

**PLANILHA PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E PROPOSTA  
PARA UM GRUPO DE ACOMPANHAMENTO DE AUTOCUIDADO  
NAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA APS**

**AUTORA: VERÔNICA DE PÁDUA MELLO**

**Produto da dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em  
Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no  
Sistema Único de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de  
São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.**

**CAMINHOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA:  
PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DO GRUPO DO PARQUE**

**Área de concentração: Cuidado em Atenção Primária em Saúde**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli**

**SÃO PAULO  
2015**

## **Planilha de 13 pontos para Estratificação de Risco nas Condições Crônicas**

Estratificar é reconhecer os diferentes graus de riscos de cada pessoa com determinado agravo (Ministério da Saúde, 2014). A estratificação da população com HAS e DM contribui para a organização do processo de trabalho das equipes, pois ao invés de dar a mesma atenção a todos os usuários com condições crônicas, ao diferenciá-los por risco é possível o planejamento da assistência de acordo com a realidade de cada um. Por exemplo: os doentes com menor risco recebem prioritariamente uma atenção centrada em tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na ESF (Mendes, 2012); os de maior risco tem aprazamento mais curto para consultas, grupos e VD.

Outra vantagem da estratificação é a possibilidade de verificar se a estratégia da linha de cuidado está respondendo a demanda da área de abrangência, por meio do monitoramento de risco e avaliação ao longo do tempo, ao se dimensionar as mudanças da estratificação da população assistida (Mendes,2012)

Uma vez que nas UBS com ESF há o inquérito feito pelos ACS com auxílio da ficha B (HAS/DM), estão disponíveis dados sobre a identificação do usuário, o uso de tabaco, o uso de álcool, a dieta, a medicação conforme orientação, a prática de exercício físico, os valores da PA, o uso de insulina e hipoglicemiante. Essa ficha impressa é preenchida manualmente, e os profissionais a acessam durante as consultas ou reuniões da equipe. Esse instrumento contém as informações necessárias para estratificação do risco nas condições crônicas, mas não há uma forma sistematizada de processamento informatizado para totalizar os dados e gerar a estratificação da população.

Assim, o primeiro passo para reorganização do grupo educativo foi elaborar, com o uso de recursos disponíveis na UBS, uma forma sistematizada para estratificar a população com condições crônicas. Para isso, construiu-se uma planilha em MS-Excel, visto que o pacote MS- Office estava disponível na UBS.

Com algumas das informações da ficha B e outras obtidas nas consultas e registradas nos prontuários, elaborou-se uma planilha com 8 critérios para Estratificação de Risco nas Condições Crônicas, perfazendo uma escala de no máximo 13 pontos (P13ERCC). Para identificação e caracterização das pessoas, incluiu-se o nome, o número do prontuário, a idade, o sexo, a escolaridade (em anos de estudo), a preferência de horário para participação nos grupos, o desejo de mudar de hábitos quanto aos fatores de risco.

Para a estratificação do risco considerou-se se é tabagista, se faz uso regular de álcool, se realiza dieta, se faz uso correto da medicação prescrita, se faz atividade física, o valor de pressão arterial classificada em três estágios, se apresenta hemoglobina glicada acima de 7% para adultos e 8,5% para idosos e circunferência abdominal acima de 88 cm para mulheres e 102 cm para homens.

A partir da revisão da literatura, quanto aos hábitos, escolheu-se os fatores de risco, a cada um desses fatores atribuiu-se pontuação a fim de estabelecer uma medida de risco, em uma escala que varia de 2 a 13, sendo este o polo de maior risco.

Se o usuário for fumante, fizer uso de álcool, não fizer dieta, não usar a medicação conforme orientação ou não fizer atividade física regularmente, ganha um ponto para cada item.

Quadro 1 - Quadro de Pontos para a Estratificação de Risco dos portadores de HAS e DM, segundo fatores de risco

Fator	Pontuação	
	Presente	Ausente
Fumante	1	0
Uso de álcool	1	0
Dieta	0	1
Medicação regularmente	0	1
Atividade física	0	1
PA 140-159 x 90-99	2	0
PA 160-179 x 100-109	3	0
PA $\geq 180$ x $\geq 110$	4	0
Hb glicada $\geq 7\%$ (adultos)	2	0
Hb glicada $\geq 8,5\%$ (idosos)	2	0
Circunferência abdominal $\geq 88$ cm (mulheres) e $\geq 102$ cm (homens)	2	0
Pontuação Máxima	13	
Pontuação Mínima	2	

Para a classificação e pontuação da medida da pressão arterial tomou-se a VI Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2014. Como demonstrado no quadro -2, a seguir:

Quadro 2 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos).

<b>Classificação</b>	<b>Pressão sistólica (mmHg)</b>	<b>Pressão diastólica (mmHg)</b>
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

Fonte: VI Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2014, p. 8.

Na P13ERCC, a contabilização dos pontos para estratificação do risco foi: 2 pontos para *hipertensão estágio 1*, 3 pontos para *hipertensão estágio 2* e 4 pontos para *hipertensão estágio 3*. A estratificação considerou a hipertensão instalada.

Como marcador bioquímico da adesão ao tratamento da DM, escolheu-se a hemoglobina glicada, que é considerada um importante indicativo no tratamento de DM, pois ao indicar o percentual de hemoglobina ligada a glicose, revela os níveis médios de glicemia ocorridos nos últimos três meses prévio ao exame. Esse exame complementar está disponível na rede de saúde e é regularmente realizado pelos usuários. A Sociedade Brasileira de Diabetes (2014) estabeleceu como meta o valor de 7%, para pessoas adultas com diabetes e não gestantes, porém, estabeleceu um controle mais flexível aproximando de 8,5% para pacientes com menos motivação para o tratamento, com maior risco de hipoglicemia, com duração longa da doença, com idade mais avançada e menor expectativa de vida, com presença de outras doenças, ou complicações macrovasculares. Os resultados acima deste valor configuram

zona de risco para complicações. Assim, para a estratificação atribui-se dois pontos para valores de hemoglobina glicada acima de 7% para adultos e quando idosos (60 anos e mais) acima de 8,5%.

Os dois pontos representam: 1 por ser diabético e outro pelo risco de complicação. A estratificação partiu da DM instalada.

Em termos de circunferência abdominal (CA), adotou-se os valores preconizados pelo estudo de Lean *et al.*, (1995), que é utilizado nas diretrizes do MS. Considerou-se o risco muito aumentado para doenças cardiovasculares, sendo os valores: acima de 88 cm para mulheres e 102 cm para homens. Estes valores foram escolhidos porque indicam a necessidade de perda de peso. Assim, na estratificação contabiliza-se dois pontos se a CA for maior que os valores mencionados.

A partir da totalização dos fatores de risco, P13ERCC estratifica três grupos:

Quadro 3 – Estratificação de acordo com risco

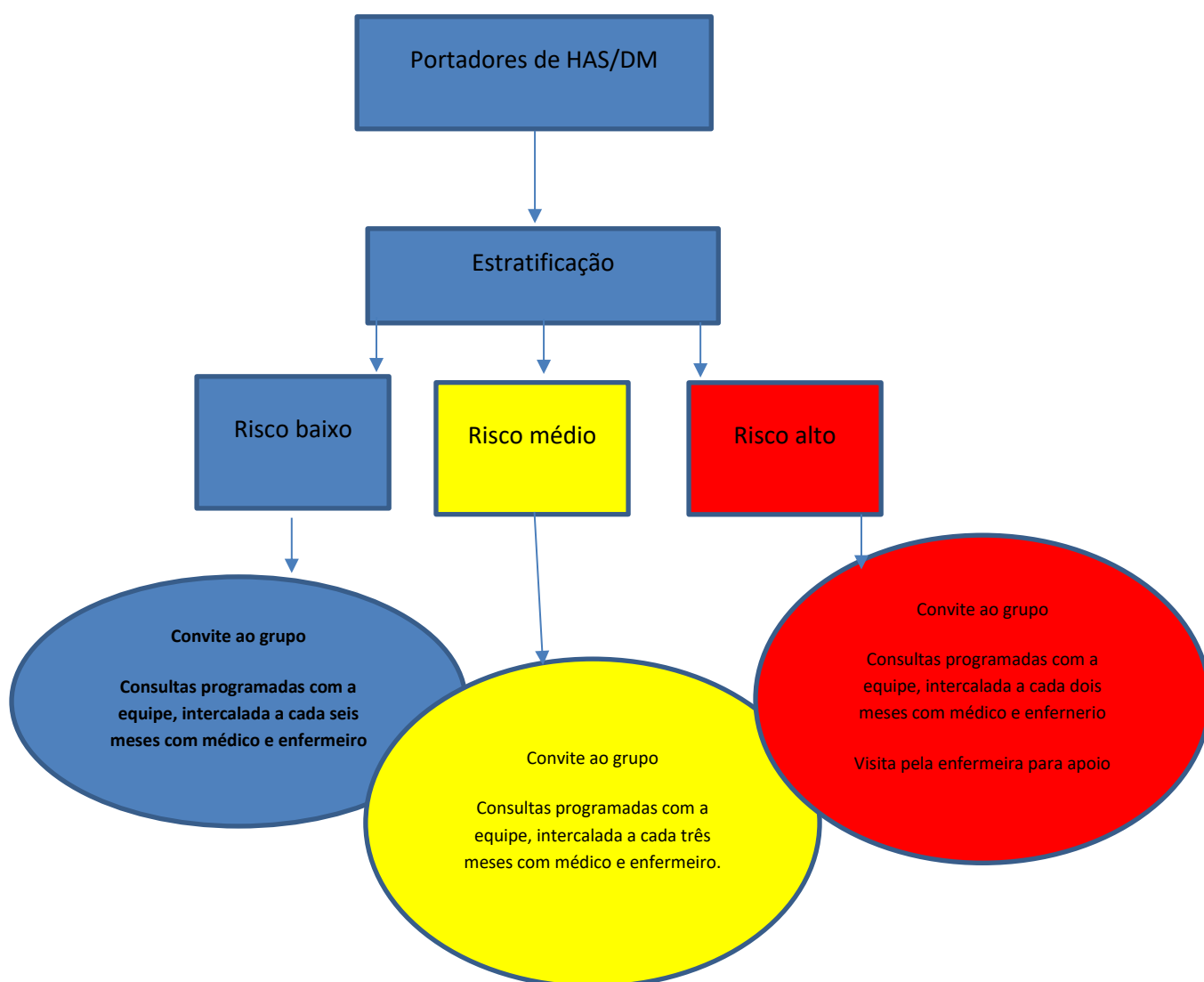
Risco	Pontuação	Cor
Baixo	2 a 3	Azul
Médio	4 a 7	Amarela
Alto	8 a 13	Vermelha

A construção da planilha, com as respectivas fórmulas, está descrita no Anexo 1 - Manual Passo a Passo para construção da Planilha Estratificação.

## Grupo do Parque: A proposta reorganizada

Com a estratificação, estabeleceu-se que todos os usuários com HAS e DM da área de abrangência fossem chamados para participar do grupo educativo, ainda que, com a estratificação, possam ser realizadas outras intervenções em conjunto com a atividade educativa, a depender do grau de risco, como proposto no fluxograma:

Fluxograma 1 – Proposta de Ações



Em relação às visitas domiciliares como estratégia no plano de cuidado, o objetivo é estimular o apoio do núcleo familiar, pois como enfatiza Ribeiro *et al.* (2012) a família é importante suporte social para mudanças de hábitos relacionados a alimentação das pessoas com doença crônica. Para alguns usuários a família associa-se à dificuldade na mudança dos hábitos alimentares, devido à resistência para aderir às orientações nutricionais, mas quando passa a ser parte ativa e integrante dessa mudança, ela se torna elemento facilitador para novas práticas de alimentação. Assim, adotou-se a estratégia da visita domiciliar como meio de apoio às mudanças de estilo de vida, a fim de envolver a família no suporte aos portadores de HAS e DM nas modificações de hábitos alimentares.

A revisão de literatura também apontou que, ao abordar os usuários nos grupos educativos, é preciso explorar os motivos para a não adesão, que são variados e podem estar relacionados com o usuário, o tratamento, as instituições de saúde ou o profissional, como mostra Pereira (2013).

Quanto ao paciente os motivos para não adesão são as concepções errôneas sobre a doença e tratamento, a dificuldade para compreender as instruções dadas pelos profissionais, o sentimento de incapacidade para seguir o tratamento, as dúvidas sobre a utilidade do tratamento, a crença de que os benefícios não valem os esforços, e a impaciência quanto à velocidade dos progressos. (Pereira, 2013)

Em relação ao tratamento colaboram para a não adesão a complexidade dos esquemas, o custo dos alimentos mais saudáveis, os efeitos indesejáveis da medicação, o tempo prolongado, o prejuízo da qualidade de vida. (Pereira, 2013)

Quanto às instituições de saúde, a não adesão é causada pela dificuldade no acesso aos serviços, por consultas com tempo insuficiente para esclarecimentos dos usuários. (Pereira, 2013)

Os motivos para não adesão relacionados aos profissionais são o distanciamento, a falta de cordialidade, o desinteresse, a inacessibilidade, a



impessoalidade, a aparência de estar sempre ocupado e apressado, a interrupção durante o atendimento, a linguagem excessivamente técnica com uso de jargão, a não consideração das dúvidas e preocupações do usuário, a imprecisão ou omissão de informação, as perguntas invasivas quanto à intimidade e privacidade do paciente, a descontinuidade na atenção, que é despersonalizada e sem retornos programados. (Pereira, 2013).

A partir do que for identificado durante os grupos, é possível discutir e refletir positivamente com os participantes o que pode ser modificado para melhorar a adesão.

Esquemáticamente, o quadro 4 traz os pontos que teriam de ser modificados na reorganização do Grupo do Parque:

Quadro 4 – Identificação de pontos a serem modificados

Recomendações para organização dos grupos segundo revisão de literatura	Realidade atual do Grupo	Proposta para reelaboração
Estratificação a população com DM e HAS segundo o risco de complicação	População não estratificada	Estratificar a população a partir da sistematização dos dados da Ficha B e do prontuário.
Encontros	Encontros quinzenais, sem um roteiro prévio	Elaborar a periodicidade de acordo com a disponibilidade da população e organizar um roteiro prévio
Duração	O tempo de duração está adequado (60 min)	
Treinamento dos profissionais	Sem treinamento	Organizar treinamento.

Participantes	Todos eram convidados	Todos são convidados, porém, a organização será de acordo com os pares do grupo da estratificação, ou através do item da planilha, preferência de horário.
Tipo de grupo	Aberto	Fechado
Adesão	Flutuação na frequência	Continuidade da frequência.

A reorganização do Grupo do Parque visou propor uma intervenção educativa com grupo de apoio para modificar hábitos e comportamentos não saudáveis.

Considerando o documento norteador da prefeitura de São Paulo, Unidade Básica de Saúde – Diretrizes Operacionais (2015), no qual consta a distribuição de atividades essenciais a serem prestadas semanalmente pelos profissionais, (quadro 5), é possível articular entre as equipes a distribuição dos grupos educativos em diferentes horários, a fim de facilitar o acesso do usuário ao grupo.

Quadro 5 – Organização do serviço semanal. Unidade Básica de Saúde – Diretrizes Operacionais, 2015

Categoria Profissional	Agenda Semanal	Periodicidade
Agente Comunitário de Saúde	2 horas	1 por semana
Auxiliar de enfermagem	2 horas	1 por semana
Enfermeiro	2 horas	2 por semana
Médico	2 horas	2 por mês

Fonte: Prefeitura de São Paulo - Unidade Básica de Saúde, – Diretrizes Operacionais, 2015.

Na P13ERCC há um campo específico para que o usuário aponte o melhor horário para participar da atividade, o que pode facilitar a organização dos horários das equipes para a realização do Grupo.

Em relação ao modelo do grupo, a literatura revisada recomenda o grupo fechado, pois este apresenta como característica básica a delimitação dos participantes e do tempo de duração. Assim, o grupo inicia e termina com os mesmos participantes e segue um cronograma previamente organizado. Mas, é possível certa flexibilidade nesta estruturação de acordo com o interesse dos participantes. O grupo fechado apresenta vantagens como a formação do vínculo de confiança proveniente do convívio, a facilitação da troca de experiências semelhantes e, como não há mudança de membros do grupo, as informações não se repetem e todos têm acesso a estas simultaneamente, diminuindo a chance de os participantes se desmotivarem. Em grupos fechados, cada encontro há de ser preenchido com novas experiências (Brasil, 2013).

Quando se trata de estimular a mudança de estilo de vida, a revisão apontou que o tempo da intervenção educativa é mais eficiente se estiver entre 6 meses a 12 meses (Huisman S et al, 2007; Bo S et al 2007; Tonstad S, Alm CS, Sandvik, 2006). Neste estudo a reorganização do Grupo do Parque foi proposta com a realização de 9 encontros quinzenais. Após o 9º, propôs-se dois encontros de acompanhamento no 3º e 6º mês. Com isso, a atividade durará 10 meses.

A coordenação do grupo será feita por profissionais da ESF e do NASF, conjuntamente.

## **Roteiro do Grupo do Parque Reorganizado**

O roteiro de grupo foi construído para auxiliar no direcionamento das atividades, com enfoque em dinâmicas que propiciem o resgate da vivência e do ponto de vista dos participantes.

### **1° Encontro - Acolhimento**

Apresentação dos integrantes

**Objetivo:** favorecer a integração dos participantes; conhecer o que eles têm em comum; reconhecer o estágio de mudança de acordo com o Modelo de Estágio de Mudanças; estabelecer, em conjunto, o funcionamento e periodicidade dos encontros.

**Aquecimento:** a atividade se inicia com um dos participantes segurando um fio de barbante. Ele se apresenta e passa o barbante para outro participante, que também se apresenta e passa então para outro, e assim se segue até que todos tenham se apresentado. O coordenador do encontro estimulará que cada participante passe o fio mais distante possível. No final, todos estarão segurando um pedaço da linha, ou seja, todos estarão interligados. O coordenador do encontro sintetizará chamando a atenção dos participantes ao que há de comum entre os participantes e estimulando o diálogo, para a rede que formou.

**Roda de conversa:** Como viver com uma doença crônica?

**Fechamento:** O coordenador fará uma pergunta final para reflexão: Como estou em relação a minha saúde e como quero ficar? Não haverá discussão conjunta da indagação, ou seja, esta servirá apenas para estimular a projeção interna de mudança provocando a passagem da pré-contemplação para contemplação.

Em seguida, ele disporá pedaços de linhas coloridas para que os participantes escolham uma cor que represente como estou e outra como quero ficar. Será pedido aos participantes que guardem os fios e sempre que possível olhem para o fio de “como quero ficar” e/ou quando virem a cor desse fio em outros objetos lembrem-se de como querem ficar.

Encerramento: abraço coletivo.

## **2° encontro – Estudo de Caso**

No 2° dia será discutido um relato de caso, explorando sobre a descoberta de ter doença crônica, o sentimento, relação com a família, etc. (Brasil, 2014; Afonso MLM, 2006).

**Dinâmica:** Narração de um caso (elaborado)

*Meu nome é Fábio, tenho 43 anos, trabalho com vendas e, diga-se de passagem, trabalho o dia inteiro, pois tenho dois filhos, um menino de 12 e uma menina de 15 anos para sustentar. Sustentar os dois não é fácil! Sou separado e não tenho vontade de me casar novamente; dá muito trabalho e eu já tenho trabalho demais. Quando tinha por volta dos 40 anos, descobri, por acaso, que estava com pressão alta... já tinha ouvido falar, mas não pensei que iria ter, pois, afinal de contas, na adolescência jogava futebol... se bem que, agora, há quase 15 anos que não faço exercício físico...*

*Descobri a pressão alta quando me deu uma forte dor de cabeça e um mal-estar tremendo. Isso aconteceu depois de uma negociação de venda. Achei que era estresse, porque foi muito difícil conseguir a venda. Mas a sensação de mal-estar não passava, e minha vizinha falou tanto para eu procurar um Pronto Socorro que fui procurar. Lá descobri que estava com uma pressão de 190x120. De cara, me assustei muito: nem sabia o que significava direito isso, mas fiquei preocupado, pois já tinha visto na TV que era melhor ficar até 12x8... A minha estava com 19x12! No PS, me deram uns remédios e me disseram para procurar a UBS para mais próxima da minha casa. Saí do PS com uma receita com dois tipos de remédios, que eu nem sabia para que eram, mas, em pouco tempo, descobri que um dos remédios fazia eu ir ao banheiro várias vezes ao dia. Logo parei de tomar esse remédio porque trabalho na rua: Como poderia tomar algo assim?!*

*Um dia decidi e fui na UBS. Estava com medo da pressão alta, mas tinha que ir lá e encarar esta. Demorou horas para ser atendido e passei por um tal de acolhimento.... Nesse tal acolhimento contei toda a história para a enfermeira que me atendeu...ah... tinha uma nutricionista com ela... achei*

*aquilo muito diferente... tinha um monte de orientações, e fiquei pensando: Caramba! Será que é tão difícil controlar a pressão alta? ...A enfermeira me orientou e solicitou exames, isso foi uma coisa nova para mim, porque achava que só médico podia fazer isso. Colhi os exames e marcaram retorno com médico; eu estava ansioso para saber o que ia acontecer. Ah, a enfermeira pediu para eu ver a pressão 3x por semana até a consulta, mas não deu para fazer isso, minha vida é muito corrida. Fui na consulta e o médico falou sobre essa tal de pressão alta. Quando ele viu meus exames, aí sim é que minha pressão até subiu. O médico falou que eu estava com começo de diabetes, colesterol alto, um outro exame alto também. Fiquei chocado! Como eu ia fazer tanta mudança na minha vida? Tenho que trabalhar! Não tenho tempo para fazer esportes, comer direito, tomar os remédios certinhos e... além do mais sou fumante e nem penso em parar de fumar....para falar a verdade, fiquei bem perdido...*

*Hoje, depois de três anos com pressão alta e diabetes até mudei uma coisa e outra, mas faz mais de um ano que não volto na UBS. Mas o meu filho pega no meu pé para eu parar de fumar e minha filha está grávida.... Agora que vou ser avô, decidi: Vou mudar isso! Um amigo meu teve derrame por conta da pressão alta, estou com medo de ter um derrame também e ficar na cama como ele. E tem mais, acho que minha diabetes está descompensada porque não paro de suar e vou no banheiro toda hora.*

**Objetivos:** Discutir o caso do Fábio para despertar os participantes quanto à necessidade de selecionar os fatos significativos para resolver um problema; levar os participantes, a partir da narrativa, a se questionarem, a pensarem sobre a situação de saúde; favorecer a reflexão sobre temas relacionados a uma situação real e à troca de experiências pessoais de cada participante; conhecer diferentes ideias, argumentos, posições dos participantes sobre o tema da narrativa.

**Desenvolvimento:** o coordenador do encontro conta o caso, assegurando-se de que os participantes o compreenderam. Os participantes serão divididos em pequenos grupos, se necessário. Receberão uma cópia impressa do caso para uma nova leitura, se preciso. Os subgrupos poderão

discutir os temas e questões levantadas pelo caso, propondo saídas e soluções. Em plenária, cada grupo apresenta a síntese de sua reflexão, de suas proposições. O coordenador do encontro efetuará a síntese final com os pontos principais.

**Encerramento:** dos conselhos dados para o Fábio, qual se encaixaria ao seu caso? Para essa atividade, dispor de uma caixinha com pérolas sintéticas, de onde cada participante retirará uma pérola, que representará o conselho que melhor se encaixa consigo mesmo.

Será solicitado para os participantes trazerem o barbante do 1º encontro e a pérola para serem usados no próximo encontro.

### **3º Encontro - Enfrentamento de problemas**

Propõe-se retornar a pergunta: como estou e como quero ficar? Explorar, com essa questão, o desejo para mudança, a fim de que cada participante estabeleça o próprio caminho.

**Dinâmica:** Cada participante receberá um papel tipo sulfite com um caminho desenhado. No início da estrada, o participante deverá colar o fio “como estou” e no fim, o “ como quero ficar”, no meio do caminho deverá colar as pérolas. De forma lúdica, livremente, os participantes contam como estão fazendo o caminho para atingir o fio do futuro. Destinar cerca de 40 minutos para as narrações destacando, ao final, estratégias e impactos na rotina.

**Encerramento:** cada participante fala uma palavra que represente o dia do encontro.

No final do encontro, explica-se que o próximo tratará da alimentação e se pede se há dentre os participantes alguém que disponibilize a cozinha da casa para o grupo. Também se discute o cardápio. Caso não haja a disponibilização da cozinha, poderão ser utilizadas outras alternativas.

### **4º Encontro - Dia da culinária**

**Proposta 1:** se houver uma cozinha disponibilizada por algum participante, se fará a vivência na preparação de alimentos. Os alimentos serão fornecidos pela equipe, observando o cardápio definido no encontro anterior; se os participantes quiserem, poderão colaborar com os alimentos. Em relação a distribuição de tarefa para o preparo, será perguntado para os participantes o que desejam preparar, e assim será distribuída a atividade culinária. Esta atividade deverá contar com um tempo mais longo, visto que há o preparo dos alimentos, como por exemplo cerca de 2 horas, e 1 hora para a degustação. Como o cardápio foi sugerido no encontro anterior, haverá tempo hábil para o estudo dos alimentos, assim durante a atividade poderá ser abordado a vantagem de cada um. (Brasil, 2014; p. 106)

**Proposta 2:** caso não haja uma cozinha disponível, poderá se organizar uma visita ao supermercado. Durante esta visita, discutir sobre os alimentos da época e ler os rótulos para conhecer a composição dos alimentos processados, a fim de contribuir para que façam escolhas mais saudáveis, a bom custo. (Brasil, 2014; p. 106)

**Proposta 3:** Propor ao grupo uma discussão sobre comportamento alimentar baseada na música Comida, do grupo Titãs. A discussão pode ser motivada com perguntas como “você tem fome de quê? ”; “você come para quê? ”; “você come o quê? ”. (Brasil, 2014; p. 105)

## **5° Encontro – Caminhada pelo Parque**

O passeio no parque será realizado para alongamento e caminhada.

Dinâmica: Ao iniciar a atividade, solicitar aos participantes formar uma roda para o aquecimento, com a seguinte canção:

A Casa do Zé

Bia Bedran (fonte: <http://www.letras.com.br/#!bia-bedran/a-casa-do-ze>).

Adaptado para roda, para que todos ou quase todos possam falar o que deve fazer para entrar na casa do Zé)



Pra entrar na casa do Zé

Tem que bater o pé

Pra entrar na casa do Zé

Tem que bater o pé

Mas você tem que bater palmas também

Mas você tem que bater palmas também

Bater palma, bater o pé, para entrar na casa do Zé

Bater palma, bater o pé, para entrar na casa do Zé

Agora diga você, o que tem que fazer para entrar na casa do Zé

Agora diga você, o que tem que fazer para entrar na casa do Zé.

Após a canção, fazer o alongamento o alongamento e partir para a caminhada.

Ao terminar a caminhada, voltar os participantes em roda e explorar como a atividade física poderia ser agregada na rotina de cada um.

**Encerramento:** perguntar aos participantes: Como sair da Casa do Zé?

## **6° Encontro - Rotina e Mudanças**

O propósito desse encontro é explorar sobre se houve mudanças na rotina dos participantes com vistas a conviver melhor com a HAS e DM.

**Dinâmica:** será solicitado aos participantes que escrevam em filipetas as mudanças que fizeram em relação a alimentação, atividade física, enfrentamento de problemas, peso, atividades sociais, lazer, sentimentos. Caso o participante tenha dificuldade em escrever, terá suporte da equipe. Cada mudança feita deverá ser anotada em uma filipeta, assim, um mesmo participante poderá ter várias filipetas, segundo o número de mudanças que

fez. As filipetas escritas serão colocadas dentro de balões, que serão enchidos voluntariamente pelos participantes. Os balões cheios de filipetas serão jogados para cima e os participantes deverão ser mobilizados para não deixá-los cair no chão. Após cerca de três minutos, cada participante pega alguns balões, que serão estourados para pegar a filipeta. Os participantes, livremente, leem as filipetas e conversam sobre a viabilidade de incorporarem a mudança em sua rotina.

**Encerramento:** cada um fala uma palavra que representa o que é preciso para não deixar sua bola cair.

Solicitar aos participantes que tragam o desenho do caminho feito no terceiro encontro, pois será usado no próximo.

## **7º Encontro - Incentivo a meta**

O propósito desse encontro é estimular os participantes a colocarem um prazo para as mudanças desejadas.

**Aquecimento:** Pedir para os participantes desenharem em que lugar estão do “caminho” traçado no terceiro encontro. Com isso, fazer uma discussão sobre desejos, mudanças e possibilidades.

**Dinâmica:** dispor para os participantes revistas, jornais, gravuras, folhetos, cola, tesoura, folhas A4, envelopes, canetas, lápis de cor. Pedir aos participantes que escolham gravuras de como projetam estar em 3 e 6 meses. Se quiser o participante poderá fazer uma colagem para cada corte temporal. As colagens serão colocadas dentro do envelope identificado com nome do participante e o corte temporal (de 3 a 6 meses). Após o período definido, a equipe cuidará de enviar o envelope à casa dos participantes (correio, VD).

**Fechamento:** distribuir aos participantes mudas de plantas para cuidarem, significando o cuidado que devem ter consigo mesmo.

## **8º Reciclagem**

O propósito do encontro é lidar com a reconstrução da vida e rotina dos participantes. Para isso será realizado a dinâmica da reciclagem. Com uma questão ser discutida posteriormente: quais sentimentos, ações eu posso reciclar?

**Dinâmica de reciclagem:** solicitar previamente aos participantes que guardem, ou recolham com vizinhos, garrafas PET. No dia do 8º encontro, os participantes devem trazer as garrafas que conseguiram juntar, já lavadas e secas.

A equipe de saúde irá dispor aos participantes o material de apoio para o trabalho de reciclagem (tesoura, estilete, tintas, pincéis, cola quente, zíper, adesivos, pedraria). O coordenador do grupo orientará a confecção de vasinhos, porta-trecos, etc. Se houver algum participante com experiência nesse tipo de reciclagem, poderá ajudar os demais.

**Fechamento:** montar uma exposição da produção do grupo. Estimular os participantes a circularem pela exposição, admirando o que conseguiram reciclar. Em uma roda, pede-se aos participantes que sintetizem com uma frase o que vão tentar reciclar em sua rotina para conseguirem uma vida melhor, mais saudável.

## 9º Avaliação dos encontros

Para subsidiar a elaboração de outros grupos futuramente, será solicitado que os participantes façam uma avaliação dos encontros.

**Dinâmica da Balança:** consiste em desenhar uma balança grande. É solicitado ao grupo fazer uma avaliação dos encontros: de um lado da balança escrevem os pontos positivos; e de outro escrevem os pontos negativos. Para que lado a balança vai pesar? Discutir (Afonso MLM, 2006; p 162).

**Fechamento:** Bilhete Alegre: O coordenador distribuirá aos participantes corações de cartolina em número suficiente para que cada participante mande uma mensagem positiva para todos os demais. Cada participante escreverá nos corações uma mensagem positiva, uma palavra de apoio. O objetivo é

ajudar o outro com estímulos positivos, para se sintam automotivados para nas mudanças almejadas até o próximo encontro em 3 meses (Andrade SG, 1999; p 189-190).

### **10° encontro (após 3 meses) 11° encontro (após 6 meses): Acompanhamento**

Foi adotado a mesma dinâmica de grupo para esses dois encontros.

Os encontros de 3 e 6 meses, após o 9° encontro, serão dedicados ao acompanhamento ao longo do tempo. Nesses encontros, serão discutidas as facilidades e dificuldades sobre a adoção de mudança, quais benefícios e prejuízos que foram percebidos. Para isso os participantes trarão as cartas que escreveram no 7° encontro e que já foram entregues nas residências destes.

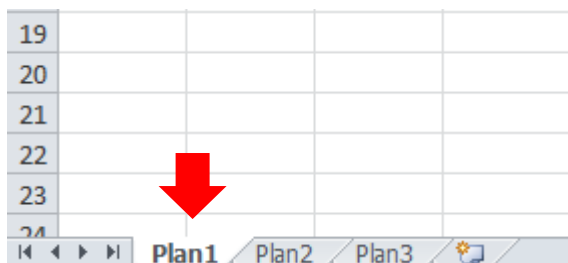
**Dinâmica:** em uma cartolina ou papel pardo desenhar uma árvore. O coordenador do encontro disponibilizará aos participantes recortes de cartolina em forma de folhas, flores e frutos. Também deixará disponível canetas e fita adesiva. Após um discurso, baseado nas cartas, sobre conquistas e desafios dos últimos três meses, o coordenador pedirá aos participantes que escolham livremente flores, frutos e folhas para pendurarem na árvore, representado o que se passou desde o último encontro. Ao pendurar as folhas, flores ou frutos, os participantes explicarão suas escolhas.

**Fechamento:** cada participante receberá uma maçã como lanche. Como lembrança do Grupo e estímulo para a caminhada cada participante colherá uma flor, fruto ou folha da árvore montada no encontro.

## Manual Passo a Passo para construção da planilha Estratificação:

1º- Abrir um novo arquivo Microsoft Excel.

2º- Click com o botão direito na aba "Plan1", e escolha a opção "Renomear".



Nomeie a "Plan1" como "Validação Dados".



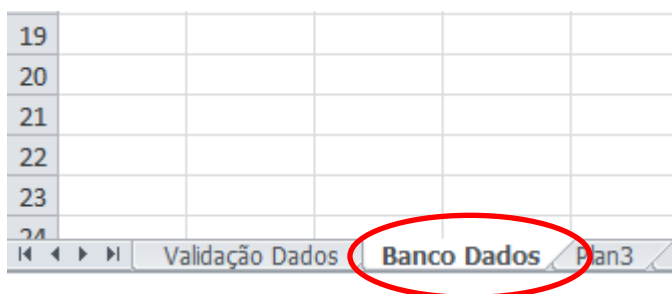
3º- Inclua os dados na planilha "Validação Dados" conforme disposição abaixo.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1	HORARIO	SEXO	MUDANÇA	FUMANTE	ALCOOL	DIETA	MEDICAÇÃO	EXERCÍCIO	140 - 159 90 - 99	160 - 179 100 - 109	≥180 ≥ 110	HB GLIC	CIRC ABDM
2	MANHÃ	M	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
3	TARDE	F	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
4	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI

4º- Click com o botão direito na aba "Plan2", e escolha a opção "Renomear".



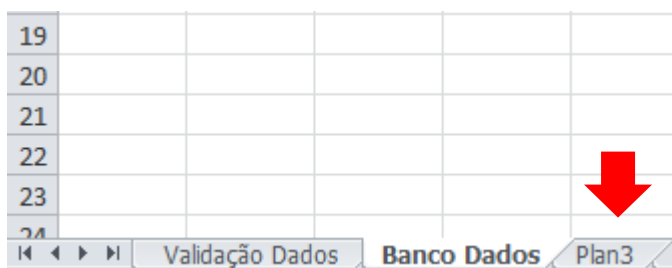
Nomeie a "Plan2" como "Banco Dados".



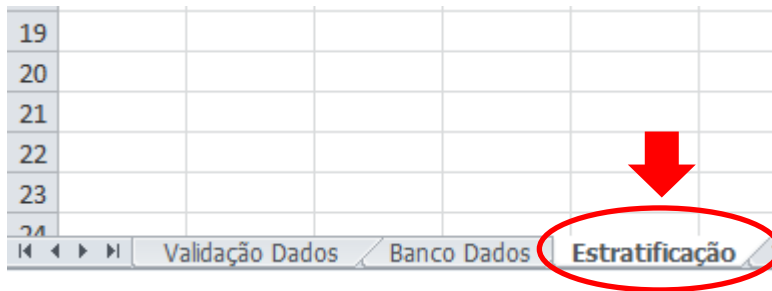
5º- Inclua os dados na planilha “Banco Dados” conforme disposição abaixo.

QUESTÕES	PONTOS	PARÂMETRO	NULO
FUMANTE	1,00	0	
ALCOOL	1,00	0	
DIETA	1,00	0	
MEDICAÇÃO	1,00	0	
EXERCÍCIO	1,00	0	
140 - 159 / 90 - 99	2,00	0	
160 - 179 / 100 - 109	3,00	0	
≥180 / ≥ 110	4,00	0	
HB GLICADO ACIMA (adulto) 7	8,50	2	0
HB GLICADO ACIMA (idoso) 8.5	8,50	2	0
CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL M	102,00	2	0
CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL F	88,00	2	

6º- Click com o botão direito na aba “Plan3”, e escolha a opção “Renomear”.



Nomeie a “Plan3” como “Estratificação”.



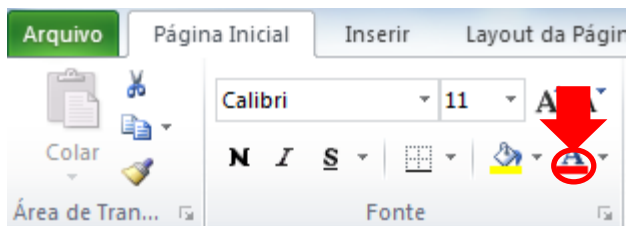
7º- Nomear as colunas de "A" até "AD", conforme abaixo.

1	A	B	C	D	E	F	G	H	I
2	Nº	NOME COMPLETO	PRONTUÁRIO	SCORE	SEXO	IDADE	ANO ESC	HORARIO	MUDANÇA


1	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
2	FUMANTE	ALCOOL	DIETA	MEDIC	EXERC	VALORES DE PA			HB GLIC	CIRC ABDOM
						140 - 159 90 - 99	160 - 179 100 - 109	≥ 180 ≥ 110	≥ 7,0	F ≥ 80 / M ≥ 94

1	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD
2	FUMANTE	ALCOOL	DIETA	MEDIC	EXERC	140 - 159 90 - 99	160 - 179 100 - 109	≥ 180 ≥ 110	HB GLIC	CIRC ABDOM	PAR CIRC

Para inserir cores nas células, selecione a área desejada, clique na seta circulada em vermelho e selecione a cor desejada.

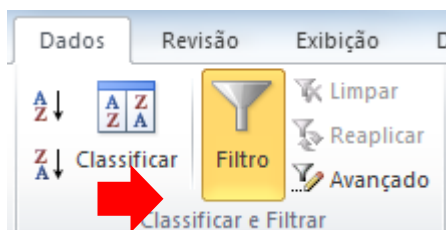


8º- Agora, para incluir os filtros, selecione toda linha "1", clicando sobre o número "1" indicada abaixo.



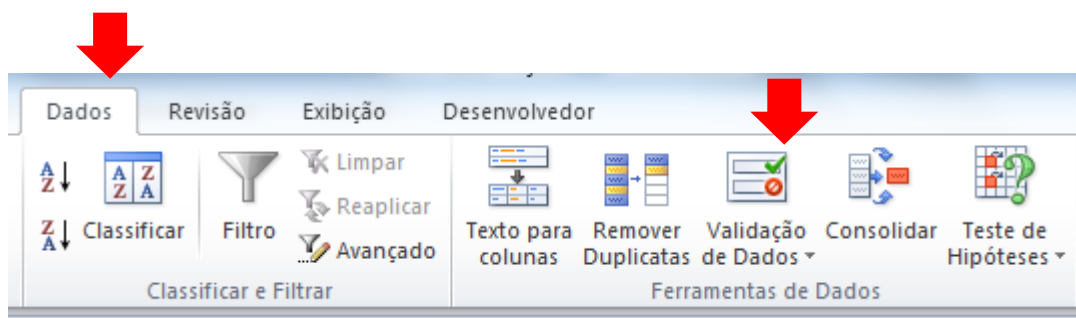
1	A	B	C	D	E
2	Nº	NOME COMPLETO	PRONTUÁRIO	SCORE	SEXO

Após selecionar a linha "1", clique no botão "Filtro" no menu "Dados".

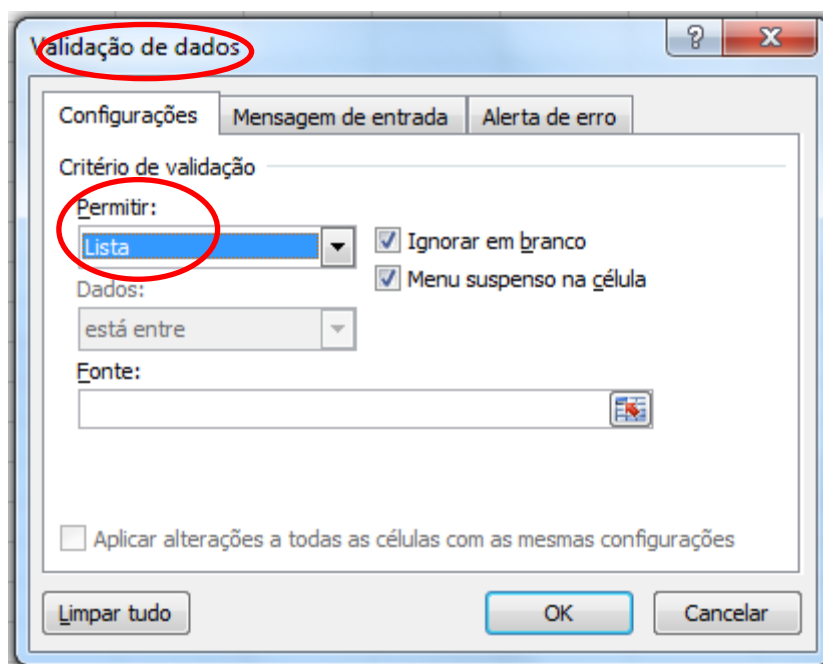


9º- Vamos inserir uma a caixa de seleção para a coluna “Sexo”. Na coluna “E”, selecione a célula E3.

Clique no menu “Dados”, e escolha a opção “Validação de Dados” na seta destacada abaixo. Ao abrir a caixa de seleção, clique na opção “Validação de Dados”.



Na janela “Validação de Dados”, no campo “Permitir” selecione a opção “Lista”.



No campo “Fonte”, selecione a planilha “Validação Dados”, e selecione a área B2:B4. Clique em “OK”. Pronto, você já tem as opções “M”, “F” e “NI” na caixa de seleção “Sexo”. Repita o mesmo procedimento para os campos “Idade”, “Ano Esc”, “Horário”, “Mudança”, “Fumante”, “Alcool”, “Dieta”, “Medic”, “Exerc” e “Valores de PA”.



	A	B	C	D	E	F
1	HORARIO	SEXO	MUDANÇA	FUMANTE	ALCOOL	DIETA
2	MANHÃ	M	SIM	SIM	SIM	SIM
3	TARDE	F	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
4	NI	NI	NI	NI	NI	NI

Validação de dados

Configurações | Mensagem de entrada | Alerta de erro

Critério de validação

Permitir: Lista  Ignorar em branco  Menu suspenso na célula

Dados: está entre

Fonte: ='Validação dados'!\$B\$2:\$B\$4

Aplicar alterações a todas as células com as mesmas configurações

Limpar tudo OK Cancelar

10º- Vamos relacionar os pontos da planilha “Banco de dados” com a “Estratificação”. Insira as fórmulas conforme tabela abaixo:

Célula	Referência	Fórmula
T3	FUMANTE	=SE(J3="SIM";'Banco Dados'!\$B\$2;'Banco Dados'!\$C\$2)
U3	ALCOOL	=SE(K3="SIM";'Banco Dados'!\$B\$3;'Banco Dados'!\$C\$3)
V3	DIETA	=SE(L3="NÃO";'Banco Dados'!\$B\$4;'Banco Dados'!\$C\$4)
W3	MEDIC	=SE(M3="NÃO";'Banco Dados'!\$B\$5;'Banco Dados'!\$C\$5)
X3	EXERC	=SE(N3="NÃO";'Banco Dados'!\$B\$6;'Banco Dados'!\$C\$6)
Y3	140 - 159 90 - 99	=SE(O3="SIM";'Banco Dados'!\$B\$7;'Banco Dados'!\$C\$7)
Z3	160 - 179 100 - 109	=SE(P3="SIM";'Banco Dados'!\$B\$8;'Banco Dados'!\$C\$8)
AA3	≥180 ≥ 110	=SE(Q3="SIM";'Banco Dados'!\$B\$9;'Banco Dados'!\$C\$9)
AB3	HB GLIC	=SE(R3>='Banco Dados'!\$C\$10;'Banco Dados'!\$B\$10;'Banco Dados'!\$D\$10)
AC3	CIRC ABDM	=SE(S3>=AD3;'Banco Dados'!\$B\$11;'Banco Dados'!\$D\$11)
AD3	PAR CIRC	=SE(E3="M";'Banco Dados'!\$C\$11;'Banco Dados'!\$C\$12)

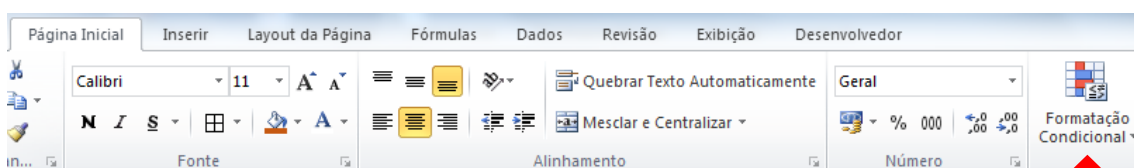
11º- É necessário estender as fórmulas por toda a planilha. Selecione a célula T3 até a célula AD3. Aproxime o mouse no canto inferior direito da seleção, e quando a seta do mouse se transformar em um sinal de “+”, clique e arraste para baixo até a linha de número 702. Ou seja, a planilha estará dimensionada para 700 prontuários.

	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD
1											
2	FUMANTE	ALCOOL	DIETA	MEDIC	EXERC	140 - 159 90 - 99	160 - 179 100 - 109	≥180 ≥ 110	HB GLIC	CIRC ABDM	PAR CIRC
3	1	1	1	1	1	0	0	3	1	1	94

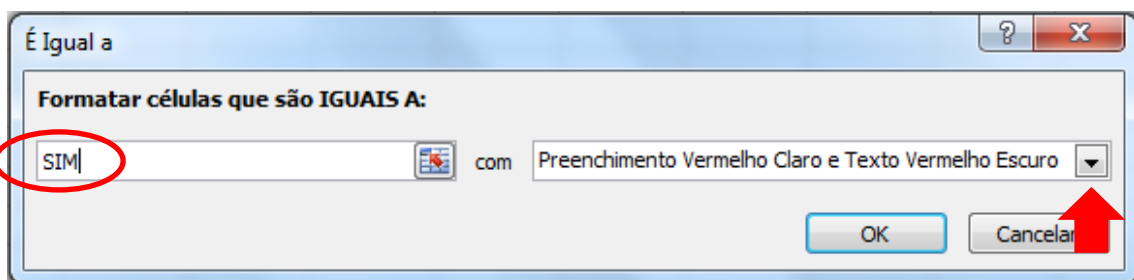
12º- Na coluna “D” – “Score”, precisamos inserir a fórmula de soma para totalizar os pontos. Digite na célula “D3” a seguinte fórmula: =SOMA(T3:AC3). Siga o mesmo processo anterior: Selecione a célula D3, e aproxime o mouse no canto inferior direito da seleção, e quando a seta do mouse se transformar em um sinal de “+”, clique e arraste para baixo até a linha de número 700.

	A	B	C	D
1				
2	N	NOME COMPLETO	PRONTUÁRIO	SCORE
3	1			10

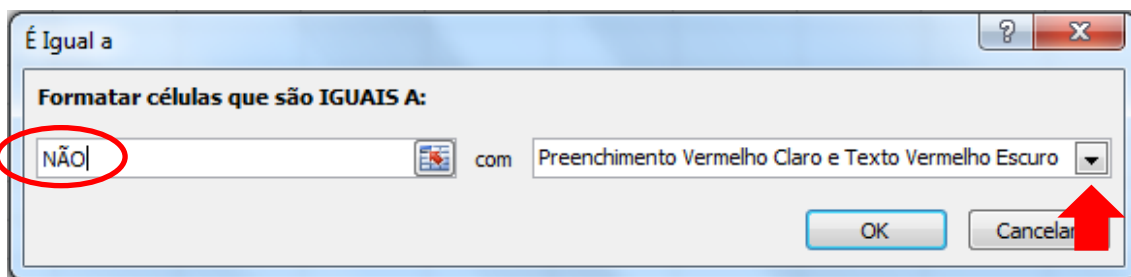
13º- Faremos com que as opções selecionadas sejam destacadas com cores. Selecione as células “J3:K702”, ou seja, as colunas de “Fumante” e “Alcool” desde a linha “3” até a linha “702”. Após selecionar, clique no botão “Formação condicional”, no menu “Página inicial”. Arraste o mouse até a opção “Realçar regras das células”, e em seguida até a opção “É igual a...”. Clique na Opção “É igual a...”



Abrirá a janela abaixo. Insira a palavra “SIM” no campo vazio, e em seguida clique na seta de seleção, e escolha a opção “Texto vermelho”. Clique em “OK”. Pronto, ao selecionar a opção “SIM”, a palavra deve destacar na cor vermelha.



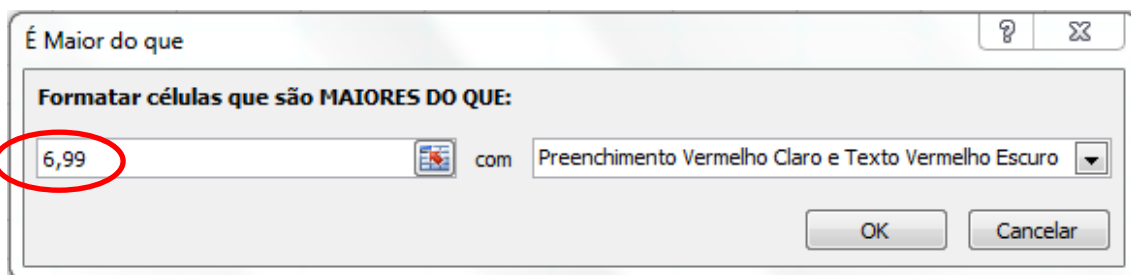
Repita as etapas acima, porém selecionando as células “L3:N702”, ou seja, as colunas de “Dieta”, “Medic” e “Exerc” desde a linha “3” até a linha “702”. Após abrir a janela abaixo, insira a palavra “NÃO” ao invés da palavra “SIM”, e em seguida clique na seta de seleção, e escolha a opção “Texto vermelho”. Clique em “OK”. Pronto, ao selecionar a opção “NÃO”, a palavra deve destacar na cor vermelha.



Repita novamente as etapas acima, porém selecionando as células “O3:Q702”, ou seja, as colunas de “Valores de PA” desde a linha “3” até a linha “702”. Após abrir a janela abaixo, insira a palavra “SIM”, e em seguida clique na seta de seleção, e escolha a opção “Texto vermelho”. Clique em “OK”. Pronto, ao selecionar a opção “SIM”, a palavra deve destacar na cor vermelha.

Agora selecione as células “R3:R702”, ou seja, as colunas de “HB GLIC  $\geq$  7,0” desde a linha “3” até a linha “702”. Após selecionar, clique no botão “Formação condicional”, no menu “Página inicial”. Arraste o mouse até a opção “Realçar regras das células”, e em seguida até a opção “É maior do que...”. Clique na Opção “É maior do que...”

Abrirá a janela abaixo. Insira o número “6,99” no campo vazio, e em seguida clique na seta de seleção, e escolha a opção “Texto vermelho”. Clique em “OK”. Pronto, ao selecionar a opção “7,0”, o número deve destacar na cor vermelha.

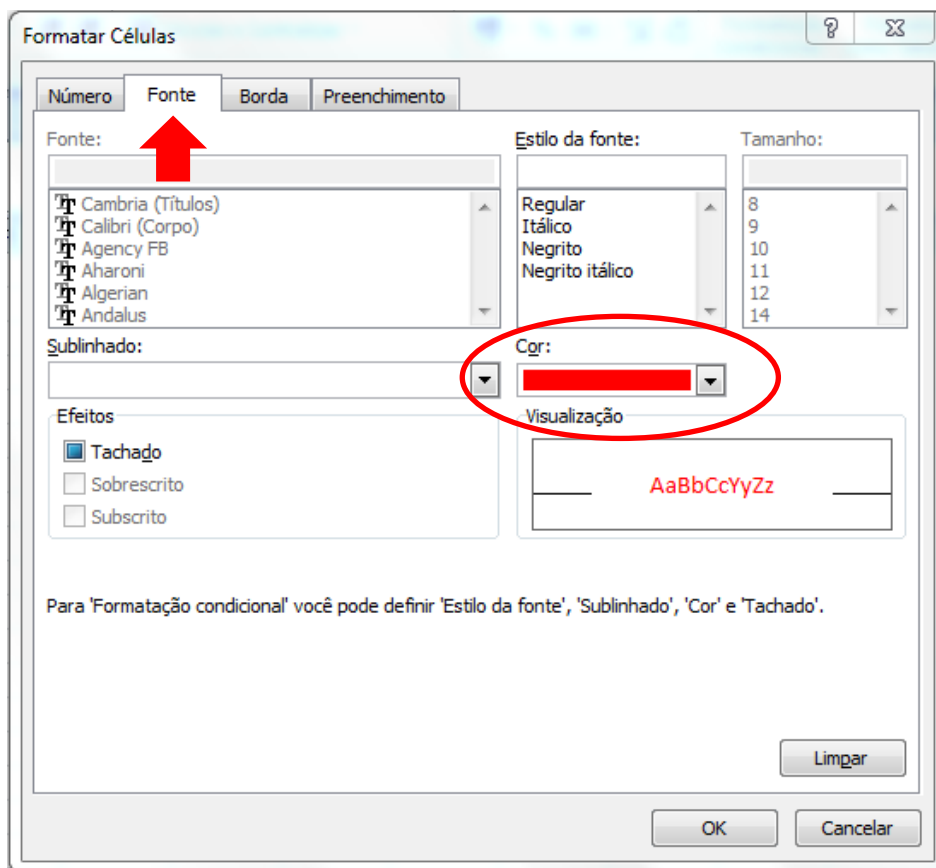


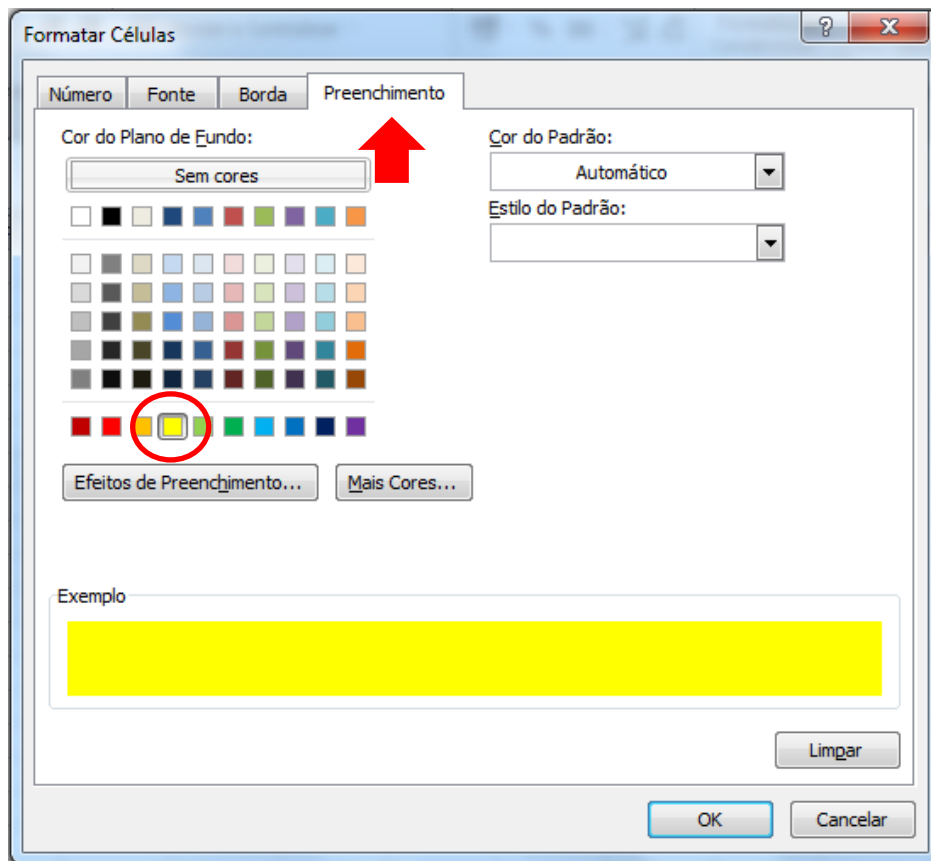
14º- A soma do Score também deve ser destacada com cores. Selecione as células “D3:D702”, ou seja, a coluna de “Score” desde a linha “3” até a linha “702”. Após selecionar, clique no botão “Formação condicional”, no menu “Página inicial”. Arraste o mouse até a opção “Realçar regras das células”, e

em seguida até a opção “É maior do que...”. Clique na Opção “É maior do que...”

Abrirá a janela abaixo. Insira o número “3” no campo vazio, e em seguida clique na seta de seleção, e escolha a opção “Formato personalizado...”. Na janela abaixo

“Formatar células” na aba “Fonte”, selecione a cor “vermelho”. Agora na aba “Preenchimento”, selecione a cor “amarelo”. Clique em “OK”. Pronto, ao somar número maior que “3”, o número deve destacar na cor vermelha, e o preenchimento deve ficar amarelo.





Mantenha selecionadas as células “D3:D702”, ou seja, a coluna de “Score” desde a linha “3” até a linha “702”. Clique novamente no botão “Formação condicional”, no menu “Página inicial”. Arraste o mouse até a opção “Realçar regras das células”, e em seguida até a opção “É maior do que...”. Clique na Opção “É maior do que...”

Abrirá a janela abaixo. Insira o número “6” no campo vazio, e em seguida clique na seta de seleção, e escolha a opção “Formato personalizado...”. Na janela abaixo “Formatar células” na aba “Fonte”, selecione a cor “preto”. Agora na aba “Preenchimento”, selecione a cor “vermelho”. Clique em “OK”. Pronto, ao somar número maior que “6”, a célula deve ficar preenchida na cor amarelo.

## Referências

Abrahão AL, Freitas CSF. Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009; 17 (3): 466-441.

Afonso MLM. Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006. p. 9-29.

Andrade SG. Teoria e prática de dinâmica de grupo: jogos e exercícios. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.

Batista VVBHO; Vecchia MD. Os grupos na produção de conhecimento na psicologia: uma revisão de literatura. Psicologia e Sociedade; 2011; 23(2): 379-390.

Bechelli LPC, Santos MA. Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. Rev. Latino-Am Enfermagem, 2004; 12(2): 242-9.

Bo S et al. Effectness of a lifestyle intervention on metabolic syndrome: a randomized controlled trial. J Gen Intern Med, 2007; 22(12): 1695 - 703.

Boff L. A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana. Petrópolis-RJ: Vozes; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasil; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. As Cartas da Promoção a Saúde. Brasília; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus. Brasília; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: 1997 [citado 2014 mai. 14]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília; 2014.

Camargo BC. O construcionismo social no contexto da Estratégia Saúde da família: articulando saberes e práticas [Doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.

Campos RTO, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. Rev. Saúde Pública, 2008; 42 (6): 1090-6.

Cunha RCOB, Pezzato LM. Práticas educativas e produção de sentido In: Pelicioni MCF, Mialhe FL. Educação e promoção da saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos; 2012.p. 265 – 286.

Guazelli ME, Pereira IMTB. Considerações teóricas e uma aproximação às estratégias metodológicas em educação em saúde com base na promoção. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL. Educação e promoção da saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos; 2012.p. 99 – 114.

Grossman E, Cardoso MHCA. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. Rev. Bras. Educ Méd, 2006; 30 (1): 6-14.

Faria E. Dicionário escolar latino-português. Campanha nacional de educação. Ministério da educação e cultura. 4 ed. 1967

Favoreto CAO, Camargo Jr KR. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. Interface – Comunic., Saúde, Educ, 2011; 15 (37): 473-83.

Felipe GF. Educação em saúde: olhar da enfermeira e do usuário hipertenso [Dissertação]. Ceará: Universidade Estadual do Ceará; 2011.

Fernandes MTO, Soares SM, Silva LB. Limitações e possibilidade no desenvolvimento do trabalho com grupos na Estratégia Saúde da Família. Rev. Min. Enferm. 2008 [citado 2015 ago. 15]; 12 (3). Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/274>.

Freitas MC, Mendes MMR. Condição crônica: análise de conceito no contexto da saúde do adulto. Rer. Latino-Am Enfermagem. 2007; 15 (4): 590-7.

Fortuna CM, et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Revista Latino-Am Enfermagem. v.1, n.2, p. 262-8. 2005.

Huisman S et al. Self-regulation on weight reduction in patients with type 2 diabetes: a pilot intervention study. Patient Education and Counseling, 2009; 75: 84 - 90.

Lean MEJ et al. Waist circumference as a measure for indicating need for management. BMJ. 1995 [citado 2015 jun. 15]. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/311/6998/158>.



Loureiro SAG, Gonçalves BD, Smigay KE, Afonso MLM. “Oh! Pedaco de mim, Oh! Metade arrancada de mim...” Oficina sobre questões étnicas, com adolescentes negras, em uma escola pública. In oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006 p. 129-135.

Lorig KR, Holman H. Self-Management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Stanford University School of Medicine. Ann. Behav. Med. 2003; 26 (1).p. 1-7.

Maffaccioli R., Lopes MJM. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. Ciência e Saúde Coletiva. 2011; 16 (1) 973-82.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. Brasil: Organização Pan-americana da saúde; 2012

Mendes KDS et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e enfermagem. Texto e Contexto Enfermagem. 2008; 17(4): 758-64.

Mendonça FF, Nunes EFPA. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. Trab. Educ. Saúde [internet]. 2015 [citado 2015 ago. 15]; 13(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00053>.

Ohara E.C.C., Saito R.X.S. Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari; 2008.

Organização Mundial da Saúde/Unicef. Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Rússia; 1979. [citado 2014 mai.14]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf)

Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: 2003. [citado 2014 mai.14]. Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>

Osório LC. Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era. Porto Alegre: Artmed; 2003.

Pelicioni MCF, Mialhe FL. Educação e promoção da saúde: teoria e prática. In: Cunha RCOB, Pezzato LM. Práticas educativas e produção de sentido. São Paulo: Santos; 2012. p. 265 – 86.

Penn D et al. Interim report on the provision of medical and allied services. London: 1920. [citado 2014 mai. 14]. Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/resources/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>

Pereira, AAM. Aspectos psicológicos envolvidos na não adesão. In Nobre F, Mion Júnior D. Adesão ao tratamento: O grande desafio das doenças crônicas e da Hipertensão Arterial. São Paulo: Casa Leitura Médica; 2013. p. 35-43

Prochaska, J., Diclemente, C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983; 51, 390-395.

Rocha V, Schall VT, Lemos ES. A contribuição de um museu de ciências na formação de concepções sobre a saúde de jovens visitantes. *Interface Comunic Educ*. 2010; 14. 183 – 96 [citado 2014 jul.14]. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/15.pdf).

Ribeiro et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da Saúde da Família. *Ver. Nutr*. 2012; 25 (2): 271-82.

São Paulo. Prefeitura de São Paulo. Unidade Básica de Saúde: Diretrizes Gerais: fortalecendo a Atenção Básica no Município de São Paulo. São Paulo; 2015.

Silva CMC, Mialhe FL, Pelicioni MCF, Pelicioni AF. Educação em saúde e suas práticas ao longo da história brasileira. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL. Educação e promoção da saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos; 2012.p. 03 – 22.

Silva JL. A prática educativa como expressão da prática profissional no contexto da equipe de saúde no município do Rio de Janeiro [mestrado]. Rio de Janeiro: Centro Biomédico – Faculdade de Enfermagem – Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.

Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface Comunic Saude Educ*. 2005; 9: 91-104.

Sociedade Brasileira de Diabetes. Conduta Terapêutica no Diabetes tipo 2: Algoritmo SBD 2014.

Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95 (1): 1-41. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.asp](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.asp)

Almeida AH, Trapé CA, Soares CB. Educação em saúde no trabalho que enfermagem. In: Soares CB, Campos CMS. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. Barueri: Manole; 2013.p. 293 – 325.

Starfield. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco-Ministério da Saúde; 2002.

Telesaúde Brasil, Telesaúde RS. Educação em Saúde: roteiro para trabalho de grupos em APS. [citado 2014 jul.14]. Disponível em: [http://sistemas.fesfsus.ba.gov.br/BiblioFesf/protocolo\\_grupos.pdf](http://sistemas.fesfsus.ba.gov.br/BiblioFesf/protocolo_grupos.pdf)

Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.

Tonstad S, Alm CS, Sandvik E. Effect of nurse counselling on metabolic risk factors in patients with mild hypertension: a randomised controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2006; 6: 160 – 164.

Vasconcelos EM. Educação popular em saúde: constituição e transformação de um campo de estudos e práticas na saúde coletiva. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL. Educação e promoção da saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos; 2012.p. 313 – 346.

Vasconcelos EM. Espiritualidade e educação popular em saúde In: Pelicioni MCF, Mialhe FL. Educação e promoção da saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos; 2012.p. 367-90.

Yunes MAM. Resiliência e Promoção de desenvolvimento saudável: uma análise panorâmica dos discursos científicos. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL. Educação e promoção da saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos; 2012.p. 303 – 312.