. 283).

Diante disso, é importante que o coordenador de um grupo operativo tenha sensibilidade, empatia, boa comunicação e espírito de liderança suficiente para perceber que o procedimento individual de cada participante provoca identificações e reações em cadeia e reflete nos processos vividos no grupo. Justamente por essas identificações e ressonâncias nos processos individuais e grupais é que o trabalho em grupo objetiva a integração de duas dimensões:

a verticalidade, que se refere à história de cada participante, e que o leva a uma reatualização emocional no grupo e a um processo transferencial; e a horizontalidade, que se refere ao campo grupal, consciente e inconsciente, que vai sendo modificado pela ação e interação dos membros (PICHON *apud* SOARES; FERRAZ, 2007, p. 57).

A integração dessas duas dimensões precisa ser bem conduzida pelo coordenador e demais membros da equipe de saúde. Para tanto, esses profissionais devem ter uma boa proximidade com as pessoas da comunidade onde trabalham e com o seu modo de “andar na vida”, como já visto anteriormente, segundo Fracolli e Bertolozzi (2001).

Para essa integração é também primordial que a equipe de saúde elabore um plano de ação, com objetivos comuns, junto aos participantes do grupo, para o enfrentamento de determinantes no processo saúde/doença.

Esses objetivos comuns reunidos em torno dos integrantes de um grupo levam em conta alguns aspectos: o todo constitui uma nova identidade sendo maior que “apenas” o somatório de seus membros; é necessária uma discriminação de identidades de forma que cada um mantenha sua individualidade; deve haver uma interação afetiva entre os participantes do grupo, um vínculo entre eles; e, por fim, “é inerente à formação de um grupo a presença de um ‘campo grupal dinâmico’, onde transitam fantasias e ansiedades” (DIAS; CASTRO, 2006, p. 1).

Zimerman (*apud* DIAS; CASTRO, 2006) descreve seis fenômenos essenciais para a definição desse campo grupal: a) a ressonância que é a comunicação em que a fala de um vai repercutir junto aos outros; b) o espelho em que há uma identificação, o indivíduo se reconhece sendo reconhecido pelo outro e assim formando sua identidade; c) a função de continente em que a coesão do grupo abarca as angústias e necessidades de cada um dos integrantes; d) a pertencência denominada como vínculo do reconhecimento em que cada um

tem necessidade de ser reconhecido pelos demais membros e também saiba reconhecer o outro e sua significância; e) a discriminação que é ser capaz de permitir que haja uma diferenciação entre o que pertence a um integrante e o que é de outro. Essa diferenciação é permite também distinguir fantasia de realidade, o que ocorreu do presente; o que se deseja do que é possível ter; f) a comunicação seja ela verbal ou não; é imprescindível que um grupo tenha esse fenômeno em que as mensagens possam ser enviadas e recebidas.

O uso de técnicas num grupo favorece segundo Afonso (2006, p. 235) “a sensibilização, a expressão, a comunicação e a re-significação das experiências através de uma estratégia simples: permite reorganizar a maneira de narrá-las.”

Contudo, uma das maiores dificuldades enfrentadas por um grupo operativo é o fato de que há momentos em que não se consegue manter uma lógica linear e cumulativa e apresenta regressões, ambivalências, dispersões “diante da constante demanda de sustentar seu processo e refletir sobre ele. Isso significa que ele tem de estar continuamente se reorganizando e se recriando” (PICHON *apud* SOARES, FERRAZ, 2007, p. 58).

A habilidade para essa revisão, propostas de novas dinâmicas e ajustes dos trabalhos do grupo operativo é essencial àquele que o coordena e que deve observar atentamente essas mudanças e propor alterações, complementos ou supressões de atividades.

As várias técnicas comumente denominadas dinâmicas de grupo “configuram estratégias atividades que motivam a ação e comunicação, no sentido de facilitar, esclarecer e elaborar o processo grupal” (AFONSO, 2006, p. 234). Entretanto, essas técnicas – por serem utilizadas como meio de expandir o saber no grupo e abrir possibilidades de interação entre seus membros – precisam ser bem planejadas pelo coordenador; caso não sejam apreendidas pelo grupo devem ser substituídas por outras, pois se forçadas não surtem efeito algum.

Os grupos voltados para a promoção da saúde atendem aos objetivos do MS dentre as ações de caráter educativo e intersetorial propostas e executadas para o enfrentamento de doenças identificadas na população atendida.

Essas ações devem se configurar “*como espaços onde as pessoas possam falar sobre seus problemas, e buscar soluções, conjuntamente com os profissionais, de forma que a informação circule, da experiência técnica à vivência prática das pessoas que adoecem*” (DIAS, CASTRO, 2006, p. 2).

Nesse processo de comunicação necessária para se falar de problemas e buscar soluções pode haver alguns entraves e sendo assim é imprescindível que o grupo elabore o que se denomina de “mal-entendido”, normalmente associado a conflitos não só da organização do grupo como, também, a conflitos psíquicos. A identificação desses conflitos

deve ser uma busca constante do coordenador do grupo operativo, pois, dessa forma, poderá melhor conduzir o grupo e trabalhar as dificuldades encontradas (BERSTEIN; OSÓRIO *apud* SOARES; FERRAZ, 2007).

A partir desta fundamentação teórica foi possível levantar aspectos fundamentais a serem melhor compreendidos no processo de funcionamento dos grupos operativos aos pacientes diabéticos e hipertensos da equipe ESF Progresso, tais como:

- Analisar a situação para definir a melhor estratégia;
- Estabelecer os objetivos do grupo;
- Possibilitar a comunicação e participação dos membros;
- Mudança de comportamento é processo e o resultado pode ocorrer em longo prazo;
- Reconhecer qual é a real necessidade do usuário;
- Estabelecer confiança do usuário no profissional;
- Instrumentalizar-se para lidar com o universo diversificado da comunidade (língua, cultura e valores).

Esses aspectos, ainda, serão discutidos com os outros profissionais da equipe de saúde (médico, cirurgião dentista, nutricionista, etc.) com intuito de promover a saúde do indivíduo.

5 CONCLUSÃO

A principal atividade da ESF – composta por equipes de diversos profissionais de saúde que se aliam às famílias e comunidade onde trabalham – é a atenção primária que promove a saúde da população por meio de ações que visam, não só o enfrentamento das doenças como e, sobretudo, o cuidado com o indivíduo e a prevenção de patologias – diferentemente da forma antiga que privilegiava o tratamento da doença.

Patologias como a diabetes e a hipertensão acometem uma parcela significativa da população e sabe-se que a atenção a essas pessoas são direcionadas aos cuidados com agravos e doenças comuns a qualquer indivíduo, como também a ações estratégicas diretamente ligadas às complicações dessa patologia. Algumas ações, se bem coordenadas num grupo, podem melhorar consideravelmente a vida desses pacientes. É necessário, entretanto, que os profissionais os conheçam bem, assim como suas famílias, comunidades e contextos de vida.

Conforme literatura pesquisada, resultados positivos podem ser alcançados pelos grupos operativos que trabalham junto a pacientes com diabetes e hipertensão, porém, é primordial que os profissionais de saúde não só tenham conhecimento sobre essas patologias, mas também saibam como um grupo operativo deve ser desenvolvido.

As contribuições que a teoria sobre grupos pode dar aos trabalhos na área de saúde são valiosas. Para tanto, a leitura de material especializado neste tema é essencial para que os integrantes do grupo tenham embasamento teórico consistente e possam indicar demonstrar e orientar atividades eficazes no cuidado com a saúde dos participantes do grupo.

Ao coordenador de um grupo operativo de saúde, além de conhecimentos teóricos sobre a dinâmica ideal do grupo é necessário que ele compreenda e conheça os doentes, as famílias e comunidades pertencentes àquele grupo, bem como a doença ou faixa etária do universo trabalhado e que, também, tenha habilidade em identificar conflitos, operar resistências a mudanças, trabalhar os medos das perdas e, sobretudo, decifrar mensagens, ditas ou não-ditas.

A preocupação com a melhoria e organização dos grupos operativos deve ser uma constante àqueles que coordenam esses trabalhos. Diante disso, a pesquisadora tem como meta realizar junto à sua equipe uma análise criteriosa desses aspectos levantados neste estudo sobre o funcionamento do grupo que resulte na identificação de pontos positivos e, sobretudo,

de entraves que impedem processos capazes de promover mudanças, qualidade de vida e bem-estar na população atendida pela ESF Progresso da cidade de Várzea da Palma – MG.

REFERÊNCIAS

AFONSO, Maria Lúcia M. (Org.). **Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

AFONSO, Maria Lucia M.; COUTINHO, Adriane Ramiro Azevedo. Metodologias de trabalho com grupos e sua utilização na área da saúde. In: AFONSO, Maria Lúcia M. (Org.). **Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, p. 59-68.

ALBUQUERQUE, Adriana Bezerra Brasil de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1103-1112, maio 2009.

ASSIS, Ana Marlúcia Oliveira; et al. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 15, n. 3, set. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732002000300001>. Acesso em: 28 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família (PSF)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CAMARGO-BORGES, Celiane; CARDOSO, Cármen Lúcia. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia & Sociedade**. n. 17, v. 2, p. 26-35, maio/ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n2/27041.pdf>>. Acesso em: 4 dez. 2009.

CIAMPONE, Maria Helena Trench; PEDUZZI, Marina. Planejamento estratégico como instrumento de gestão e assistência. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde. 2001. p. 23-28.

COSTA, Elisa Maria Amorim; CARBONE, Maria Herminda. **Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Rubio Ltda. 2004.

DIAS, Ruth Borges, CASTRO, Fábio Morais. **Grupos Operativos**. Grupo de estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <<http://www.smmfc.org.br/gesf/goperativo.htm>>. Acesso em: 28 dez. 2009.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; BERTOLOZZI, Maria Rita. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde. 2001. p. 4-8.

GIACOMOZZI, Clélia Mozara; LACERDA, Maria Ribeiro. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4. p. 645-653, out./dez. 2006.

GROSSI, Sonia Aurora Alves. Educação para o controle do Diabetes Mellitus. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde. 2001. p. 155-167.

LIMA, Beatriz Santana de Souza et al. Conhecendo a história de vida de um usuário durante uma visita domiciliar: um relato de experiência. In: **2º Seminário Nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica para a Saúde**. p. 180-183, agosto 2009. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/SENABS/cd_anais/pdf/id52r0.pdf> Acesso em: 22 out. 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

PIERIN, Ângela M. G.; MION JR., Décio. Atuação da equipe de enfermagem na hipertensão arterial. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde. 2001. p. 149-154.

PSICOPEDAGOGIABRASIL. **Enrique Pichon Rivière (1907 - 1977)**, 2004. Disponível em: <http://www.psicopedagogiabrasil.com.br/biografia_pichon_riviere.htm>. Acesso em: 4 dez. 2009.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa de saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino Am. de Enfermagem**. Ribeirão Preto, 2005, vol. 13, n. 6, p.1027-1034.

SOARES, Sônia Maria, FERRAZ, Aidê Ferreira. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, mar. 2007, n. 11, v. 1, p. 52-67.

WRIGHT, Lorraine M.; LEAHEY, Maurren. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. Tradução de Silvia M. Spada. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002.

