

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO *SCRITO SENSU* DE ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM CIÊNCIAS DO CUIDADO EM SAÚDE

ÉRIKA MONTEIRO DA SILVA

**PROMOÇÃO DA SAÚDE: o autocuidado no contexto de grupos de pessoas que vivem
com doenças crônicas não transmissíveis**

NITERÓI

2018

ÉRIKA MONTEIRO DA SILVA

PROMOÇÃO DA SAÚDE: O AUTOUIDADO NO CONTEXTO DE GRUPOS DE
PESSOAS QUE VIVEM COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação *Stricto Sensu* de Enfermagem do
Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado
em Saúde, Escola de Enfermagem Aurora de
Afonso Costa da Universidade Federal
Fluminense, como requisito para obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.
Linha de Pesquisa 1: Cuidado em seu contexto
sociocultural

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Vera Maria Sabóia

Niterói, RJ

2018

Ficha catalográfica automática - SDC/BENF Gerada
com informações fornecidas pelo autor

S586p Silva, Érika Monteiro da
PROMOÇÃO DA SAÚDE: : o autocuidado no contexto de grupos de
pessoas que vivem com doenças crônicas não transmissíveis
/ Érika Monteiro da Silva ; Vera Maria Sabóia, orientadora.
Niterói, 2018.
93 f. : il.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal Fluminense,
Niterói, 2018.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/MPES.2018.m.10488906784>

1. Doença crônica. 2. Educação em saúde. 3. Cuidados de
enfermagem. 4. Autocuidado. 5. Produção intelectual. I.
Sabóia, Vera Maria, orientadora. II. Universidade Federal
Fluminense. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. III.
Título.

CDD -

ÉRIKA MONTEIRO DA SILVA

PROMOÇÃO DA SAÚDE: O AUTOCUIDADO NO CONTEXTO DE GRUPO DE PESSOAS QUE VIVEM COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* de Enfermagem do Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: 29 de junho de 2018

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Vera Maria Sabóia
Orientadora (Presidente)

Prof^ª. Dr^ª. Lina Márcia Migués Berardinelli - UERJ
(1^ª examinadora)

Prof^ª. Dr^ª Geilsa Soraia Carvalho Valente - UFF
(2^ª examinadora)

Prof^º. Dr^º Elias Barbosa de Oliveira - UERJ
(1^º suplente)

Prof^ª. Dr^º Eneas Rangel Teixeira - UFF
(2^ª suplente)

Niterói

2018

AGRADECIMENTOS

Como eu esperei por esse momento em que posso agradecer a cada um que me ajudou nesse processo de crescimento acadêmico, profissional e pessoal.

Então, a vocês dedico essa dissertação e meus agradecimentos:

*Ao meu bondoso **Deus**, que me deu saúde e forças para superar todos os obstáculos que enfrentei até aqui, quantas vezes secou minhas lágrimas enquanto ninguém estava vendo e me disse: “Vai filha, pois estou contigo”.*

*Aos meus pais, **Claudinéia e Antônio (in memorian)**, por me ensinarem o caminho a seguir. Em especial a minha fortaleza, minha mãe, que tanto se abdicou do seu tempo ficando com os netos, para que conseguisse ler e escrever. Você é inspiração para mim.*

*Ao meu amado, **Ribamar**, por agüentar meu mau humor, minhas crise de ansiedade e acima de tudo por me colocar sempre para cima, me incentivando e dizendo que ia conseguir. Te amo!*

*Aos meus filhos, **Pedro e Heitor**, tudo isso foi feito por vocês, na esperança de dar a vocês um futuro melhor. Vocês são a minha vida, o meu respirar, a minha vontade de estar viva todos os dias só para ver um sorriso. Prova disso é estar escrevendo esses agradecimentos num quarto de UTI, enquanto o Heitor se recupera. Amo vocês!!*

*Ao meu irmão e cunhada, **Yuri e Bianca**, por me socorrer às vezes ficando com os meninos para eu estudar e por todo incentivo. E sobrinhos **Lucas, Igor e Théo**, que com o coração apertado disse não algumas vezes quando pediram para ir brincar com os primos, para que eu pudesse estudar, titia ama vocês.*

*Aos meus familiares: tios, tias, primos, primas, avô **Luiz (in memorian)** e em especial a minha avó, **Maria Salvadora**, que no auge dos seus 88 anos, me incentivou, me sustentou com suas orações e seus sábios conselhos. Vocês são essenciais na minha vida.*

Aos meus amigos e amigas, obrigada por todo amor, todas as palavras de ânimo, por massagearem o meu ego para que eu não desistisse dessa jornada. Vocês são muito especiais.

*Aos meus parceiros de trabalho do **PMF Maruí**, vocês participaram ativamente de todo o processo desde a inscrição, expectativas com o resultado da prova vibraram com minha aprovação e quebraram muitos galhos. Vocês foram fundamentais nisso tudo.*

*À minha maravilhosa orientadora, **Vera Sabóia**, não tenho palavras para dizer o quanto a senhora foi importante nesses 2 anos e 3 meses..rsrs... Obrigada por abrir a sua*

casa para momentos de muito aprendizado acadêmico, lições de amor ao próximo e de como a vida pode ser leve se olhada com olhos de amor. Obrigada é muito pouco!

*Aos professores que contribuíram por todo aprendizado nesses anos de curso e em especial as professoras **Lina e Geilsa** que contribuíram ativamente no processo de construção deste trabalho.*

*Aos profissionais da **Policlínica Comunitária do Badu**, que mesmo passando por um momento tão difícil em seu emprego, me ajudaram a coletar os dados de maneira correta sendo fidedigna a pesquisa, em especial a Enfermeira **Viviane**, sem você não sei se seria possível.*

Agradeço a todos que participaram direta ou indiretamente nesse processo, vocês me impulsionaram para que eu conseguisse chegar aqui.

EPÍGRAFE

*“Não há seres educados e não educados. Estamos todos nos educando.
Existem graus de educação, mas estes não são absolutos”.*

Paulo Freire

RESUMO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) têm sido alvo das políticas públicas nos últimos anos, tendo em vista o aumento da morbimortalidade exigindo ações educativas a fim de minimizar complicações. Este estudo tem como **objeto** a repercussão dos grupos de ajuda mútua no processo de ensino-aprendizagem sobre o autocuidado, com pessoas que vivem com DCNT. Constitui-se como parte de uma pesquisa multicêntrica, desenvolvida em parceria com a Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. **Objetivo geral:** compreender a repercussão dos grupos de ajuda mútua em pessoas que vivem com DCNT da Clínica Comunitária de Família do Badú/Niterói-RJ, com foco no processo de ensino aprendizagem sobre autocuidado. **Objetivos específicos:** caracterizar o perfil sociodemográfico e de saúde desse grupo populacional específico; analisar o conhecimento dessas pessoas sobre o autocuidado e discutir a repercussão do grupo desses grupos na melhoria das condições de saúde dos participantes. **Metodologia:** Estudo multicêntrico, de natureza qualitativa, com abordagem da Pesquisa-ação Participativa em Saúde, desenvolvido na Clínica Comunitária de Família do Badú/Niterói-RJ. Os participantes foram pessoas idosas e adoecidas por DCNT, cadastrados nessa unidade de saúde que participam de grupos de ajuda mútua. As técnicas de produção de dados foram: roda de conversa, entrevista semiestruturada, observação participante e instrumento de avaliação do conhecimento e autocuidado para pessoas com problemas crônicos de saúde. Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo de Bardin, do tipo temática. Dessa forma, chegou-se a construção de três categorias analíticas: “O apoio emocional: vencendo os desafios”; “A construção coletiva do conhecimento e o autocuidado” e “O vínculo profissional e usuário: motivação para mudanças”. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do HUPE, sob o número nº 455.393 no CAAE: nº 16413013100005259 de 2015. **Resultados da pesquisa:** Verificou-se a importância do planejamento de ações de ajuda mútua em grupo, visando melhorias na qualidade de vida de pessoas que vivem com DCNT. Tais atividades podem favorecer na reorientação de hábitos de vida, aumentando a adesão ao tratamento e estimulando o autocuidado por meio do fortalecimento do vínculo profissional-clientela. **Considerações finais** Os objetivos foram alcançados, os grupos de ajuda mútua foram avaliados de maneira positiva pelo participantes, uma vez que estimulam ao convívio social, dando suporte emocional para vencer desafios impostos pelas DCNT. O estudo poderá subsidiar futuras pesquisas sobre a temática utilizando abordagens participativas.

Palavras chave: Doença crônica; Terapia de grupo; Cuidados de enfermagem; Educação em saúde; Promoção da saúde; Autocuidado.

ABSTRACT

Chronic non-communicable diseases (NCD) have been the focus of several public policies in the past years due to the increase in the morbimortality caused by them and requiring, thus, the implementation of social actions designed with the purpose of minimizing their complications. The subject of this study was obtained through researching the teaching-learning process of acquiring self-care within mutual aid groups whose members suffer from NCD. It is part of a multicenter research, developed in partnership with the School of Nursing of the University of State of Rio de Janeiro (UERJ) and the Higher School of Nursing of Coimbra, in Portugal. **General objective:** to understand the impact of the mutual aid groups in patients with NCD from the Clínica Comunitária de Família (Community Family Clinic) in Badú/Niterói-RJ, focusing on their teaching-learning self-care process. **Specific objectives:** to signalize the sociodemographic and healthcare profiles of this specific populational group; to analyze the knowledge of these individuals about healthcare and to discuss the role of the groups in the improvement in the participants' conditions. **Methodology:** multicenter study, of qualitative nature, with a research-action approach in the field of Healthcare research, developed in a Community Family Clinic in Badú/Niterói-RJ. The participants were elderly people who suffered from NCD, registered in this clinic, and who took part in mutual aid groups. The techniques used to collect data were: the setting of conversation circles, conducting semi-structured interviews, observing patients and the utilization of tools for evaluation of the individual knowledge and self-care of people with chronic diseases. Data analyses were based on Bardin's methodology of thematic content analysis. Hence, three analytical categories were defined: "Emotional support: overcoming challenges"; "The collective acquisition of knowledge and self-care" and "The relationship between professionals and patients: motivating changes".

This study was approved by the Ethics Committee of the HUPE, under the number 455.393 in the CAAE: number 16413013100005259, in 2015. **Research results:** The importance of planning actions of mutual help in groups was verified, in view of improvements in the quality of life of people who live with NCD. The mentioned activities can help in the reorientation of life habits, increasing adherence to treatment and stimulating self-care through the strengthening of the professional-client relationship. **Final considerations:** The objectives were met. The mutual aid groups were positively evaluated by the patients, owing to the fact that they stimulated social interaction, providing, thus, emotional support that influenced the process of overcoming the challenges of living with the NCD. The study may support future research on the subject.

Keywords: Chronic disease; Group therapy; Nursing care; Health education; Health promotion; Self-care.

LISTA ABREVIATURAS E SIGLAS

ENF/UERJ	Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio De Janeiro
EAAAC	Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa
ESENF-PT	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Portugal
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças por Inquérito Telefônico
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
MEDLINE	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
REME	Revista Mineira de Enfermagem
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
PUBMED	Public Medline
MEDISAN	Revista Médica de Saúde em Santiago Cuba
NEFE	Núcleo de Estudos em Fundamentos de Enfermagem
ANPPS	Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde
DT	Doenças Transmissíveis
OM	Objetivo do Milênio
ONU	Organização das Nações Unidas
MS	Ministério da Saúde
MDS	Metas de Desenvolvimento do Milênio
WHO	World Health Organization
CCF	Clinica Comunitária de Família
SIAB	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Primária
AB	Atenção Básica
PAPS	Pesquisa-Ação Participativa em Saúde
ICPHR	International Collaboration on <i>Participatory Health Research</i>
TCLE	Termo Consentimento Livre e Esclarecido
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
PAP	Pesquisa-Ação Participativa
UR	Unidades de Referência
CEP	Comitê de Ética Em Pesquisa
HU	Hospital Universitário
NEPP	Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 Fatores de risco individuais para DCNT, f. 31
- Figura 2 Roda de conversa em Grupo de Hipertensos e Diabéticos, f. 50
- Figura 3 Roda de conversa em Grupo de Hipertensos e Diabéticos, f. 50
- Figura 4 Roda de conversa em Grupo de Hipertensos e Diabéticos, f. 50
- Figura 5 Grupo e Ajuda Mútua e Geração de Renda, f. 51
- Figura 6 Grupo de Ajuda Mútua e geração de Renda, f. 51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Pesquisa da base de dados de artigos BVS, LILACS e PUBM, f. 19
Quadro 2	Quantitativo de participantes nos três momentos de Produção de Dados, f.50
Quadro 3	Categoria 1 – O apoio emocional: vencendo os desafios, f.51
Quadro 4	Categoria 2 – Construção coletiva do conhecimento e o autocuidado, f. 53
Quadro 5	Categoria 3 – O vínculo profissionais e usuários: motivação para mudança, f.53
Quadro 6	Caracterização dos participantes dos grupos ao sexo, f. 56
Quadro 7	Caracterização dos participantes que responderam ao questionário ao sexo, f.56
Quadro 8	Caracterização seguindo auto-declaração cor/raça, f.58
Quadro 9	Caracterização em relação à renda familiar, f.58
Quadro 10	Caracterização em relação às Doenças Crônicas Não Transmissíveis, f. 59
Quadro 11	Caracterização em relação ao tratamento utilizado, f. 59

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Motivação/Problema	p. 17
1.2 Justificativa.....	p. 20
1.3 Questões norteadoras.....	p. 25
1.4 Objetivos.....	p. 26
1.5 Contribuições/Relevância.....	p. 26

2-REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL

2.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis: uma preocupação mundial	p. 28
2.2 Promoção da Saúde: a articulação de saberes e a mobilização de recursos.....	p. 33
2.3 Educação em Saúde: o diálogo como instrumento de conquistas.....	p. 36
2.4 Interdisciplinaridade: construindo pontes entre diferentes disciplinas.....	p. 39

3-METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo.....	p. 42
3.2 Cenário.....	p. 44
3.3 Participantes da pesquisa.....	p. 46
3.4 Técnica de produção de dados.....	p. 47
3.5 Técnica de análise dos dados.....	p. 52
3.6 Aspectos Éticos e Legais.....	p. 58

4-ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS ACHADOS

4.1 Caracterização sociodemográfica e de saúde dos participantes	p. 59
4.2 Categorias construídas a partir dos achados qualitativos da pesquisa	p. 64
4.2.1 Categoria 1 – O Apoio Emocional: vencendo desafios.....	p. 64

4.2.2 Categoria 2 – A construção coletiva do conhecimento e o autocuidado.....p.	68
4.2.3 Categoria 3 – O vínculo entre profissionais e usuários: uma forma de motivação.....p.	71
5 <u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>p.	74
6 <u>REFERÊNCIAS</u>p.	76
7 <u>APÊNDICES</u>p.	84
8 <u>ANEXO</u>p.	91

1. INTRODUÇÃO

Este estudo faz parte de um projeto multicêntrico desenvolvido entre a Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/UERJ), em parceria com a Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense (EEAAC/UFF) e a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra em Portugal (ESENfC-PT).

Nos últimos anos, houve uma mudança no perfil de morbimortalidade da população brasileira, com aumento das doenças e mortes prematuras ocasionadas por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Entre essas se evidenciam a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o Diabetes Mellitus (DM), o Câncer e as Doenças Respiratórias Crônicas. As DCNT compõem um problema de saúde pública, sendo responsáveis por 72% das causas de morte (BRASIL, 2011).

Este tema sempre está em pauta quando há discussão sobre promoção da saúde. Dentre as mudanças ocorridas no perfil da população brasileira, dados demonstram que as pessoas estão envelhecendo e, com isso, transformações socioeconômicas estão ocorrendo, demandando ações mais adequadas a essa realidade.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2016 realizou estimativas de crescimento populacional até o ano de 2030. Nesse documento, nota-se um declínio da fecundidade e natalidade e aumento do índice de envelhecimento, acarretando custos com saúde, devido ao aumento no número de agravos crônicos não transmissíveis (IBGE, 2016).

O Relatório Mundial sobre DCNT informa que no ano de 2012 foram registradas 38 milhões de mortes, dessas 40% ocorreram prematuramente, ou seja, de pessoas com idade inferior aos 70 anos. O documento afirma que a maioria destas situações são preveníveis por meio da implementação de intervenções visando desestimular o tabagismo, aumentar a utilização de gorduras poliinsaturadas, diminuir o uso de bebidas alcoólicas e prevenção de doenças cardiovasculares (OMS, 2014).

Devido ao aumento dos índices e mudança do perfil da população, o Ministério da Saúde lançou em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis para os anos de 2011-2022. Tem como objetivo “preparar o Brasil para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, as doenças crônicas não transmissíveis” (BRASIL, 2011, p. 08). Tal instrumento norteia ações voltadas para as equipes de saúde,

baseadas nas intervenções da Organização Mundial de Saúde (OMS), fornecendo o apoio para enfrentamento das doenças crônicas e seus fatores de risco no Brasil (BRASIL, 2014).

A vulnerabilidade destes usuários deve ser colocada em questão. Dificuldades na adesão ao tratamento, problemas para adquirir os medicamentos, que nem sempre estão disponíveis pelo Sistema Único de Saúde (SUS), condições sociais e econômicas desfavoráveis, reforçam as estatísticas da OMS, revelando que “80% dos óbitos por DCNT ocorrem em países de baixa ou média renda, com 29% em adultos com menos de 60 anos, enquanto aqueles com alta renda esse percentual chegam a 13%” (DUCAN et al, 2014).

A vulnerabilidade quer expressar “os potenciais de adoecimento/não adoecimento relacionados a todo e cada um dos indivíduos que viva em certo conjunto de condições” (AYRES, 2009, p.123). Vários fatores levam ao adoecimento, não apenas os individuais, mas também outros que acarretam maior suscetibilidade, como os fatores coletivos e sociais.

As análises de vulnerabilidade envolvem avaliação de três planos: plano individual, plano social e vulnerabilidade programática. Os dois primeiros são associados pelo grau de acesso à informação e a serviços de saúde e como são utilizados no dia-a-dia para transformação em práticas de proteção a riscos. São utilizados no sentido de disponibilizar de modo efetivo um grau de qualidade de compromisso, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado. A vulnerabilidade programática engloba o acesso e os recursos organização dos serviços de saúde necessários ao indivíduo, afim de não se expor a doenças levando a proteção de danos. (AYRES, 2009).

O encorajamento ao autocuidado faz parte do trabalho de toda a equipe de saúde, cada qual em sua esfera, contribuindo para produção do cuidado. Durante muitos anos obter saúde significava apenas ausência de doença, vivia-se num campo de prática voltada às ações curativas. Culturalmente, isso ainda está embutido no cotidiano da população e dos profissionais de saúde, onde a procura pelos serviços se dá para aliviar uma necessidade de cuidados momentânea, fortalecendo o modelo de atenção biomédico, prescritivo e formatado.

Os enfermeiros e demais profissionais de saúde são fundamentais na busca destes indivíduos e na adesão dos mesmos ao tratamento, cada qual desempenhando seu papel, tentando articular conhecimentos e práticas. Os grupos de educação em saúde, como ambiente de construção de conhecimento e da formação de sujeitos co-responsáveis, valorizam a participação e a troca coletiva de saberes, ultrapassando o modelo biologicista, ainda vigente (MENDONÇA; NUNES, 2014).

Nas unidades básicas de saúde, cenários da Atenção Primária e porta de entrada dos usuários no SUS, se percebe ações voltadas para solucionar problemas de saúde agudos,

necessitando de intervenções para a promoção da saúde e prevenção de agravos. As pessoas que vivem com DCNT necessitam de um contato mais próximo com os profissionais de saúde, para que possam compartilhar saberes, para que as ações desenvolvidas sejam resolutas, repercutindo na saúde dessas pessoas (BERARDINELLI et al, 2010).

Há necessidade de incorporar práticas de promoção da saúde que envolvam o indivíduo nos âmbitos individual e coletivo, por meio da educação em saúde e articulação de ações com outros setores, tendo em vista a mudança de diversos determinantes em saúde.(MEDINA et al, 2014).

A utilização de grupos de educação em saúde como estratégia de aproximação entre usuários e equipe interdisciplinar tem sido vista como uma maneira de abordar temas que façam a diferença na vida das pessoas, respeitando as subjetividades individuais e valorizando trocas de saberes (ALVES et al, 2015).

A sustentabilidade de grupos educativos é um desafio para a equipe de saúde, para promover o autocuidado do usuário, sendo necessário que os temas discutidos estejam de acordo com sua realidade. O papel da equipe de saúde é manter este indivíduo próximo ao serviço de saúde, utilizando métodos participativos capazes de solucionar problemas e minimizar agravos.

1.1 – MOTIVAÇÃO/PROBLEMA

A motivação para realização deste estudo que tem como objeto *a repercussão dos grupos de ajuda mútua no processo de ensino-aprendizagem sobre o autocuidado, com pessoas que vivem com DCNT*, se deu a partir da vivência da autora como enfermeira , numa Unidade de Saúde da Família, no município de Niterói-RJ.

A utilização de estratégias de ações participativas e educativas tornam-se necessárias para o envolvimento e melhoria na qualidade de vida das pessoas que vivem com DCNT. Porém, a realização não sistemática de grupos de ajuda mútua, a baixa adesão dos usuários à essas atividades educativas e o pouco envolvimento dos profissionais de saúde que compõe a equipe, são aspectos motivadores do estudo.

Nesse sentido, a implementação e o desenvolvimento de grupos de ajuda mútua se faz necessário para o apoio ao usuário e sua família, além de favorecer a articulação do saber popular com o saber científico na construção do conhecimento. Pessoas com quadro crônico não transmissível necessitam de ajuda que vão além das consultas tradicionais, utilizando instrumentos que favoreçam a superação das dificuldades impostas pela doença. As mudanças

na rotina, a baixa auto-estima e a negação da doença, são alguns dos problemas enfrentados por esse grupo populacional específico, que dificultam a adesão ao tratamento e uma reorientação no estilo de vida.

Essa percepção corrobora com o que Berardinelli (2013, p. 576) diz quando se refere “no caso das DCNT o sucesso do tratamento que as pessoas estejam em sintonia com as ações, emoções e reações expressas pelo corpo, pois as ações de saúde devem ser compartilhadas e aprendidas pelas pessoas de acordo com suas percepções”.

Silva, Cotta e Rosa (2013, p.348) fizeram um levantamento bibliográfico sobre estratégias de promoção da saúde realizadas e prevenção as DCNT em atenção primária no mundo, a análise dos artigos demonstrou que todos convertem para a redução da morbimortalidade e modificar os fatores para DCNT, ressaltando a importância da educação em saúde de forma participativa.

A promoção da saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seu entorno. Isso porque a concepção ampliada do processo saúde-doença e de seus determinantes propõe à articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução.

Para tanto, exigindo uma atuação interdisciplinar na produção de cuidado o que significa valer-se de estratégias de ação conjunta com diferentes áreas do conhecimento científico, a fim de propor solução para temas complexos, os quais necessitam de maior compreensão, profundidade, ação ampliada, conforme expressa o contexto das situações de cronicidade em saúde.

Na Unidade de Saúde em que a autora trabalha acontecia um grupo de ajuda mútua com idosos, porém com a chegada dos acompanhantes notou-se a necessidade de não estipular idade para a participação. Era realizado um encontro mensal por equipe multiprofissional, dois enfermeiros, um odontólogo, um médico de família e eventualmente um assistente social. Os temas abordados eram de escolha livre dos participantes, mas sempre relacionados à promoção da saúde, prevenção de doenças, inclusão social e bem estar. A partir de então os profissionais buscavam estratégias para realização de grupo de forma participativa e dinâmica.

Mudanças ocorridas a partir de 2016, com diminuição temporária do quadro de funcionários, este grupo deixou de ser realizado com a frequência desejada. Entretanto, percebeu-se um aumento na procura de atendimento para consultas médicas e da demanda

espontânea devido, ao descontrole de taxas glicêmicas e da pressão arterial sistêmica. Tais fatos, reafirmaram as inquietações da autora sobre o tema “promoção da saúde” .

Assim, notou-se o potencial do grupo em ajudar pessoas que vivem com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2 a manterem-se com padrões clínicos aceitáveis para sua condição de saúde.

Os profissionais de saúde em geral, ao incentivarem a reflexão e a crítica sobre fatores relacionados com as condições de vida que interferem na saúde das pessoas, devem favorecer ambientes para debater direitos de cidadania com a população, com vistas á melhorias na saúde.

A prática educativa em saúde desenvolvida com pessoas que vivem com DCNT é fundamental no seu tratamento devido à contribuição em relação á informação, à reflexão e a crítica, não se limitando às questões específicas das patologias, mas ampliando para questões mais abrangentes e contextuais, favorecendo, assim, a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (ESPINDOLA, SABÓIA E VALENTE, 2015, p. 358).

Ducan et al (2012, p.126-134) em seu estudo nas séries anuais do Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças por Inquérito Telefônico) entre os anos de 2006 a 2010 apontam que a houve aumento na prevalência da HAS e do DM, respectivamente 8% e 19%, deixando claro que tais condições emergem devido à ampliação do acesso aos serviços de saúde, com detecção precoce. Por isso é necessário desenvolver ações de promoção da saúde visando aumentar a capacidade e competência da população e dos profissionais de saúde para o enfrentamento destas doenças.

Diante da magnitude desses agravos e do aumento da morbimortalidade no mundo, este tema tem chamado à atenção de órgãos públicos responsáveis, pois acarreta impactos para o desenvolvimento do país.

1.2 – JUSTIFICATIVA

As doenças crônicas de maior impacto no Brasil são os *Diabetes Mellitus* (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) atingindo, respectivamente, 6,3% e 23,3% dos adultos brasileiros (BRASIL, 2011, p.14). Essas doenças representam a primeira causa de mortalidade

e de hospitalizações, sendo apontadas como responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (OPAS, 2010, p. 4).

Há a necessidade de mudanças nas estratégias e ações de promoção da saúde de forma com que a população seja atuante no processo, estimulando adequações e reorientação de comportamentos e hábitos de vida. É indispensável realizar ações de educação em saúde pautadas na dialogicidade e nas necessidades do grupo populacional visando sua autonomia (MELO, 2013, p. 1222).

Desta forma, é fundamental conhecer as atividades realizadas com grupos de pessoas que vivem com Hipertensão e Diabetes Mellitus para melhorar as condições de saúde dos participantes, assim como sua postura frente à doença. Com intuito de despertar outros estudos e motivar ações educativas com grupos de forma participativa.

Sendo assim, para construção do estado da arte do estudo em tela, foi realizada uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no ano de 2017, com o objetivo de identificar publicações de artigos sobre a repercussão de ajuda mútua com pessoas que vivem com DCNT, visando a aplicabilidade dos achados na prática.

Assim, foram utilizados os seguintes descritores: estrutura de grupo, doença crônica, educação em saúde e promoção da saúde. A fim de obter o maior número de artigos sobre a temática escolhida foram elaboradas estratégias de busca na base de dados, por meio de combinações e utilização do operador booleano AND.

Primeiramente utilizamos o cruzamento dos descritores doença crônica AND educação em saúde AND promoção da saúde. Assim, encontrou-se 434 produções, sendo 217 disponíveis nos idiomas (inglês, português e espanhol); nos anos de 2012 a 2016 foram encontrados 95 produções, sendo 94 artigos disponíveis. Após leitura dos títulos selecionou-se 20 artigos, sendo que 2 foram excluídos por repetição, e após a leitura dos resumos, apenas 4 artigos foram selecionados para leitura na íntegra.

Posteriormente, foram cruzados os descritores estrutura de grupo AND educação em saúde, sendo encontradas 27 produções nos idiomas (português e inglês), 16 desses artigos estavam disponíveis; quanto ao período de 2012 a 2016 encontramos 4 artigos, que após leitura dos títulos e resumos selecionou-se 1 para leitura integral.

Ao fazer associação dos descritores estrutura de grupo AND doença crônica AND promoção da saúde, encontramos 2 artigos, porém fora do corte temporal. Entretanto, essa publicação foi encontrada na base de dados MEDLINE e não estava disponível na íntegra para análise, sendo excluída do estudo.

Após toda busca, os artigos encontrados foram separados, lidos na íntegra, de maneira crítica e reflexiva, quanto às seguintes informações: Título; Base de dados; Periódico (ano e país); Delineamento do estudo/instrumentos; Resultados e Conclusão (Quadro 1).

Os artigos selecionados serão apresentados no Quadro 1, a seguir, em ordem decrescente de acordo com o ano de publicação.

Quadro 1- Pesquisa da base de dados de artigos BVS, LILACS e PUBM

Nº	Título	Autores	Ano/País Base de dados / Periódico / Participantes da pesquisa (N)	Delineamen to do estudo / Instrumento s	Resultados	Conclusão
01	Percepção de idosos acerca das atividades desenvolvidas no hiperdia.	Reticena, Kesley de Oliveira; Piolli, Kelly Cristiane; Carreira, Lígia; Marcon, Sônia Silva; Sales, Catarina Aparecida.	- 2015 - Brasil - LILACS - Revista Mineira de Enfermagem (REME) - 24 idosos	Pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa.	-Atividades educativas são valorizadas; -Associa-se o acesso às consultas e aos medicamentos às atividades educativas; -Revelaram-se fragilidades no desenvolvimento das reuniões do HiperDia	Os idosos que participam das atividades educativas desenvolvidas no HiperDia pela equipe de estratégia saúde da família percebem as ações educativas como fonte de orientação e esclarecimento acerca de sua saúde, estimulando a mudança de hábitos. E associam essas atividades educativas ao acesso às consultas e aos medicamentos, sendo este o principal evento motivador para sua participação nas mesmas.
02	Análise biopolítica do discurso oficial sobre educação em	Melo, Lucas Pereira de.	- 2013	Pesquisa Descritiva	São discutidas as características	A análise do discurso oficial possibilitou a

	saúde para pacientes diabéticos no Brasil		<ul style="list-style-type: none"> - Brasil - SCIELO - Saúde e Sociedade 	<p>exploratória.</p> <p>Análise documental</p>	<p>gerais dos discursos oficiais; os objetivos das ações educativas para pacientes diabéticos; as temáticas abordadas nessas ações; o imperativo técnico e moral que rege o incentivo à realização das práticas educativas; e os parâmetros para avaliação e acompanhamento dos adoecidos.</p>	<p>compreensão crítica e a produção de questionamento sobre a complexa rede de relações dos objetos postos em discurso nas práticas educativas em saúde para pacientes diabéticos no Brasil.</p>
03	O ensino em grupo do processo de aplicação de insulina	Batista, Jéssica Magalhães Felipe; Becker, Tânia Alves Canata; Zanetti, Maria Lucia; Teixeira, Carla Regina de Souza	<ul style="list-style-type: none"> - 2013 - Brasil - LILACS - Revista Eletrônica de Enfermagem 	<p>Estudo descritivo exploratório com análise de dados quantitativa</p>	<p>Os resultados mostraram que a maioria das pessoas apresentou dúvidas em quase todas as etapas do processo de aplicação de insulina, não realizando algumas etapas essenciais ou executando-as de forma errada.</p>	<p>Após a intervenção educativa houve aumento dos acertos, evidenciando que a atividade contribui para o autocuidado no tratamento insulínico.</p>
04	Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas	Taddeo, Patricia da Silva; Gomes, Kilma Wanderley Lopes; Caprara, Andrea; Gomes, Annatália Meneses de Amorim; Oliveira, Giselle Cavalcante de; Moreira, Thereza Maria	<ul style="list-style-type: none"> - 2012 - Brasil - LILACS - Ciência & Saúde Coletiva 	<p>- Estudo descritivo de abordagem qualitativa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Os usuários apontam a existência de algumas barreiras geográficas no acesso à saúde gerando fadiga e falta de estímulo, e ocasionando baixa continuidade do tratamento. - Observou-se que a adesão e 	<p>Torna-se necessário reestruturar a conduta dos profissionais inseridos na Estratégia da Família, uma vez que tem como função a promoção da saúde, em uma lógica</p>

		Magalhães.			a prática do cuidado estão intimamente ligadas ao atendimento diferenciado, baseado na confiança e no respeito aos anseios dos usuários. Estes consideram a orientação e a educação em saúde como elementos principais para incentivar a prática do cuidado de si.	
05	Coaching de salud: un nuevo enfoque en el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles	Bonal Ruiz, Rolando; Almenares Camps, Hilda B; Marzán Delis, Mercedes.	- 2012 - Espanha - PUBMED - Medisan	-Estudo descritivo exploratório	- A educação tradicional não compromete, não envolve e muitas vezes culpa o paciente; baseia-se no conhecimento do "expert" profissional de saúde e é diferente do papel do treinador. - O treinador da saúde ativa as motivações do paciente para mudar o comportamento e adesão ao tratamento, de modo que o treinador trabalha a partir da agenda do paciente nesta abordagem influencia a escuta ativa, trabalhando a partir das necessidades e problemas sentidos pelo paciente,	O treinamento em saúde é uma abordagem promissora que rompe com a banal e abre outras perspectivas na educação e promoção da saúde na atenção primária; no entanto, é necessário superar a pensamento médico focado e ter mais em conta a intersectorialidade e vontade política local, com base no parecer popular para apoiar as mudanças comportamentais.

					identificar as suas crenças e valores, causar negociações sobre as mudanças e reconhecer a sua vontade de mudar.	
--	--	--	--	--	--	--

Como se pode observar no levantamento bibliográfico acima, realizado nas bases de dados, foram encontrados estudos que abordam a prática educativa como fonte de transformação de hábitos e escolhas de valores de vida, porém artigos sobre como esses temas repercutem na vida destas pessoas que participam de grupos educativos com vista a promoção da saúde são escassos.

Isto reforça o que Silva, Cotta e Rosa (2013, p.343-350) observaram em seu estudo de revisão sistemática em base de dados, entre os anos de 2001 a 2010, onde somente 4 publicações abordavam o tema de promoção da saúde e prevenção das DCNT.

A discussão sobre o tema das DCNT, tem se concentrado na investigação do indivíduo numa concepção biomédica do processo-saúde-doença. Estratégias para mudanças de comportamentos e novos hábitos de vida, tem sido demandados pelos gestores das políticas públicas, a fim de estimular a educação em saúde (MELO, 2013, p. 1221). Silva, Cotta E Rosa, (2013, p. 348) corroboram enfatizando que atualmente as publicações tem se debruçado na fisiopatologia, terapêutica clínica e prevalência das DCNT.

Sobre as fragilidades no desenvolvimento das reuniões ou encontros podemos identificar que 02 artigos abordam este tema. A prática educativa desenvolvida nos grupos de DCNT deve ser realizada de forma que o paciente participe e haja uma reorientação do seu estilo de vida. Como espaços de troca de saberes e escuta qualificada, o grupo educativo deve utilizar-se de métodos para minimizar anseios, sendo efetivo a fim de contribuir para o acesso e o tratamento (TADDEO, 2013, p. 2929; RETICENA, 2013, p. 113).

Os profissionais de saúde devem buscar novos caminhos para transformação da realidade dos indivíduos, não há mais espaço para uma educação em saúde focada no discurso sobre a doença, deve haver intencionalidade na construção da prática educativa. Segundo Melo (2013, p. 1218) as “práticas discursivas não produzem e se encerram em si mesmas”. Pode-se utilizar as ações educativas como forma de fomentar no indivíduo o real valor da saúde, instigando-os a serem co-responsáveis pelo processo saúde-doença (COSTA et al, 2014,p. 479; ALVES, AERTS, 2011, p. 322).

A utilização de grupos educativos como forma de barganha de serviços oferecidos nas unidades de saúde não estimula a mudanças e pouco repercutem na vida do usuário com vistas à promoção da saúde. Reticena et al (2013, p.112) afirmam que na medida que as atividades de grupo são utilizadas para comodidade do usuário medidas assistencialistas, por meio de troca de receitas, rapidez de marcação de consultas e liberação de medicamentos, o objetivo do grupo como modificador da realidade é obsoleto e torna-se ineficaz.

Dois artigos abordam que a prática educativa desenvolvida nos grupos de DCNT deve ser realizada de forma que o paciente participe dos encontros e haja uma reorientação do estilo de vida que ele possui. Como espaços de troca de saberes e escuta qualificada, o grupo educativo deve utilizar-se de métodos para minimizar anseios, sendo efetivo a fim de contribuir com o acesso e o tratamento (TADDEO, 2013, p. 2926; RETICENA, 2013, p.111).

1.3 - QUESTÕES NORTEADORAS

- Como se apresenta o perfil sócio-demográfico e de saúde de pessoas que vivem com doença crônica que frequentam os grupos de ajuda mútua nessa instituição?
- Que conhecimento essas pessoas possuem sobre o autocuidado em saúde, no que tange as DCNT?
- Qual a repercussão desses grupos na melhoria da qualidade de vida e redução das complicações e comorbidades dos participantes?

Nesse sentido, para responder aos questionamentos apresentados foram traçados os seguintes objetivos:

1.4 - OBJETIVOS

1.4.1 GERAL:

Compreender a repercussão dos grupos de ajuda mútua em pessoas que vivem com DCNT da Clínica Comunitária de Família do Badú/Niterói, com foco no processo de ensino aprendizagem sobre autocuidado.

1.4.2 ESPECÍFICOS:

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico e de saúde de pessoas que vivem com DCNT e frequentam grupos de ajuda mútua na Clínica Comunitária de família do Badú/Niterói-RJ;
- Analisar o conhecimento dessas pessoas sobre o autocuidado;
- Discutir a repercussão desses grupos na melhoria das condições de saúde dos participantes.

1.5 - CONTRIBUIÇÕES E RELEVÂNCIA

A pesquisa trará contribuições para ao aumento da bibliografia e fortalecimento do Núcleo de Estudos em Fundamentos de Enfermagem (NEFE), assim como para a linha de pesquisa “Cuidado no Contexto sócio-cultural” do Programa Acadêmico de Ciências e Cuidado em Saúde da EEAAC_UFF e do Grupo de Pesquisa Rede Participativa de Cuidado, Interdisciplinaridade e Promoção da Saúde na Cronicidade da Faculdade de Enfermagem_UERJ.

O estudo adéqua-se às intervenções propostas no projeto Multicêntrico, abordando o modelo de promoção da saúde, utilizando estratégias de ações participativas e educativas, ressaltando a participação coletiva, em que as necessidades dos grupos populacionais são o alvo principal para o estabelecimento de relações interpessoais, interesses comuns, valorizando a interdisciplinaridade.

Estudos multicêntricos na área da saúde são valorizados pelas particularidades do seu desenvolvimento, proporcionando uma compreensão mais ampla sobre a rede de cuidado de pessoas. A investigação em tela favorece o entendimento de como os profissionais de saúde se organizam para estabelecimento de vínculos, acolhimento e educação para o autocuidado de pessoas que vivem com DCNT.

Os resultados deste estudo poderão fundamentar decisões das Políticas Públicas de Saúde, como também para reorientação das práticas de cuidado e para o ensino nos cursos de graduação da área de saúde, em especial de enfermagem.

A temática escolhida, ou seja, a promoção da saúde de pessoas que vivem com DCNT, faz parte da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS), sendo considerada uma questão social importante para a Saúde Pública, conforme dados epidemiológicos ressaltados anteriormente (BRASIL 2015, p. 42,43).

Os grupos de ajuda mútua trazem em seu bojo a prática educativa em saúde, tornando-se portanto, atividades imprescindíveis no contexto das pessoas que vivem com DCNT, contribuindo para os desafios diários enfrentados na continuidade do tratamento, identificação de sintomas, autocuidado, qualidade de vida dentre outros.

Além disso, a pesquisa também é relevante para ampliação do conhecimento acerca das DCNTs, buscando incentivar o desenvolvimento de outras pesquisas e fomentando o pensamento crítico relacionado ao tema. Sabe-se que equipe de saúde envolvida em práticas educativas tem um desafio nas mãos, ou seja, a construção conjunta de saberes a partir do diálogo que permita a reorientação de idéias e não apenas depósito de informações.

Há relevância para a enfermagem e demais profissões da área de saúde, considerando todo o contexto sócio econômico cultural dos participantes e as questões do adoecimento por DCNT.

Em relação à prática assistencial o estudo trará subsídios para a atuação da enfermagem e demais profissionais na prática da educação em saúde de forma participativa, favorecendo a reorientação de hábitos das pessoas que vivem com DCNTs, com vistas a melhoria da qualidade de vida, contribuindo para prevenção e promoção da saúde.

2. REFERENCIAL CONCEITUAL E TEÓRICO

2.1 – DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: UMA PREOCUPAÇÃO MUNDIAL

O termo Doença Crônica Não Transmissível surgiu em meados do século XIX, devido a presença de doenças que não se definiam agentes patogênicos (encontrados nas Doenças Transmissíveis) e a dificuldade em controlá-las, admitindo-se a cronicidade das mesmas. Alterações fisiopatológicas comuns a várias enfermidades foram observadas e pesquisadas, notando-se uma suscetibilidade variada saliente em algumas famílias, e outras relacionadas a riscos comportamentais e hábitos de vida, identificando assim os fatores de risco, equivalente aos germes causadores das Doenças Transmissíveis (DT) (ACHUTTI, 2014, p. 50).

Segundo Achutti (2014, p.76) enquanto as doenças infecciosas iam sendo controladas, as DCNT apareciam sobremaneira. Estudos voltados para estes agravos aumentaram e com eles a constatação que em países em desenvolvimento e em comunidades de baixa renda, os problemas coexistiam com maior precocidade.

Em seu estudo sobre o controle das DCNT e seu contexto histórico, Aluysio Achutti (2014, p. 73-90), traz os passos na evolução deste assunto no mundo e no Brasil, através da pesquisa em referências bibliográficas relacionadas ao tema. Nesta perspectiva ele aborda o início da discussão no mundo em 1950, voltadas para a assistência individual; pesquisa epidemiológica e desenvolvimento tecnológico; incorporação na agenda de políticas de saúde a fim de prevenção dos fatores de risco e promoção da saúde.

No ano de 2000, foi realizada a 55ª Assembléia Geral da Organização Mundial das nações Unidas (ONU), o documento ali organizado recebeu o nome de Declaração para o Milênio. Foram traçados Objetivos do Milênio (OM), propondo metas para o desenvolvimento humano e diminuição da pobreza até 2015 (ONU, 2000).

Mesmo não sendo um dos tópicos do documento, entende-se que com as melhorias das condições de vida e do acesso aos serviços de saúde pactuados, haveria diminuição dos índices destes agravos (ACHUTTI, 2014, p. 89)

Após uma década a ONU, promoveu uma nova Assembléia geral com líderes mundiais, para rediscussão dos OM, o que resultou na Declaração Política sobre Prevenção e Controle de DCNT, elaborando um Plano de ação para os anos de 2013-2020 (OPAS, 2013).

Medidas governamentais ainda são necessárias para alcançar as metas mundiais. A Organização Mundial de Saúde em 2014 publicou em seu relatório mundial sobre doenças não transmissíveis, que com investimento de US\$1-3 por pessoas por ano, os países podem reduzir a morbimortalidade destes agravos crônicos e que devem definir metas eficazes e implementá-las (OMS, 2014, p.10).

Como complementação à Estratégia Global da OMS, em 2014 a versão atualizada destaca para os anos de 2012-2025 objetivos essenciais: políticas multissetoriais e parceiras para prevenção e controle das DCNT; redução dos fatores de risco; fortalecer os fatores de proteção e melhorar a cobertura, o acesso equitativo e a qualidade da atenção às DCNT e fortalecer a capacidade de vigilância e pesquisa sobre DCNT (OMS, 2014, p. 12).

No Brasil na década de 1970, estudos realizados no estado do Rio Grande do Sul a partir de um artigo, serviu como inspiração para propor propostas para promoção de programas para controle das DCNT. Em 1975 a cidade de Porto Alegre sediou o primeiro encontro de representantes de países da América do sul para desenvolver estudos epidemiológicos e de prevenção da febre reumática. Tal experiência levou a adaptação e influência para a abordagem de outras doenças. Em 1977 foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) o Departamento de Doenças crônicas Não Transmissíveis. Ao passar dos anos foram criadas diretrizes e normas pelo MS a fim de nortear as ações para a concretização das metas pactadas como os restante do mundo (ACHUTTI, 2014, p. 78).

Mesmo sendo uma das principais causas de morte no Brasil observou-se uma redução de 20% do índice na última década, principalmente às doenças do aparelho circulatório e respiratório, porém as taxas por diabetes e câncer aumentaram. Isso pode ser reflexo da expansão da Atenção Básica, melhoria da assistência e redução do tabagismo (BRASIL, 2011, p. 12).

A organização da vigilância de DCNT no Brasil vem sendo organizada de modo a estruturar e operacionalizar um sistema de vigilância a fim de conhecer a distribuição, a magnitude, tendência e seus fatores de risco e apoiar as políticas públicas. Em 2003 realizou-se o primeiro inquérito domiciliar, que constituiu a linha de base no monitoramento dos fatores de risco; em 2006 implantado o Vigitel, inquérito por telefone, investiga a freqüenciados fatores de risco e proteção para doenças crônicas; 2008 realizado a Pesquisa Nacional para Amostra de Domicílios, constando informações sobre morbidade e ainda

pesquisa sobre o tabagismo; em 2009, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, feito em parceria com IBGE, acontecendo a cada 3 anos (BRASIL, 2011).

Temos como os quatro grupos de doenças crônicas de maior impacto mundial, as doenças do aparelho circulatório, diabetes mellitus, cânceres e doenças respiratórias, correspondendo juntas a 80,7% dos óbitos (BRASIL, 2014, p. 35).

A OMS recomenda que haja vigilância para proteção e prevenção das DCNT. Estabeleceu quatro grupos principais de fatores de risco que são fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial do álcool. Este monitoramento é realizado no Brasil pelo VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) é realizado a cada 5 anos (DUCAN et al, 2012, p.128).

Barreto e Passos (2009, p.492) dizem que “esses fatores tendem a ocorrer simultaneamente com frequência maior do que aquela esperada estritamente pela causalidade”.

Segundo dados do Ministério da Saúde o fumo é responsável por 71% dos casos de câncer de pulmão, 42% dos casos de doença respiratória crônica e quase 10% dos casos de doenças cardiovasculares. Porém a prevalência vem diminuindo progressivamente dentre os países das Américas (BRASIL, 2011 p. 13).

Dados da Pesquisa Nacional de saúde em 1989 a prevalência de fumantes era de 34,8%, reduzindo para 22,4% em 2003, segundo Pesquisa Mundial de Saúde, em 2008 os dados levantados pela pesquisa Especial de Tabagismo , mostram redução na prevalência para 17,2%. O VIGITEL (2010) apresenta a prevalência em 15,1%, dando destaque para a redução significativa para o sexo masculino (BRASIL, 2011, p. 14).

Observamos no decorrer das décadas que com a criação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde e implementação de políticas públicas voltadas ao controle e combate ao tabagismo estão dando certo, principalmente as ações legislativas (proibição de fumo em ambientes fechados) e aumento de imposto. Torna-se um exemplo de promoção da saúde bem sucedido (DUCAN, 2012, p. 128).

A prática de atividade física recomendada para proteção a agravos crônicos é de 30 minutos pelo menos cinco dias por semana, segundo Brasil (2011, p. 82). Porém estudos do VIGITEL (2010) dizem que apenas 30% dos entrevistados praticavam atividade física no lazer e/ou deslocamento ao trabalho (DUCAN et al, 2012, p. 129).

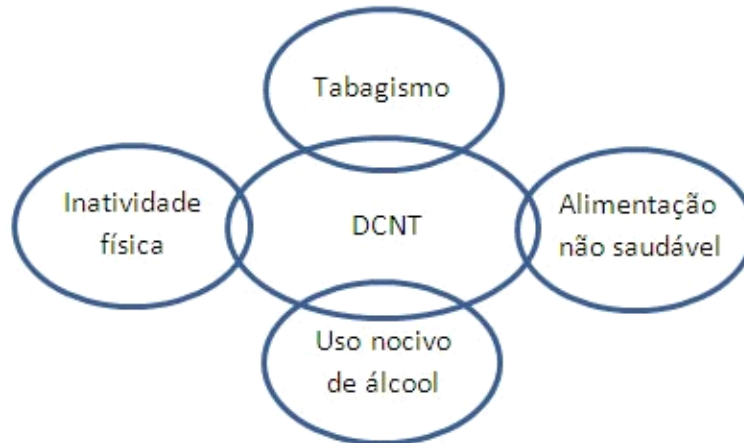
A escolha de estilo de vida é um dos fatores de maior morbidade, sendo a alimentação inadequada um dos principais. Os aspectos associados relacionam diretamente ao aumento

ponderal (obesidade), dislipidemia, mau controle glicêmico, consumo excessivo de gordura saturada e pouca ingestão de frutas e vegetais (BRASIL, 2014, 60).

A relação do consumo de álcool e o risco para DCNT estão envolvidos como o aumento exponencial da pressão arterial. O excesso do álcool traz consigo a dificuldade no uso das medicações (não tomada do medicamento após consumo) levando a alterações agudas (BRASIL, 2014, p. 56,57). A exposição ao álcool começa em média aos 14 anos, segundo estudo feito em escolas públicas e privadas das capitais brasileiras. Cerca de 71% já experimentaram álcool, 25% já haviam se embriagado pelo menos uma vez. Nos adultos estima-se que 25% tenham pelo menos uma vez problema decorrente do consumo de bebidas alcoólicas (DUCAN, 2012, p. 127).

A figura a seguir apresenta fatores que são corroborados para o aparecimento das DCNT, relacionados a determinantes sociais e condicionantes, fatores de risco individuais como tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável (Brasil, 2014).

Figura 1: Fatores de risco individuais para DCNT



Fonte: Brasil, 2014

As DCNT estão intimamente ligadas aos fatores de risco, há a necessidade de uma abordagem preventiva em saúde, onde estratégias de controle sejam utilizadas para minimizar os agravos e comorbidades inerentes às doenças, principalmente ao risco de doenças do aparelho cardiovascular.

Barreto e Passos (2009, p.491) dizem que “a mortalidade prematura em adultos e as incapacidades resultantes, parciais ou totais, têm importantes repercussões na qualidade de vida e na rede social dos acometidos, além do grande impacto nos sistemas de saúde”

Nessa perspectiva, o impacto socioeconômico das DCNT está afetando o progresso das Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM), que abrangem temas como saúde e determinantes sociais (educação e pobreza). Essas metas têm sido afetadas, na maioria dos países, pelo crescimento da epidemia de DCNT e seus fatores de risco (WHO, 2011).

Por tudo isso, o panorama das situações crônicas de saúde tem sido apontado como uma preocupação mundial para a ciência, para a vida cotidiana das pessoas, para as políticas públicas sociais, bem como para a produção de cuidado e a necessidade de cuidados permanentes.

Por outro lado, o processo de adoecimento das DCNT pode ser constatado como um processo lento, silencioso e sorrateiro, interfere na homeostase, no equilíbrio multifatorial vital do ser humano; atravessando o curso normal de desenvolvimento e afetando o físico, psíquico, afetivo e social do sujeito, causando interferência à vida do paciente acometido, já que se referem a enfermidades ainda sem possibilidades de cura e cujos tratamentos são permanentes conforme referido por Camargo (2010).

No ano de 2001, o Ministério da Saúde criou o sistema HiperDia, através do Plano de reorganização da Atenção Básica à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus para o monitoramento dos paciente cadastrados, a fim de gerar informação para aquisição e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática aos usuários cadastrados (BRASIL, 2001).

No Município de Niterói ao realizar o cadastro das pessoas com uma destas doenças preenchia-se uma ficha, que era digitada em nível central e alimentava o sistema, além de uma ficha, chamada Gerência de HAS e DM, para controle na unidade de saúde, avaliação e monitoramento interno.

No ano de 2013, através da criação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), este tipo de sistema HiperDia foi descontinuado pelo MS, e implantado uma nova forma de monitoramento, chamado de e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). O Ministério da Saúde (2016, p. 9) define e-SUS AB

É uma estratégia do Departamento de atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta linha está com a proposta mais geral de reestruturação dos sistemas de informação em saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento a população. A estratégia e-sus, faz referencia do processo e informatização qualificada do SUS em busca do SUS eletrônico

Este sistema é um extensão do Sistema de Usuários do SUS (CadSUS), porém o município de Niterói ainda não utiliza esta forma de processamento dos dados, para monitoramento de cadastro de HAS e DM, ainda é utilizado na AB as fichas de gerências para o acesso às informações, nelas constam para registro: nome; data de nascimento; número de cadastro da unidade; número do CadSUS; peso; altura; valor da pressão arterial; circunferência abdominal; valor glicêmico; comorbidades; medicações prescritas. Tal instrumento será utilizado como pesquisa administrativa, dos pacientes participantes do estudo.

Para que este cadastro seja mantido atualizado as Unidades de Saúde da família criam estratégias para o monitoramento das pessoas que vivem com HAS e DM, atualizando as gerências com o objetivo maior de promoção da saúde.

2.2 – PROMOÇÃO DA SAÚDE: A ARTICULAÇÃO DE SABERES E A MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS

Para enfrentarmos os problemas de saúde, necessitamos de estratégias e ações num sentido amplo (local e global). Na complexidade do processo saúde-doença há a necessidade de articulação de saberes, e a mobilização de recursos para seu enfrentamento.

A partir da década de 1970, aconteceu um resgate pela medicina social, como mudança do posicionamento científico em relação à saúde e a sociedade. Notou-se que havia necessidade da introdução de políticas e práticas de saúde a respeito de conceitos fundamentais para a promoção da saúde.

Nesta perspectiva as discussões sobre promoção da saúde iniciam-se efetivamente com e três importantes conferências internacionais realizadas em 1986 a 1991, em Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsval (1991). Outras conferências seguiram na mesma linha, em Jakarta (1997), México (2000) e na América latina realizada no Brasil em 1992 (BUSS, 2008).

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, apresenta a Carta de Intenções, mais conhecida como Carta de Ottawa, que define promoção da saúde como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OMS,1986).

Estabelece que as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistemas estável, recursos sustentáveis, justiça

social e equidade. Diversos países a utilizaram como diretriz para formulação de políticas públicas de saúde, inclusive o Brasil. Desta maneira refere-se ao trabalho de responsabilização múltipla, combinando estratégias e ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e promoção de ambientes favoráveis a saúde (OMS, 1986; BRASIL, 2010).

2.2.1 – Políticas Públicas Saudáveis

Expressa pela articulação de diversas abordagens complementares, no campo legislativo, mudanças organizacionais, apontando para a equidade em saúde, distribuição de renda e políticas sociais. A promoção da saúde vai além do cuidado com a saúde, deve haver responsabilização política sobre a saúde da população (BUSS, 2008; OMS, 1986).

2.2.2 – Reforço de ação comunitária

O apoio da comunidade é fundamental, há necessidade de definição e implementação de estratégias para promoção da saúde de acordo com a realidade vivida pelos mesmos. Deve haver participação da população na escolha e no direcionamento das ações, sendo o acesso livre às informações (BRASIL, 2014)

Utiliza-se o conceito de *empowerment*, como estratégia de propagação de saber técnico em ciência e política com a comunidade a fim de trabalhar para saúde (BUSS, 2008).

2.2.3 – Desenvolvimento de habilidades pessoais

Para que o indivíduo avance na idéia de promoção da saúde, deve haver divulgação de informações sobre a educação para saúde, adequadas a todas as etapas da vida, unidades educacionais, trabalho ou qualquer outro espaço coletivo. Resgata o conceito de educação em saúde, porém com idéia de *empowerment*, aquisição de conhecimentos e consciência política (BUSS, 2008).

Becker et al (2004, p. 557) diz que:

Um dos aspectos fundamentais do *empowerment* diz respeito às possibilidades de que a ação local fomente a formação de alianças políticas capazes de ampliar o

debate da opressão no sentido de contextualizá-la e favorecer a sua compreensão como fenômeno histórico, estrutural e político.

2.2.4 – Reorientação dos serviços de saúde

Orienta criação de serviços assistenciais, com abertura de canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais. Direciona numa concepção intersetorial, com responsabilidade compartilhada entre, indivíduos, comunidade, grupos, profissionais de saúde, instituições prestadoras de serviço e governos, respeitando as peculiaridades culturais (BRASIL, 2014; OMS, 1986).

2.2.5 – Ambientes Favoráveis a Saúde

Reconhece a complexidade da sociedade e das relações, demonstra a necessidade de interdependência entre diversos setores. Defende a proteção e conservação do meio ambiente, acompanhando o impacto que as mudanças no meio ambiente trazem para a saúde, fortalecimento de ambientes que facilitem a promoção da saúde, como o trabalho, o lazer, a escola e cidade (BRASIL, 2014; OMS, 1986)

A proposta de promover saúde é árdua e desafiadora, a fim de conjugar ações, neste estudo será abordado a Vigilância da Saúde como prática assistencial, que é definido por Paim (2008, p. 170) como um

modo tecnológico de intervenção em saúde que tende a incorporar modelos assistenciais vigentes e articular-se com propostas atuais de promoção da saúde; implica a redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, bem como das organizações e da cultura sanitária

Deve haver uma aproximação das práticas coletivas e assistenciais, por meio de estratégias que apontem na direção do processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde. Assim é preciso considerar os determinantes sociais, riscos ambientais, epidemiológicos e sanitários. Propõe o envolvimento de todos os setores inseridos naquela realidade, mesmos os que não pertencem ao setor saúde, porém são fundamentais no processo de qualidade da assistência e tratam o indivíduo e a comunidade como sujeitos centrais (PAIM, 2008; FREITAS, 2008).

2.3 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE: O DIÁLOGO COMO INSTRUMENTO DE CONQUISTAS

Na primeira metade do século passado devido aos avanços da medicina, e valorização da cultura curativa, a abordagem de educação em saúde não era vista como responsabilidade dos profissionais de saúde nem como forma de prevenção. Nessa época, pensava-se que esta prática educativa deveria pertencer aos educadores, pois esses eram considerados os únicos responsáveis pela reorientação de comportamentos individuais e coletivos (REIS et al, 2013; ALVES e AERTS, 2011).

A partir da década de 1990, mudanças na estrutura do Sistema Único de Saúde no Brasil, marcaram o início de um novo tempo para Saúde Pública. Com a criação da Estratégia de Saúde da Família, um novo paradigma surgiu, colocando o indivíduo e seu contexto social no centro das ações de saúde (MAIA, RODRIGUES e MAIA, 2012).

Assim, os grupos de educação em saúde visando melhorias na qualidade e aumento da expectativa de vida das pessoas que vivem com DCNT, passaram a ter maior destaque no modelo de atenção voltada para a família. Entendendo o diálogo como forma de transformação da realidade, fornecendo instrumentos para conquista de autonomia e tomada de decisão sobre aspectos da vida (ALMEIDA e SOUZA, 2012; RETICENA *et al*, 2015).

Batista, Becker, Zanetti e Teixeira (2013) em estudo com pessoas que faziam uso de insulina, utilizaram o grupo educativo como forma de conhecer os problemas relacionados á auto aplicação deste hormônio, e por meio da participação solucionar tais dificuldades, promovendo o autocuidado. Assim, após a realização dos grupos os erros de armazenamento e de administração diminuíram, contribuindo para promoção da saúde e eficácia do tratamento de pessoas diabéticas.

É inegável a necessidade da implementação de grupos educativos como forma de reorientação das pessoas que vivem com DCNT. De acordo com Reticena et al (2015), a valorização do grupo se dá pelas orientações recebidas, pela ampliação do conhecimento e relevância do saber popular.

O escrito elaborado por Franco, Silva, Daher (2011) diz que os grupos educativos são utilizados como espaço de discussão sobre a realidade de cada indivíduo, valorização do conhecimento popular instrumentalizado pelo diálogo, fazendo com que o participante seja protagonista de seu processo de autocuidado.

Métodos participativos de educação em saúde são incentivados pelo Ministério da Saúde. Acredita-se que a valorização de saberes e práticas baseadas no diálogo, fortalecem o vínculo do usuário com profissional, que deverá desempenhar o papel de dinamizador na construção de conhecimento a cerca das DCNTs (MENDONÇA, NUNES, 2014; BRASIL, 2014; MELO, 2013).

Como forma de promoção da saúde e visão do indivíduo como transformador de sua realidade, a Educação em Saúde deve se aproximar dos conceitos de Paulo Freire, quando destaca a necessidade de apoiar a educação como prática da liberdade, em contrapartida à concepção de educação como prática de dominação.

Em seu livro *Prática da Liberdade*, Freire (2014) critica a educação tradicional baseada em uma prática depositária apoiada numa concepção de homem como seres vazios. O autor entendia a necessidade de uma educação para tomadas de decisões, com pensamento crítico e reflexivo. Esse educador demonstra crença na pessoa humana e na sua capacidade de educar-se através da relação dialógica entre educador e educando, formando assim a educação problematizadora, por meio de um processo emancipatório.

A dialogicidade é um dos eixos principais e fundamenta toda teoria Freiriana. Para Freire (2016, p.133) diálogo é considerado um fenômeno humano “se nos revela algo que já poderemos dizer ser ele mesmo: a palavra”. Neste sentido, a palavra tem o poder de mudança e transformação do mundo, pois é a práxis. Duas dimensões são encontradas na palavra, a ação e a reflexão, dependentes uma da outra, em uma interação radical.

Existir é pronunciar-se ao mundo, e modificá-lo. Vemos um ciclo onde o mundo pronunciado, se problematiza aos sujeitos pronunciantes a exigir um novo pronunciar, há uma ação-reflexão (FREIRE, 2016,p. 134).

Podemos utilizar as ações educativas como forma de fomentar o indivíduo para o real valor da saúde, instigando-os a serem corresponsáveis pelo processo saúde-doença (COSTA et al, 2014, p. 475).

O diálogo segundo Freire (2016, p 135) “é este encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu”. Deve haver nesta relação amor e respeito, para que o diálogo se estabeleça verdadeiramente.

A educação dialógica é baseada na relação de horizontal, de muita confiança. O diálogo é sempre gerador de amor e esperança. É um ato de valentia e liberdade, deve ser gerador de pensar crítico, deve inserir-se em todos os seguimentos sociais.

Não há diálogo verdadeiro, sem uma relação de confiança, pois se faltar confiança o testemunho que o sujeito dá aos outros, leva a um falso amor, uma falsa humildade, uma deliberada fé nos homens (FREIRE, 2016, p. 139).

Para Freire (2005, p.89), o diálogo é tratado como um fenômeno humano “se nos revela como algo que já poderemos dizer ser ele mesmo: a palavra. Mas, ao encontrarmos a palavra, na análise do diálogo, como algo mais que um meio para que ele se faça, se nos impõe buscar, também seus elementos constitutivos”.

Não há palavra que não seja *práxis*, ou que não surja da *práxis*, quando pronunciamos a palavra, estamos pronunciando e transformando o mundo. Na dialogicidade estão sempre presentes as dimensões da ação e da reflexão (FREIRE, 2019, p. 133).

Ao pronunciar o mundo mostramos que humanamente existimos, se existimos, agimos e modificamos o mundo dado. Quando não há verdadeiro diálogo, não há encontro, amorosidade e respeito. Podemos sintetizar isso por meio do comentário abaixo:

O diálogo é este encontro dos homens, imediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu. Esta é a razão por que não é possível o diálogo entre os que querem a pronúncia do mundo e os que não querem; entre os que negam aos demais o direito de dizer a palavra e os que se acham negados deste direito. (FREIRE, 2005, p. 91)

O diálogo é uma exigência existencial, é o encontro respeitoso e solitário entre aqueles que acreditam que o mundo pode ser transformado. Desse diálogo nascem os temas geradores do conteúdo programático, o qual se pretende trabalhar na prática educativa.

A utilização de grupos de ajuda mútua como forma de barganha de serviços oferecidos nas unidades de saúde não estimula mudanças e pouco repercutem na vida do usuário com vistas à promoção da saúde.

Reticena et al (2013, p.110) afirmam que na medida que as atividades de grupo são utilizadas para comodidade do usuário com medidas assistencialistas, por meio de troca de receitas, rapidez de marcação de consultas e liberação de medicamentos, o objetivo do grupo educativo como modificador da realidade, é obsoleto e torna-se ineficaz.

Por outro lado, num país onde não existe uma política pública eficiente, tais medidas assistencialistas são válidas na busca de melhorias na saúde da população.

Para Taddeo et al (2013), a priorização de assistência clínica ainda se faz presente nas unidades de saúde pública, ou seja, consultas e prescrições medicamentosas atuam como forma principal de intervenção.

Ao estudar as práticas discursivas no processo de educação em saúde as estratégias utilizadas são voltadas para promover a adesão do paciente, visando sua autonomia, porém, utilizando do poder de forma de convencimento (MELO, 2013, p. 1222).

Nesse sentido, a realização de palestras como única forma de informação aos participantes do grupo é pouca motivadora. A utilização de metodologias pouco participativas não estimula o pensamento crítico da clientela, transformando os participantes dos grupos em depósitos de informações (MENDONÇA, NUNES, 2014, p.203).

Os profissionais poucas vezes encontram outras maneiras de fazer Educação em Saúde sem ser de forma impositiva e punitiva, devido ao fato de estarem arraigados no processo de formação e de trabalho hegemônico e assim, reproduzem na prática o modelo prescritivo (MELO, 2013, p. 1221).

Munari, Lucchese, Medeiros (2009) dizem que há necessidade de um planejamento prévio para a realização de grupos educativos, os temas devem ser abordados de acordo com a necessidade e contexto das pessoas envolvidas.

Freire (2016), em seu livro “Educação e Mudança” faz reflexões sobre o processo de educação e as mudanças sociais. O saber deve ser construído entre o educador e o educando, de forma participativa e dialógica e não com imposição de saberes ou práticas.

2.4- INTERDISCIPLINARIDADE: CONSTRUINDO PONTES ENTRE DIFERENTES DISCIPLINAS

Os profissionais de saúde envolvidos no processo de educação em saúde devem ser acolhedores, precisam fazer uma escuta qualificada, atentando para as demandas dos usuários, empregando assim seus conhecimentos de forma a favorecer o autocuidado (BERARDINELLI, 2014, p. 603, 609).

A busca por estratégias para a mudança na realidade de saúde das pessoas se torna um desafio para os profissionais da área da saúde, devido a complexidade do processo de viver humano e dos problemas que afetam sua saúde. Para se obter saúde e aplicar intervenções adequadas a multidimensionalidade do indivíduo, há a necessidade de uma abordagem interdisciplinar, uma vez que entende-se que um profissional sozinho não consegue suprir todas as demanda inerentes ao cuidado humano (MATOS e PIRES, 2009, p. 340).

Sendo assim, a interdisciplinaridade é caracterizada

pela intensidade das trocas entre disciplinas, no interior de um projeto [...] pode ser caracterizada como o nível em que a colaboração entre as diversas disciplinas ou entre os setores heterogêneos de uma mesma ciência conduz as interações propriamente ditas, isto é, a certa reciprocidade nos intercâmbios, de tal forma que, no final do processo interativo, cada disciplina saia enriquecida [...] Podemos dizer que nos reconhecemos diante de um empreendimento interdisciplinar todas às vezes em que ele conseguir incorporar os resultados de várias especialidades, que tomar de empréstimo a outras disciplinas certos instrumentos e técnicas metodológicos, fazendo uso dos esquemas conceituais e das análises que se encontram nos diversos ramos do saber, a fim de fazê-los integrarem e convergirem, depois de terem sido comparados e julgados. Donde poderemos dizer que o papel específico da atividade interdisciplinar consiste, primordialmente, em lançar uma ponte para ligar as fronteiras que haviam sido estabelecidas anteriormente entre as disciplinas com o objetivo preciso de assegurar a cada uma seu caráter propriamente positivo, segundo modos particulares e com resultados específicos (JAPIASSU 1976, p. 74,75)

É preciso que haja uma atitude interdisciplinar, o profissional tem que manifestar ações com compromisso, na busca de aprofundamento teórico, postura ética diante das questões e dos problemas que envolvam o conhecimento (THIESEN, 2008, p. 546.).

Em seu estudo Mota e Pires (2014) afirmam que no Brasil, a formação profissional, não auxilia na construção desse modelo de trabalhar, mesmo com as diretrizes propostas pelo SUS que defende o trabalho multiprofissional. Quando acontece é por conta do envolvimento dos sujeitos por uma necessidade de conhecimento.

A participação em grupos de educação em saúde permite, que pessoas com HAS e/ou Diabetes percebam que existem outros que possuem a mesma doença e que a troca de informações e experiências é fundamental na adaptação a novos hábitos de vida (STEVANIM, 2015).

Oliveira et al (2013) afirma que em a atenção primária pode utilizar de tratamentos não medicamentosos para a adesão ao tratamento de pacientes com DCNT e que :

É de fundamental importância a reflexão dos profissionais sobre os trabalhos educativos realizados na promoção da saúde, pois um acesso maior e de fácil entendimento da população às informações contribui significativamente para a prevenção de doenças e promoção da saúde e, conseqüentemente, para a melhora da qualidade de vida da população (ibid)

As práticas educativas em saúde, desenvolvidas em grupos, deve ser realizada com abordagem aplicada á realidade grupal e não individual. Os profissionais de saúde envolvidos devem ser pautada no potencial de mudança e na possibilidade de superação do ser humano.

Miranda et al (2016, p.1116) afirmam que:

Nesse aspecto, o cuidado centrado em grupos de discussão, favorece um espaço interativo em que se permite refletir e debater com as pessoas os seus problemas de saúde, identificar os deficits e as falhas no autocuidado para reorientação na correção das mesmas. O enfermeiro pode agregar outros profissionais para o grupo,

ou se inserir em grupos que desenvolvem uma praxis de cuidado na perspectiva da interdisciplinaridade, onde se reúne pessoas com diferentes olhares e conhecimento.

Nesta mesma linha, Yalon e Leszcz (apud MUNARI, LUCHESE E MEDEIROS, 2009) apresentam fatores terapêuticos propostos por, na construção dos grupos pelos chamados coordenadores do grupo e descreve: instilação de esperança; universalidade; oferecimento de informações; altruísmo; desenvolvimento de técnicas de socialização; comportamento imitativo (aprendizado por substituição); coesão de grupo; aprendizagem interpessoal; catarse; reedição corretiva do grupo familiar e fatores existenciais.

3. METODOLOGIA

3.1 – TIPO DE ESTUDO

Para atingirmos os objetivos desta pesquisa, optamos por realizar um estudo de natureza qualitativa, observacional e multicêntrico com a abordagem da Pesquisa-ação Participativa em Saúde (PaPS).

Segundo Dyniewicz (2014, p.119) o estudo de natureza qualitativa baseia-se “na premissa de que o conhecimento sobre as pessoas só é possível a partir da descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como é definida pelos seus próprios atores”. Além disso, estabelece métodos que permitem ao pesquisador expor as idéias da maneira que os participantes se expressam e ainda permite que haja uma troca de pensamentos entre os autores e atores da pesquisa.

Abordagem qualitativa em saúde é utilizada aos estudos da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, o que leva a melhor forma de investigação de grupos, sob a ótica dos atores, utilizando para análises relações de discurso e documentos. Tem como universo o que passa no cotidiano e as experiências do senso comum, decodificadas pelos sujeitos que as vivenciam (MINAYO, 2014, p. 23,24).

Como tipo de estudo, optamos pelo observacional misto ou transversal, já que a finalidade é ver e registrar os fatos e as circunstâncias que foram definidas e que estejam ligadas ao problema de pesquisa. De tal forma que a exposição e o desfecho são avaliados juntos, havendo análise do momento atual, no qual a coleta de dados ocorre (DYNIEWICZ, 2014, p.145). Queiróz, Vall, Souza e Vieira (2007, p. 277) dizem que “É mediante o ato intelectual de observar o fenômeno estudado que se concebe uma noção real do ser o ambiente natural, como fonte direta dos dados”.

Para Thiollent (2011, p.70) os grupos de observação participante almejam informação necessária ao andamento da pesquisa, porém podem fornecer outras informações aumentando a riqueza dos dados.

O Conselho Nacional de Saúde, em Resolução 346/05 de 13 de Janeiro de 2005, define Projetos de Pesquisa Multicêntricos como “projeto de pesquisa a ser conduzida de acordo com protocolo único em vários centros de pesquisa e, portanto, a ser realizada por pesquisador responsável em cada centro, que seguirá os mesmos procedimentos”.

Tal pesquisa está vinculada ao Projeto de pesquisa proposto pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), numa parceria com a Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense e a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra em Portugal. O propósito desta cooperação é avaliar a utilidade do grupo de promoção da saúde na doença crônica na melhoria do autocuidado e potencialização da interdisciplinaridade.

Trata-se de uma proposta metodológica inserida na abordagem da pesquisa-ação-participativa que, de acordo com Thiollent (2011, p. 20) é:

Concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Sendo assim, a PaPS não é uma metodologia, trata-se de um a abordagem de pesquisa agregando vários métodos ou técnicas de pesquisa social, a fim de lidar com dimensão coletiva e interativa da investigação, estabelecendo uma estrutura participativa e ativa ao nível de captação de informação (THIOLLET, 2011, p. 08).

Segundo Brito et al (2017, p. 22)

A PaPS revela as micro-políticas da experiência vivida, permitindo novas conexões entre “teoria” e “prática”, entre "sujeito" e "objeto", estabelecendo bases para a mudança ao nível individual, familiar, comunitário e organizacional. Observa-se que a utilização da PaPS origina boas práticas em saúde e potencial para a replicação, apoiando possíveis mudanças sociais através de co-participação e diálogos centrados nas pessoas, aumentando a capacidade de resposta e de inclusão nos cuidados de saúde

A abordagem participativa é uma proposta teve início na década de 1960, um dos seus inspiradores foi Paulo Freire, em suas obras, influenciadas pelo pensamento crítico sobre a realidade social no Brasil e na América Latina na época. Desse modo, os participantes são levados a identificar o problema, a levantar os dados sobre ele, realizar análises críticas e buscar soluções para as questões em discussão (MINAYO, 2014, p. 26).

Na pesquisa-ação participativa, há envolvimento das pessoas abrangidas pelos problemas investigados juntamente com os pesquisadores que desempenham um papel ativo no equacionamento dos problemas, no acompanhamento e na avaliação das ações (THIOLLENT, 2011, p. 21).

Há uma interação entre o pesquisador e o grupo pesquisado, buscando-se uma horizontalidade nas ações e relações, almejando a transformação social vista como totalidade. Além disso, supõe a necessária articulação entre a pesquisa, educação e ação.

O estudo em tela se fundamenta em conceitos do grupo *International Collaboration on Participatory Health Research* (ICPHR). Este grupo surgiu no ano de 2009, com pesquisadores de vários países, a partir da análise de vários projetos, objetivando-se definir internacionalmente os princípios e diretrizes que caracterizam esse a abordagem participativa de investigação. Esse grupo de pesquisa internacional tem como um dos seus objetivos, capacitar equipe multiprofissional para o trabalho de promoção da saúde a fim de contribuir para a melhoria do cuidado de grupos populacionais específicos.

A utilização de PaPS possibilita que grupos de educação em saúde sejam mais que forma de convivência entre pessoas, se transformando em espaços terapêuticos (BRITO et al, 2017 p. 20).

Como parte integrante de um projeto multicêntrico, busca-se promover o aprofundamento do conhecimento científico, avaliar as situações de saúde nos diferentes grupos estudados, nos países parceiros e propor ações conjuntas para a resolução dos problemas de saúde comuns.

3.2 CENÁRIO

A pesquisa foi realizada em uma Clínica da Família do Badú, integrante do Programa Médico de Família (PMF) de Niterói, localizada na Rua Alcebiades Pinto, s/n – Cantagalo, da Região Pendotiba, na área da Região Oceânica.

Essa unidade de saúde possui aproximadamente 6.000 usuários ainda em cadastramento, funciona de segunda á sexta das 8:00 às 17:00. A área adstrita é dividida em 03 setores de saúde cada qual com três microáreas, com aproximadamente 2.000 usuários em cada setor, este número é estimado pelos agentes comunitários de saúde, pois ainda estão em cadastramento.

A equipe de profissionais responsáveis por cada setor de saúde é composta por 01 Médico de família, 01 técnica de enfermagem e 03 Agentes Comunitários de Saúde e uma equipe de saúde bucal formada por 01 Odontólogo e 01 Auxiliar de Saúde Bucal que atendem toda população cadastrada. Há três Enfermeiras responsáveis cada um por 3 microáreas,

exercendo função assistencial e liderança da Unidade. Ainda faz parte da Clínica: 1 cardiologista, 1 fonoaudióloga, 1 Terapeuta ocupacional e 1 auxiliar administrativo.

A Unidade mudou de formato organizacional por três vezes até o presente momento. Ao ser fundada em outubro de 1986, era caracterizada como Unidade Municipal de Saúde, com atendimento de clínica médica, puericultura, ginecologia, sala de curativo, sala de vacina e vigilância sanitária. No ano de 2008, passou a ser chamada de Policlínica Comunitária, com a oferta dos mesmos serviços, porém com acréscimo de cardiologia, terapia ocupacional e fonoaudiologia. Em outubro de 2014, foi organizada em Clínica da Família do Badú, com a inclusão dos agentes comunitários de saúde, enfermeiras, técnicos de enfermagem e médicos de família, formando assim equipe mínima de saúde da família.

O serviço Atenção Primária de Saúde em Niterói - RJ é formado por uma rede composta por Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família que se articulam em referência e contra-referências com as Policlínicas Especializadas, distribuídas em seis Regionais de Saúde.

A equipe de saúde da família é a principal forma de entrada do usuário ao serviço de saúde, e utiliza o vínculo que possui com a comunidade para acompanhar e manter os usuários integrados ao tratamento, monitorando-as e buscando promover melhorias na qualidade de vida, além de estimular ao autocuidado com ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, como afirma Brasil (2014, p. 31) “a Atenção Básica, em sua importante atribuição de ser porta de entrada do sistema de saúde, tem papel de reconhecer o conjunto de necessidades em saúde e organizar as respostas de forma adequada”.

A Clínica Comunitária de Família oferece hoje consultas de pré-natal, puericultura, clínica médica, visitas domiciliares, coleta de exames laboratoriais, teste rápido, dispensação de medicamentos e ações de promoção e prevenção em saúde. São realizados grupos de gestante uma vez ao mês, de planejamento familiar semanalmente, além do “Grupo de hipertensos e diabéticos” realizado por todos os profissionais da CCF e do “Grupo de ajuda mútua com geração de renda”, realizado pela terapeuta ocupacional.

A escolha dos grupos como um ambiente propício para produção de dados se deu pelo fato de ser constituído por pessoas que atendiam os critérios de inclusão.

O “*Grupo de Hipertensos e Diabéticos*”, que é um grupo de ajuda mútua, acontece em três encontros mensais, as quartas-feiras à tarde. Há um rodízio entre os profissionais de nível superior, que com a colaboração de um agente de saúde dinamizam o grupo. Cada mês um profissional é responsável pela organização desses encontros. Os temas são livres e escolhidos

de acordo com a vontade dos participantes, porém sempre voltados para prevenção de doenças, promoção as saúde e qualidade de vida.

A equipe interdisciplinar utiliza a Roda de Conversa como estratégia para estimular o autocuidado, provendo a saúde dos participantes apostando na produção de sujeitos independentes, com pensamento crítico e reflexivo.

Sampaio et al (2014, p.1301) define:

“As rodas são mais do que disposição física (circular) dos participantes e bem mais que uma relação custo-benefício para o trabalho com grupos. Elas são uma postura ético-política em relação à produção do conhecimento e à transformação social, efetivando-se a partir das negociações entre sujeitos”

Os dinamizadores participam ativamente dos encontros, conduzindo e articulando os saberes popular e científico em saúde, procurando estimular os participantes na realidade em que vivem.

O “*Grupo de Ajuda Mútua e Geração de Renda*”, foi idealizado a partir dos encontros do “Grupo de Hipertensos e Diabéticos”, as participantes sentiram necessidade de utilizar suas aptidões com costura e artesanato como forma de contribuir com a renda familiar, a unidade de saúde ofereceu o espaço e o material necessário para o início do trabalho manual.

A partir de então há aproximadamente 5 anos a Terapeuta Ocupacional coordena o este grupo, também com o objetivo de estimular o convívio social, utilizá-lo como apoio emocional e como forma de educação em saúde.

As atividades acontecem todas as segunda-feira e quarta-feira a partir das 14h, na sala de grupo da Clínica Comunitária de Família. O composto é composto por mulheres, em sua maioria idosa e com algum tipo de Doença Crônica.

Tudo o que é confeccionado é vendido em feiras realizadas na própria Unidade de Saúde e aberta para os profissionais e para população. Todo o dinheiro arrecadado é dividido entre elas conforme a produção.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes foram: usuários cadastrados na Clínica de Família do Badú, adultos de ambos os sexos, com idade superior a 24 anos, que participam dos grupos anteriormente

citados, por no mínimo 3 vezes, além de pessoas adoecidas por problemas crônicos, interessadas em participar do estudo, dispostos a responder as questões.

Foram excluídos os usuários que não eram cadastrados na Clínica Comunitária de Família do Badú, e pessoas que frequentaram o grupo uma só vez.

Os participantes da pesquisa foram selecionados a partir de encontros pactuados previamente com uma das enfermeiras da CCF Badú e a com a terapeuta ocupacional, responsáveis pela organização dos grupos.

Assim, foi realizado um encontro com o “Grupo de Hipertensos e Diabéticos” e outro com o “Grupo de Ajuda Mútua e Geração de Renda”, na forma de roda de conversa, em dias diferentes, com um total de 11 participantes no primeiro encontro e 7 participantes no segundo. Após a primeira roda de conversa, foram realizadas 4 entrevistas e após a segunda roda de conversa 2 pessoas aceitaram participar da entrevista.

Alguns participantes do grupo que se propuseram a colaborar com a pesquisa mas não puderam esperar. Com isso, foi necessário que entrevistas fossem realizadas nos domicílios, visando uma produção de dados mais robusta. Assim, foram feitas mais 3 entrevistas em ambiente domiciliar de pessoas que participam do “Grupo de Hipertensos e Diabéticos”.

Respeitando o anonimato dos participantes da pesquisa, os mesmos foram identificados com a letra “P”, seguida do número seqüencial dado aleatoriamente (P1, P2,..., P9).

3.4 TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DE DADOS

As técnicas utilizadas para produção de dados foram: Observação Participante, Roda de Conversa, Entrevistas Semiestruturada (Anexo A); instrumento de avaliação do conhecimento e autocuidado para pessoas com problemas crônicos de saúde (Anexo B). Essas técnicas foram escolhidas de acordo com o Projeto Multicêntrico em que o estudo em tela faz parte.

Para Sampaio *et al* (2014, p. 1300) roda de conversa é um método que permite a liberdade de expressão, utilizando das “construções cotidianas entre sujeitos reflexivos”. Freire em seu livro Educação como Prática de Liberdade (2002, p.13) a utilização de rodas de conversa para a prática educativa favorece a participação livre e crítica aos participantes.

A entrevista semiestruturada o entrevistador utiliza de um roteiro, acrescentando perguntas para esclarecer questões pra melhor compreensão do contexto, tendo uma participação ativa (MINAYO, 2014, p. 267).

Os depoimentos foram gravados por meio de aparelho celular e transcritos em seguida.

As anotações das transcrições foram feitas em ordem cronológica. Os dados foram inseridos no arquivo *Microsoft Word*. Todo o material foi relacionado em CD-rom com *backup* contendo as seguintes observações: data, hora de início e término.

A observação participante foi realizada em dois grupos. Esta técnica de produção de dados consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo com os sujeitos, buscando compartilhar experiências e para sentir e entender a situação do outro (DNIEWICZ, 2014).

Num primeiro momento, a entrevista foi realizada com um “*Grupo de Hipertensos e Diabéticos*” conforme calendário pré-estabelecido pela direção da Unidade, com duração de 30 minutos. Num segundo momento, a entrevista foi realizada com o “*Grupo de Ajuda Mútua e Geração e Renda*”, frequentado por mulheres. Os encontros foram realizados no espaço destinado a encontros de grupo, na própria Clínica Comunitária da Família, com duração de 3 horas.

Mediante os objetivos previamente estabelecidos, a autora teve uma postura reflexiva perante a situação observada, tomando notas, registrando e recolhendo dados por meio do diário de campo.

Numa aproximação com a Pesquisa-Ação-Participativa, foram realizados três passos da proposta metodológica, sendo a primeira denominada exploratória, que segundo Thiollent (2011, p. 56,57):

consiste em descobrir o campo da pesquisa, os interessados e suas expectativas e estabelecer um primeiro levantamento (ou “diagnóstico”) da situação, dos problemas prioritários e de eventuais ações [...] de acordo com o princípio da participação, são destacadas as condições da colaboração entre pesquisadores e pessoas ou grupos envolvidos na situação a ser investigada

Em encontro realizado em junho de 2017 com uma das enfermeiras da CCF Badú, foram coletadas informações sobre a rotina da unidade e agendadas as datas dos encontros com os diferentes grupos, que seriam realizados nos próximos meses.

O segundo passo, segundo Thiollent (2011, p. 59) “é a designação do problema prático e da área de conhecimento a serem abordados”. No estudo em tela, o tema já estava proposto e se adequava ao cenário escolhido.

Ainda de acordo com Thiollent (2011, p.61) o terceiro passo da PAP trata da coleta de dados.

Na presente investigação a produção de dados foi realizada em três etapas:

1º Etapa: Grupo de Hipertensos e Diabéticos

Os encontros foram agendados previamente, sempre no período da manhã. A pesquisadora foi até o cenário da pesquisa, porém no dia do primeiro grupo, a Unidade não abriu devida violência no território.

Em seguida, os outros dois grupos foram desmarcados por outras razões. Novamente, foi realizado o contato com a enfermeira responsável, e novas datas e horários foram marcadas. Finalmente, no início do mês de dezembro o “Grupo de Hipertensos e Diabéticos” foi realizado na forma de Roda de Conversa.

Para que o grupo fosse realizado, foram confeccionados na própria Clínica convites simples e individuais com o nome e endereço dos participantes do grupo e entregues pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Foi preparado um café da manhã de recepção para os participantes, como um momento de interação e confraternização. Nessa ocasião, houve a apresentação da proposta do estudo pela pesquisadora, com ênfase na participação de todos, inclusive dos profissionais que se encontravam no momento. Ao final, todos os presentes demonstraram interesse em participar da pesquisa.

Esse encontro contou com 11 usuários na roda de conversa, além dos dinamizadores da atividade, ou seja, 4 profissionais de saúde da unidade (1 terapeuta ocupacional, 2 agentes de saúde e 1 enfermeira) e a pesquisadora.

Primeiramente, o grupo foi esclarecido sobre a preservação do anonimato e privacidade na pesquisa. Logo após, foram apresentados os instrumentos de coleta de dados: a entrevista semiestruturada e o instrumento de avaliação do conhecimento e autocuidado para pessoas com problemas crônicos de saúde.

As questões que nortearam a roda de conversa foram: *Qual a repercussão do grupo de hipertensos e diabéticos na sua vida?* e *O que a participação no grupo representa para você?* Devido ao avançado da hora e alguns participantes terem outras atividades programadas a roda de conversa durou aproximadamente 40 minutos.

Após este momento, 04 usuários se dispuseram a responder os instrumentos de coleta e foram levados individualmente a uma sala da administração da unidade com a pesquisadora. Porém, a sala não era tão reservada e em alguns momentos, os profissionais tinham que entrar interrompendo a entrevista. Nesta manhã foram feitas 4 entrevistas. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C).

Vale destacar que houve dificuldade na organização e convite dos participantes para um próximo grupo e que devido à proximidade com as festas de fim de ano, a rotina da equipe ficou prejudicada, sendo inviável outros encontros.

Seguem algumas imagens da roda de conversa realizada com o “ Grupo de Hipertensos e Diabéticos” com pessoas que vivem com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus:

Figura 2: Roda de conversa



Fonte: Autora, 2017

Figura 3: Roda de conversa



Fonte: Autora, 2017

Figura 4: Roda de conversa



Fonte: Autora, 2017

Destaca-se que nesse período, os profissionais de saúde estavam passando por um momento muito difícil. A forma de contratação dos funcionários da CCF Badú seria modificada e passaria de regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) para contratação temporária por 1 ou 2 anos por meio de um processo seletivo simplificado. Esse fato desestimulou os profissionais. Diante dessas incertezas e do déficit de agentes comunitários de saúde, a divulgação para participação no Grupo ficou mais difícil.

2º Etapa: Grupo de Ajuda Mútua e Geração de Renda

Em meados de dezembro foi realizado mais um encontro do “**Grupo de Ajuda Mútua e Geração de Renda**”, dinamizado pela terapeuta ocupacional. Esse grupo é realizado as segundas e quartas-feiras à tarde. As participantes são mulheres que possuem

algum tipo de doença crônica e que utilizam o grupo como forma de escape de suas angústias diárias, visando também uma forma de sustento.

As mulheres confeccionam artesanatos e vendem numa feira realizada pelos profissionais da Unidade de Saúde. O dinheiro arrecadado é dividido entre elas, conforme a produção de cada uma. Estavam presentes 7 mulheres, a profissional e a pesquisadora. Todas as participantes concordaram em assinar o TCLE.

Num primeiro momento, houve a apresentação da proposta de pesquisa, porém somente 2 (duas) aceitaram fazer a entrevista individual. As outras participantes disseram que estavam muito ocupadas, devidos às encomendas. Nesse encontro, também foram feitas duas perguntas como forma de fomentar a participação: *Qual a repercussão do grupo na sua vida? O que este grupo representa para você?*

Após esse momento, iniciou-se a observação do grupo. Todos os diálogos entre as participantes foram gravados em aparelho celular. Além disso, foi observado a maneira como essas mulheres interagem umas com as outras, o modo de cooperação, participação e envolvimento. O grupo teve duração de 3 horas.

Figura 5: Grupo de Ajuda Mútua e Geração de Renda



Fonte: Autora, 2017

Figura 6: Grupo de Ajuda Mútua e Geração de Renda



Fonte: Autora, 2017

3º Etapa: Visitas ao Domicílio

Ao analisar parcialmente as entrevistas realizadas nos grupos, percebeu-se a necessidade de fortalecer a produção de dados, pois devido à época do ano não havia possibilidade de um novo encontro com o grupo. Assim, optou-se por uma visita ao domicílio dos usuários que participavam do Grupo de pessoas Diabéticas e Hipertensas.

Inicialmente, foi realizado contato telefônico com uma das enfermeiras da CCF Badú, a qual disponibilizou 2 agentes comunitárias de saúde para agilizar as visitas. Dessa forma,

foram realizadas mais 3 visitas às casas de pessoas que participavam do “Grupo de hipertensos e diabéticos” mas não puderam aguardar pelas entrevistas individuais realizadas após atividade.

Assim, no primeiro dia foram realizada um (1) entrevista e no segundo foram entrevistados mais 2 (dois) participantes. No segundo dia, duas entrevistas foram realizadas concomitantes, pois o casal participava das reuniões do grupo e preferiram responder juntos às perguntas.

As perguntas do instrumento de avaliação do conhecimento e autocuidado de pessoas com problemas crônicos de saúde foram feitas pela pesquisadora aos participantes durante as visitas, o que favoreceu um ambiente acolhedor e espontâneo para as respostas.

Na tentativa de sintetizar os procedimentos de coleta de dados, segue o quadro abaixo:

Quadro 2: Quantitativo de participantes nos três momentos de Produção de Dados

Encontros	Participantes na Roda de conversa	Entrevistados Pós-roda de conversa	Entrevistados No domicílio
1º Grupo de pessoas Diabéticas e Hipertensas	11	4	3
2º Grupo de Ajuda Mútua com Geração de Renda	7	2	-
Total	18 participantes	9 entrevistados	

Fonte: Elaborada pela autora, 2018

Tendo em vista os ensinamentos Thiollent (2011) o 4º e o 5º momentos da PAP foram integrados, ou seja “a centralização das informações” e a “elaboração das interpretações”, conforme descrito a seguir.

3.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados produzidos foram submetidos à análise de conteúdo de Bardin do tipo temática. Segundo Bardin (2011)

Trata-se de um conjunto de técnicas de análises de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN ,2011, p. 42)

Segundo Minayo (2014, p. 315), essa técnica além de proporcionar a compreensão do fenômeno, integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, auxiliando na visão dos atores diferenciados como constroem sobre todo o projeto: seu desenvolvimento, as relações hierárquicas e técnicas. Enfatiza, ainda, que a integração objetiva e subjetiva nos processos de pesquisa, inclui os atores não apenas como objeto de análise, mas principalmente, como sujeitos de auto-avaliação.

Minayo (2014, p.317-318) divide a análise temática em três etapas a fim de operacionalizar o processo:

1ª Etapa: Pré-Análise: consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. O investigador deve se perguntar sobre as relações entre as etapas realizadas, elaborando alguns indicadores que orientam na compreensão do material e na interpretação final. 2ª Etapa: Exploração do Material: operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso, o investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. 3ª Etapa: Tratamento dos resultados Obtidos e Interpretação: os resultados brutos são submetidos a operações estatísticas simples ou complexas que permitem colocar em relevo as informações obtidas.

Sendo assim, seguindo os passos expostos acima, após leitura exaustiva de todo material coletado foram realizadas a codificação e classificação dos indicadores ou descritores, baseados nas falas dos sujeitos entrevistados, estabelecendo as Unidades de Registro (UR). Em seguida, as UR foram agrupadas por semelhanças ou sentido, para facilitar a leitura atenta e posterior designação das subcategorias e categorias temáticas.

Após a etapa de organização, atribuiu-se a cada grupo de significados um nome que melhor representa a subcategoria. Em seguida, a partir dos agrupamentos das subcategorias, procederemos à categorização final.

Dessa forma, chegou-se a construção de três categorias analíticas: “O apoio emocional: vencendo os desafios”, “A construção coletiva do conhecimento e o autocuidado” e “O vínculo profissional e usuário: motivação para mudanças”.

No quadro abaixo está detalhado o processo de criação das categorias a partir dos pressupostos empíricos.

Quadro 03 – Categoria 1 – O apoio emocional: vencendo os desafios

Categoria 1 – O apoio emocional: vencendo os desafios	
Unidade de significado	Unidade de Contexto
<p><i>“Eu me sinto bem no grupo, já tenho vários anos no grupo eu acho há mais de 10 anos eu não perco um”. P4</i></p> <p><i>“Faz bem, não só pela amizade”. P1</i></p> <p><i>“Vai dar tudo certo, ele vai passar logo por essa” P1</i></p> <p><i>“Antes de começar no grupo e na ginástica eu era assim: eu era triste, era ficava pensando uma porção de coisas, aí depois que eu vim pro grupo e pra ginástica eu já fico bem. O dia que eu não venho eu sinto falta se eu ficar em casa me dá aquela tristeza eu choro... aí eu tenho que ir para me distrair” P4</i></p> <p><i>“Eu vou no grupo para distrair, esquecer os problemas em casa...a gente conversar, colocar a palavra em dia”.P5</i></p> <p><i>“Pra mim o grupo é tudo. no dia que ela liga pra mim dizendo que não vai ter grupo eu fico, que não sei nem explicar quando estou em casa, aí me aborreço com o marido, aí chego aqui e me distraio e fico conversando aí eu esqueço” P5</i></p> <p><i>“É um ambiente familiar, tem muita gente, um fala uma coisa, outro fala outra, sabe, gostei do ambiente, pra mim foi ótimo” P6</i></p> <p><i>“Eu passava um tempo lá, esqueço dos problemas”P7</i></p> <p><i>“Quando eu descobri que tinha pressão alta, parecia que eu tinha uma doença tão ruim, que fiquei preocupada. Aí fui pro grupo e vi que todo mundo tinha também” P8</i></p> <p><i>“A gente fala o que sente”P8</i></p> <p><i>“Às vezes a pessoa fica tão desesperado com uma doença, e ali vai entendendo que não é o fim”.P9</i></p> <p><i>“Eu até sinto falta, quando não tem... É muito bacana a</i></p>	<p>O grupo como apoio emocional</p>

<p><i>gente aprender como se cuidar”P9</i></p> <p><i>“Troca idéias, o que está achando e o que tem a dizer sobre isso que você ouviu e se quer acrescentar alguma coisa... Conscientiza a gente” P9</i></p>	
<p><i>“Alerta a alimentação, meu modo de vida eu mudei” P1</i></p> <p><i>“Como o pessoal falava sobre alimentação eu perdi peso, e quando parei eu engordei. E quando voltou eu voltei, porque me policia. Não é que o grupo te obrigue a emagrecer, pra mim ter que emagrecer vou fazendo e vou lembrando” P3</i></p> <p><i>“Principalmente alimentação no meu caso, evito ouvir muita coisa ruim na televisão e meu problema é a política eu fico revoltada (rubor facial) e eu gosto de ver,mas sei que isso me prejudica, eu fico revoltada de mais a ponto de eu ter que tomar calmante o grupo ajuda a mudar o jeito de pensar se vai me prejudicar”P3</i></p> <p><i>“Eu cuido bem, eu faço dieta, tomo meu remédio certo, eu estou na ginástica, quando não tem eu dou uma caminhadazinha pouca”. P4</i></p> <p><i>“Eles falam das coisas que não pode comer e beber. Tem coisas que eles falam lá que a gente já sabe”P6</i></p> <p><i>“Aprende melhor a comer, tratar da saúde, traz as experiências do que tem que fazer do que não que fazer”P7</i></p>	<p>Reorientação de hábitos de vida</p>

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Quadro 04 – Categoria 2 – A construção coletiva do conhecimento e o autocuidado

Categoria 2 – A construção coletiva do conhecimento e o autocuidado	
Unidade de significado	Unidade de Contexto
<p><i>“As minhas dores de coluna, na perna. Porque tenho há muito tempo...Eu tenho que tomar remédio a vida inteira”P6</i></p> <p><i>“Eu fiquei hipertensa num susto que eu tomei no ônibus, daí uma semana passei a sentir uma dor de cabeça e minha pressão estava 18” P6</i></p> <p><i>“Doença crônica é uma doença que não tem cura” P7</i></p> <p><i>“Doença crônica tem que acontecer, mas eu acho que é a gente não se cuidar. P7</i></p> <p><i>“É uma doença que não tem cura, toma remédio direto, é pressão alta, diabetes também. Acontece pela alimentação e é hereditário”P8</i></p> <p><i>“Bom, no meu ver a gente tem que tomar o remédio direitinho, participar do grupo sempre e fazer a alimentação direito”P5</i></p> <p><i>“Alimentação e exercícios” P6</i></p> <p><i>“Autocuidado é a gente cuidar do que faz, é tudo. Ter cuidado com a família, com os amigos”P7</i></p> <p><i>“O autocuidado, é cuidar do corpo e da saúde, em todos os sentidos” P9</i></p> <p><i>“Alimentação e exercício físico” P8</i></p> <p><i>“Se alimentar bem, fazer os exercícios...Comer bem, comer no horário certo, não comer gordura” P7</i></p> <p><i>“Evitar o açúcar e o sal” P9</i></p> <p><i>“Aprender sobre pressão alta, diabetes... a gente vai aprendendo, como evitar. É preventivo, né?”P9</i></p>	<p>Concepção sobre doença crônica e autocuidado</p>

Fonte: Elaborado pela autora, 2018

Quadro 5 – Categoria 3 – O vínculo entre profissionais e usuários: motivação para mudança

Categoria 3 – O vínculo entre profissionais e usuários: motivação para mudança	
Unidade de significado	Unidade de Contexto
<p><i>“Gosto, nosso grupo é bem unido. Estou chateada, por que muita gente (profissionais) vai sair, a gente já acostumou.”P3</i></p> <p><i>“Gosto, fico pensando, será que vai acabar o grupo? Disseram que vai acabar porque vai entrar gente nova (profissionais)”. P4</i></p> <p><i>“Eles(os profissionais) se dedicam pra gente, se preocupam com a gente”. P1</i></p> <p><i>“Cada profissional entra falando sobre uma coisa” P3</i></p> <p><i>“A gente já está acostumada com eles, a assistente social que estava no grupo foi embora, aí sentimos muita falta dela, porque ela era muito boa e já estávamos acostumados” P4</i></p> <p><i>“A gente vai para lá, conversa, passa o tempo. Eles (profissionais) explicam o que acontece, mas a gente não segue mesmo..(risos). Conhece uns aos outros, conversa uns aos outros”P7</i></p> <p><i>“Eu tinha pressão alta, até hoje eu tenho aí a doutora mandou eu ir pro grupo”P8</i></p>	<p>Vínculo com equipe multiprofissional</p>
<p><i>“Amo, gosto, gosto de movimento. Uma sugestão é tirar a balança, porque na hora que tem de ir para a balança está tudo muito bom no grupo, mas quando vai pra lá pra pesar eu digo, ó Senhor ...rsrs” P1</i></p> <p><i>“Ajudou, para eu apanhar os remédios, dá conselhos a gente” P5</i></p> <p><i>“Acredito no grupo, conheço pessoas que vem de longe para participar” P2</i></p> <p><i>“Às vezes a receita chegando o prazo final, aí chega lá no grupo e eles trocam porque já nos conhecem” P9</i></p> <p><i>“É muito bacana a gente aprender como se cuidar... O</i></p>	<p>Incentivo para participação no grupo</p>

<i>que eu gosto mais são as palestras que ensinam sobre as enfermidades, como cuidar, evitar, como tratar. Tudo isso é colocado ali. É muito bom ouvir e prestar atenção” P9</i>	
--	--

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Por ser um estudo multicêntrico esta pesquisa foi submetida com Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário (HU) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), sendo provado sob o nº 455.393 no CAAE: nº 16413013100005259 de 2015.

A autora foi integrada à equipe do projeto em 06/07/2017 e está devidamente registrada na Plataforma Brasil e autorizada a seguir com a pesquisa.

Antes de ser iniciada a produção de dados, esta pesquisa foi submetida à apreciação do Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa (NEPP) da Fundação Municipal em Saúde de Niterói, por meio de abertura de processo administrativo e liberação em carta de anuência, já que foi autorizado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, acima citado.

As informações e o anonimato dos participantes serão mantidos em sigilo pelo pesquisador, sendo de sua única responsabilidade, desenvolvendo a pesquisa seguindo os preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Ao aceitarem participar da pesquisa, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com esclarecimentos sobre toda pesquisa. Nestes termos, constam os objetivos da pesquisa, procedimentos, riscos e desconfortos, benefício previstos, garantia de recusa de participação em qualquer momento.

Tendo em vista com seres humanos poderia estar sujeita a riscos, conforme prevê a Resolução 466/2012, o tal estudo poderá produzir riscos mínimos através da exposição da imagem, a exposição de informações pessoais e conhecimento e relação a temática, o ato de responder a um questionário ou de ser participante da pesquisa, possuem riscos aos participantes uma vez que poderá causar constrangimentos ou trazer à memória experiências ou situações vividas que causam sofrimento psíquico.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS ACHADOS

Após a reunião de todos os achados da pesquisa, foi necessária a análise dos dados de forma clara e contextualizada, a fim de compreender sobre o que pensam os participantes.

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE SAÚDE

Na pesquisa qualitativa em saúde há necessidade de conhecer a realidade e o contexto social onde os participantes estão inseridos. Assim foi aplicado um questionário (apêndice A) com a ajuda da pesquisadora, com objetivo de dar mais foco aos participantes e suas particularidades.

Com relação à caracterização dos participantes da pesquisa, num universo de 18 (dezoito) participantes presentes nos 3 momentos da pesquisa, verificou-se que apenas 11,11% (dois participantes) eram do sexo masculino e 88,89% (16 participantes) do sexo feminino.

Quadro 6 – Caracterização dos participantes dos grupos em relação ao sexo.

Sexo	Nº Total Participantes	% Total De Participantes
Sexo Masculino	2	11,11%
Sexo Feninimo	16	88,89 %
Total	18	100%

Fonte: Elaboração da autora, 2018

Num universo de 18 participantes nos grupos, 9 pessoas aceitaram participar da entrevistas e responder ao questionário 11,1% (1 participante) era do sexo masculino e 88,9% (oito participantes) do sexo feminino.

Quadro 7 – Caracterização dos participantes que responderam às entrevistas e questionário, em relação ao sexo

Sexo	Nº Total Participantes	% Total De Participantes
Sexo Masculino	1	11,1%
Sexo Feninimo	8	88,9%
Total	9	100%

Fonte: Elaborado pela autora, 2018

Em ambos os quadros, observa-se uma baixa adesão masculina no grupo educativo. O não envolvimento dos homens com as questões de saúde, principalmente em relação à prevenção de doenças crônicas, faz pensar que a questão cultural está intimamente ligada à busca de conhecimento sobre sua condição biológica (ESPÍNOLA, SABÓIA E VALENTE, 2015, p. 353; BRASIL, 2009, p. 13).

O Ministério da Saúde em Política Nacional de Atenção Integral a saúde do Homem (2009, p.14) afirma que “os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer”

Em contrapartida, as mulheres participam dos grupos de ajuda mútua e outras atividades de educação em saúde. Assim, instituições de saúde devem mover esforços para mudança desse olhar a fim de promover saúde a esta população vulnerável que apresenta taxas de morbimortalidade impactantes, objetivando a divulgação e construção de práticas promoção e prevenção em saúde adequadas para o público masculino.

Em relação à idade dos participantes observou-se que encontravam-se na faixa etária de 60 a 76 anos. Desse modo, verificou-se que todos eram idosos.

Estudo realizado por Reticena e colaboradores (2015, p. 109) concluiu que os idosos valorizam as atividades educativas grupais, possibilitando a ampliação do conhecimento, reorientando hábitos, colocando em prática o que aprenderam e reconhecem as repercussões para sua saúde.

Azevedo et al (2018, p. 262) apontam em sua pesquisa de revisão integrativa que é observado maior número de pesquisas sobre ações educativas voltadas para o idoso, considerando o envelhecimento populacional, relacionado ao aumento de doenças crônicas não transmissíveis como HAS e DM 2.

Os grupos de ajuda mútua são estratégias utilizadas para a aproximação e fortalecimento do vínculo entre profissionais de saúde e idosos, com objetivo de promoção e

prevenção de agravos a saúde desses usuários, além de apoio emocional. Dalmolin et al (2011, p. 20) afirma em seu estudo que:

nos grupos de convivência de idosos, encontra-se a possibilidade de difusão de saberes, especialmente em assuntos relativos à saúde, sendo esta uma temática de especial interesse desta faixa etária, devido ao interesse desses indivíduos em ter um envelhecimento saudável e ativo.

A respeito da auto-declaração étnico-racial dos participantes do estudo esquematizou-se o quadro a seguir.

Quadro 8 – Caracterização seguindo auto-declaração cor/raça

Cor/Raça	Nº Participantes	% Participantes
Parda	3	33,33%
Branco	1	11,11%
Negro	5	55,56%
Amarelo	0	0 %
Total	9	100%

Fonte: Elaboração da autora, 2018

Vale ressaltar que parte dos participantes sentiu dificuldade em como classificar a sua cor da pele. Isto demonstra que há pouca informação sobre a auto-declaração de cor/raça na sociedade. Tal variável é utilizada em estudos a fim de trazer subsídios para construção de políticas públicas, apesar de ser percepções subjetivas e individuais (MUNIZ, 2010, p. 284; BRASIL, 2003, p. 11).

Em estudo realizado por Sabóia (1997, p.47) com pacientes diabéticos de um ambulatório em Hospital Universitário, mostra-se atual quando diz que:

Para haver mudanças na assistência à saúde, é necessária a conscientização e a mobilização das classes populares através do aumento do seu nível de politização(...) Assim, através de ações reivindicatórias, as pessoas poderiam pressionar os governos (o Estado) a aplicar os recursos públicos de acordo com as necessidades dos usuários.

Em relação a renda familiar observou-se:

Quadro 9 – Caracterização em relação à renda familiar

Renda Familiar	Nº Participantes	% Participantes
1ª a 2º Salários Mínimos	6	66,67%
3ª a 4º Salários Mínimos	3	33,33%
Não quis informar	0	0
Total	9	100%

Fonte: Elaboração da autora, 2018

Muita das vezes os idosos moram com outros familiares e a aposentadoria é única forma de sustento da família. Com isso, sua alimentação fica prejudicada, assim como a compra dos medicamentos e outras despesas.

Malta et al (2014, p.4342) dizem que “os gastos familiares com as DCNT reduzem a disponibilidade de recursos para necessidades como alimentação, moradia, educação, entre outras”.

Em estudo realizado pelo instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2008) diz que conforme os rendimentos aumentam o número de pessoas que afirmam pelo menos uma doença crônica, esta informação se contrapõe ao nosso achado da pesquisa.

As Doenças Crônicas Não transmissíveis associadas aos participantes da pesquisa são:

Quadro 10 – Caracterização em relação às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

DCNT	Nº Participantes	% Participantes
HAS	7	77,78%
DM	1	11,1%
Asma	1	11,1%
Total	9	100%

Fonte: Elaboração da autora, 2018

O número de pacientes com HAS demonstra o quanto o grupo e as ações educativas são necessárias no controle da PA. O manejo da HAS é complicado e necessita estratégias de

suporte para que o tratamento e a adesão plena do usuário uma delas é o grupo de convivência.

Numa projeção do censo demográfico em 2008 realizado pelo IBGE, diz que “do total de casos de doenças crônicas diagnosticadas no ano, 14% eram hipertensão arterial, bronquite ou asma 5%, DM 2 3,6%” (IBGE, 2008).

Em relação ao tratamento os dados obtidos foram os seguintes:

Quadro 11 – Caracterização em relação ao tratamento utilizado

Tratamento	Nº Participantes	% Participantes
Medicamentoso	9	100%
Atividade Física	2	22,22%
Reorientação alimentar	2	22,22%

Fonte: Elaboração da autora, 2018

No quadro acima é explicitado a forma de tratamento dos pacientes participantes. Percebe-se que 100% (9 participantes) faz uso correto das medicações e as utiliza como forma principal para controle de sua patologia. Somente 44,44% (4 participantes) utilizaram outras formas de tratamento auxiliar além da medicamentosa e destes, 22,22% (2 participantes) utilizam a atividade física e 22,22% (2 participantes) utilizaram a reorientação alimentar.

A utilização de outros métodos não medicamentosos para o controle das DCNT é de suma importância. A realização de atividade física e a reorientação de hábitos alimentares, aumentam a qualidade de vida e diminui riscos para saúde. Grupos de caminhadas e grupos de auxílio nutricional são estratégias de incentivo e adesão ao tratamento (FILHA; NOGUEIRA e VIANA, 2011, p.930-6).

4.2 CATEGORIAS CONSTRUÍDAS A PARTIR DOS ACHADOS QUALITATIVOS DA PESQUISA

Os resultados obtidos a partir dos dados analisados serão apresentados a seguir e discutidos à luz do referencial teórico e conceitual da pesquisa.

Os achados possibilitaram a construção de três categorias analíticas: “O apoio emocional: vencendo os desafios”; “A construção coletiva do conhecimento e o autocuidado” e “O vínculo profissional e usuário como forma de motivação para mudanças”.

4.2.1 – CATEGORIA 1 : O APOIO EMOCIONAL: vencendo os desafios

Por meio da sistematização dos achados da pesquisa foi possível fazer uma análise sobre a repercussão dos grupos de ajuda mútua na construção de saberes e práticas de autocuidado para melhoria da qualidade de vida dos participantes.

A participação nos grupos traz conforto emocional e apoio psicológico para os participantes. A equipe de saúde, por meio do vínculo formado com a clientela auxilia na adesão ao tratamento das DCNT, favorecendo o autocuidado.

O grupo proporciona um ambiente familiar e agradável por ser formado em sua maioria por idosos que residem perto uns dos outros há anos. Tal fato pode ser evidenciado nos depoimentos abaixo:

“É um ambiente familiar, tem muita gente, um fala uma coisa, outro fala outra, sabe, gostei do ambiente, pra mim foi ótimo” P6

“Faz bem, não só pela amizade”. P1

Wichmann; Couto; Areosa; Montañés (2013, p. 825) afirmam que a participação dos idosos nos grupos de convivência está baseada na troca de experiências, almejando um sentido para vida. O grupo traz para essas pessoas um sentimento de satisfação e bem-estar psicológico, por meio das relações interpessoais, como fonte de suporte social.

No encontro com o “Grupo de Ajuda Mútua Geração Renda”, composto somente por mulheres idosas, pudemos observar a existência de uma rede de apoio entre elas. Enquanto trabalham, fazendo os produtos de artesanato que posteriormente serão vendidos, elas

conversam sobre seu cotidiano e problemas. Perguntam sobre a saúde e compartilham conhecimentos sobre sua doença e/ou do seu familiar com palavras de conforto e altruísmo.

É possível observar nestes depoimentos a satisfação de ser ouvido:

“Vai dar tudo certo, ele vai passar logo por essa...” P1

“Eu vou no grupo para me distrair, esquecer os problemas em casa...a gente conversa, coloca a palavra em dia”.P5

Tais falas expressam o que Franco, Silva e Daher (2011, p. 20) dizem quando em seu estudo afirmam que os espaços de grupo favorecem as relações interpessoais, permitem a troca de saberes e valorização das experiências de vida.

“Eu passava um tempo lá, esqueço dos problemas...”P7

Pelas características dos participantes do estudo há peculiaridades que devem ser observadas com atenção. Nesta fase da vida, devido às alterações fisiológicas e comportamentais que afetam o bem estar do indivíduo, o isolamento social e a alienação são favorecidos (SANTOS E VAZ, 2008, p. 335).

Por isso, faz-se necessário o envolvimento de toda equipe para entender o contexto que os participantes vivem. Utilizar estratégias de abordagem baseadas na dialogicidade, que proporcionam conforto e sentimento de pertencimento ao participante.

“Eu me sinto bem no grupo, já tenho vários anos no grupo, eu acho há mais de 10 anos... eu não perco um”. P4

“Troca idéias, o que está achando e o que tem a dizer sobre isso que você ouviu e se quer acrescentar alguma coisa... “Conscientiza a gente”P9

Freire (2016, p.129) diz que para que alguém possa ter o controle da situação deve apropriar-se primeiramente de sua realidade, sendo capaz de transformá-la por si. Assim, é importante dar voz aos participantes dos grupos, deixá-los expor suas angústias e necessidades e traçar, em parceria com os profissionais, planos de ação visando a transformação da realidade.

“Alertaram sobre a alimentação, meu modo de vida, eu mudei” P1

Quando eu descobri que tinha pressão alta, parecia que eu tinha uma doença tão ruim, que fiquei preocupada. Aí fui pro grupo e vi que todo mundo tinha também.” P8

Há uma relação entre alegria, educação e esperança de que juntos se pode aprender, ensinar e resistir aos obstáculos. A esperança faz parte da natureza humana, é um ímpeto natural indispensável à vida (FREIRE, 1998)

“Pra mim o grupo é tudo... no dia que ela liga dizendo que não vai ter grupo eu fico... não sei nem explicar ...quando estou em casa, aí me aborreço com o marido, aí chego aqui e me distraio e fico conversando... aí eu esqueço” P5

A percepção dos pacientes em relação ao grupo é positiva, eles entendem que a participação não é uma imposição e sim uma possibilidade de troca de saberes e construção de conhecimento que irá esperança e benefícios.

É necessário uma escuta sensível às demandas dos participantes dos grupos para que os cuidados prestados sejam apoiados também na individualidade de cada um, de maneira que eles possam tomar decisões que repercutam no seu cotidiano, recuperando seu espaço como indivíduos e cidadãos (SABÓIA E VALENTE, 2010,p.21).

O depoimento abaixo esclarece a necessidade de saber escutar:

“A gente fala o que sente...”P8

Neste sentido Freire (1998, p. 127) nos alerta que “somente quem escuta paciente e criticamente o outro fala com ele (...) o educador que escuta aprende a difícil missão de transformar o seu discurso, às vezes necessário”.

A satisfação e o envolvimento com as atividades propostas refletem mudanças na qualidade de vida. Percebe-se que as informações compartilhadas nos grupos são impulsionadores na reorientação dos hábitos de vida.

“Como o pessoal falava sobre alimentação eu perdi peso, e quando parei eu engordei. E quando voltou eu voltei, porque me policia. Não é que o grupo te obrigue a emagrecer. Para emagrecer vou fazendo e vou lembrando...” P3

“Eu cuido bem, eu faço dieta, tomo meu remédio certo, eu estou na ginástica, quando não tem eu dou uma caminhadazinha pouca”. P4

Segundo Freire (1998, p. 85) “O mundo não é, o mundo está sendo”. Por meio da curiosidade, da inteligência e do diálogo, pode-se não só constatar os acontecimentos, mas também intervir como sujeito de ocorrências. A fala a seguir revela esta visão.

“Às vezes a pessoa fica tão desesperado com uma doença, e ali vai entendendo que não é o fim”.P1

“Antes de começar no grupo e na ginástica eu era assim: eu era triste, ficava pensando uma porção de coisas, aí depois que eu vim pro grupo e pra ginástica eu já fico bem. O dia que eu não venho eu sinto falta, se eu ficar em casa me dá aquela tristeza eu choro... aí eu tenho que vir para me distrair” P4

A utilização dos grupos de ajuda mútua como forma de incentivo para reorientações dos hábitos de vida das pessoas com DCNT são preponderantes no tratamento e prevenção de agravos. Os profissionais dinamizadores apresentam estratégias e criam planos de ação compartilhados, com objetivo de identificar os fatores que possam contribuir ou prejudicar a saúde do participante.

O excesso de peso, dislipidemia, desequilíbrio glicêmico e consumo excessivo de gordura saturada, interferem diretamente aparecimento das DCNTs e favorece agravos. Faz-se necessário a reorientação nutricional de maneira adequada e eficaz (BRASIL, 2014, p. 64).

Desse modo, as orientações não devem ser em caráter punitivo, mas que sirva como suporte para o participante do grupo e sua família.

“Principalmente alimentação no meu caso (...) o grupo ajuda a mudar o jeito de pensar... vai me prejudicar?”P3

“Eles falam das coisas que não podemos comer e beber(...)”P6

“Aprendemos melhor a comer, tratar da saúde... traz as experiências do que temos que fazer do que não temos que fazer”P7

Acioli (2008, p.120), considera “que se há relação de confiança e diálogo entre os sujeitos, há aceitação da proposta de caráter educativo, mesmo que essa proposta não implique no atendimento imediato aos problemas de saúde da população envolvida”.

Almeida, Moutinho e Leite (2014, p. 336) corroboram que a reorientação de hábitos saudáveis de vida em participantes de grupos, torna-se possível a partir da reflexão e conhecimento sobre sua doença, levando a uma ressignificação das suas práticas. O depoimento abaixo exemplifica essa visão:

“Eu até sinto falta quando não tem... É muito bacana a gente aprender como se cuidar”P9

Para o desenvolvimento da prática educativa em saúde humanista, revolucionária e progressista, o foco é realidade a ser transformada por todos e para todos (FREIRE, 2016, p.84).

4.2.2 CATEGORIA 2: A CONSTRUÇÃO COLETIVA DO CONHECIMENTO E O AUTOCUIDADO

O conhecimento sobre aspectos das DCNTs é essencial para o tratamento das pessoas que vivem com estas patologias. O ambiente em grupo possibilita o compartilhamento dessas informações e servem como suporte no envolvimento dessas pessoas como sujeitos ativos de seu tratamento.

A concepção dos participantes dos grupos sobre as DCNT deve ser levada em consideração. Assim, foi possível perceber que os participantes entendem ou remetem tais agravos à doenças que não tem cura, permanecendo por muito tempo em tratamento. Seguem algumas concepções dos participantes do estudo sobre DCNT:

“As minhas dores de coluna, na perna... Porque tenho há muito tempo... Eu tenho que tomar remédio a vida inteira”P6

“Doença crônica é uma doença que não tem cura” P7

“É uma doença que não tem cura, toma remédio direto... é pressão alta e diabetes também. Acontece pela alimentação e é hereditário”P8

Brasil (2013, p.3) afirma:

As doenças crônicas compõem o conjunto de condições crônicas. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura.

Os profissionais de saúde devem atentar-se para informações dos participantes compartilhadas nos grupos. Não se deve desprezar as falas de cada sujeito e sim utilizá-las

como forma de construção de conhecimento, demonstrando interesse pelo seu estado de saúde. Segundo Mendonça e Nunes (2014, p.203):

A valorização do saber popular estimula a realização de ações mais participativas, pois oferece ao usuário a abertura para opinar sobre aquilo que tem interesse. Além disso, o indivíduo é dono de um saber único e particular relacionado intimamente com sua história de vida e suas experiências, o que possibilita a construção de conceitos e concepções para adotar uma posição diante das situações

Na fala a seguir, o participante identificou o sintoma de cefaléia após um momento de estresse e percebeu o aumento da pressão arterial, relacionando a “dor de cabeça” com Hipertensão Arterial Sistêmica:

“Eu fiquei hipertensa num susto que eu tomei no ônibus, daí uma semana, passei a sentir uma dor de cabeça e minha pressão estava 18” P6

A identificação de fatores de risco associados à doença crônica condiz com a fala abaixo:

“Doença crônica tem que acontecer... mas eu acho que a gente tem que se cuidar”. P7

Tais depoimentos demonstram que a competência técnica e científica do profissional deve estar atrelada a uma prática mais humanizada e participativa (SABÓIA, 1997, p. 102,103).

Freire (2016, p.35) afirma que “a educação tem caráter permanente. Não há seres educados e não educados. Estamos todos nos educando. Existem graus de educação, mas estes não são absolutos”.

Quando os participantes foram perguntados sobre o conceito de autocuidado, a maioria relacionou com a alimentação saudável e a prática de atividade física. Tais aspectos foram evidenciados nas falas abaixo:

“Alimentação e exercícios” P6

“Se alimentar bem, fazer exercícios...Comer bem, comer no horário certo, não comer gordura.” P7

“Evitar o açúcar e o sal” P9

Para Brasil (2014, p. 117) o autocuidado “é baseado na percepção da pessoa, sobre os seus problemas e suas condições e, ainda, qual dos seus problemas relacionados à sua condição crônica que ele percebe como prioridade a ser trabalhada, superada ou manejada”.

Nesse sentido dois dos participantes fizeram a seguinte colocação:

“Autocuidado é a gente cuidar do que faz, é tudo... Ter cuidado com a família, com os amigos”P7

“O autocuidado, é cuidar do corpo e da saúde, em todos os sentidos”P9

Esta fala condiz com o que Galvão e Janeiro (2013, p.227) definem sobre o autocuidado: “uma função reguladora que permite as pessoas desempenharem, por si só, as atividades que visam a preservação da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar”.

Outro participante atribuiu a adesão ao tratamento como forma de autocuidado e se colocou como protagonista nesse processo:

“Bom, a meu ver a gente tem que tomar o remédio direitinho, participar do grupo sempre e fazer a alimentação direito”P5

Essa atitude de reconhecimento como parte integrante do processo saúde-doença contribui para o sucesso do tratamento e nos remete a autonomia que o indivíduo de ter sobre sua vida.

De acordo com Freire (1996, p. 86) “nos tornamos capazes de intervir na realidade, tarefa incomparavelmente mais complexa e geradora de novos saberes do que simplesmente a de nos adaptar a ela”

Na fala a seguir o participante expressa o que apreendeu com os dinamizadores do grupo sobre o autocuidado:

“Aprender sobre pressão alta, diabetes... a gente vai aprendendo, como evitar. É preventivo, né?... É muito bacana a gente aprender como se cuidar... O que eu gosto mais são as palestras que ensinam sobre as enfermidades, como cuidar, evitar, como tratar. Tudo isso é colocado ali. É muito bom ouvir e prestar atenção” P9

A participação dos profissionais de saúde no processo de autocuidado é fundamental, porém não definidor. As necessidades individuais devem ser escolhidas e priorizadas pelas pessoas e respeitadas pelos profissionais de saúde, utilizando estratégias para tentar solucionar os problemas, porém, sempre de maneira empática e baseada no diálogo (BRASIL, 2014, p. 115; MENDES, 2012, p. 380).

4.2.3 CATEGORIA 3: O VÍNCULO ENTRE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS: motivação para mudança

Os grupos de ajuda mútua são utilizados como forma de aproximação do usuário com o serviço de saúde, fortalecendo a relação entre profissionais de saúde (dinamizadores) e população. O vínculo construído motiva os participantes a continuarem o tratamento e incentiva a pensar sobre sua saúde, ampliando os horizontes do conhecimento.

Nas falas seguintes é possível perceber a visão do participante em relação aos dinamizadores dos grupos:

“Eles (os profissionais) se dedicam pra gente, se preocupam com a gente”. P1

“A gente vai para lá, conversa, passa o tempo... Eles (profissionais) explicam o que acontece, mas a gente não segue mesmo..(risos). Conhece uns aos outros, conversa uns com os outros”P7

Ações de educativas na Estratégia de Saúde da Família possibilitam a intermediação entre profissionais de saúde e comunidade. Contribuindo para reorientação de hábitos e condutas de saúde, prevenção de doenças, além do fortalecimento da cidadania (RAMOS et al 2018, p.1212).

Nesse sentido, a empatia que o profissional deve ter com os usuários faz diferença quanto a permanência desses no grupo. Não é possível que esta relação seja baseada numa regra ou prescrição. Cada encontro é singular, e necessita de ações específicas, com objetivo de transformação de práticas e construção de novos saberes (TADDEO et al 2012, p.2923).

A fala do depoente a seguir revela o crédito da instituição pública junto a clientela:

“Acredito no grupo, conheço pessoas que vem de longe para participar” P2

Lopes et al (2017, p. 5126) dizem que:

educação e a cultura são aspectos indissociáveis e de fundamental importância na área da saúde, seja no espaço acadêmico ou no território popular/comunitário, à medida que permite, ao profissional, ampliar o olhar sobre os processos de atenção à saúde e os processos formativos.

Nos depoimentos abaixo fica claro que existe um sentimento de confiança entre os participantes e os profissionais de saúde:

“Gosto, nosso grupo é bem unido. Estou chateada, por que muita gente (profissionais) vai sair, a gente já acostumou.”P3

“Eu tinha pressão alta, até hoje eu tenho... a doutora mandou eu ir para o grupo”P8

“A gente já está acostumada com eles, a assistente social que estava no grupo foi embora, aí sentimos muita falta dela, porque ela era muito boa e já estávamos acostumados” P4

Embora a relação entre profissionais e usuários seja estreita, geralmente é reproduzido uma assistência fundamentada no mero repasse de informações enfatizando o saber científico em detrimento do saber popular, não favorecendo a troca de conhecimentos.

Nesse sentido um participante do estudo fez uma crítica à fragmentação do conhecimento, reflexo da visão hegemônica da saúde:

“Cada profissional entra falando sobre uma coisa” P3

Segundo Freire (1996, p.28) os educadores devem reforçar a visão crítica do educando. Os saberes não podem simplesmente ser transferidos. Ao contrário, a verdadeira aprendizagem transforma os educandos em sujeitos na construção do saber:

“Uma sugestão é tirar a balança, porque na hora que tem de ir para a balança está tudo muito bom no grupo, mas quando vai pra lá pra pesar eu digo, ó Senhor ...rsrs” P1

Para uma educação libertadora, o homem não pode ser considerado um mero ser vazio, onde são depositados conteúdos de forma mecanizada e compartimentada, mas sim como seres sensíveis a uma educação problematizadora em relação com o mundo (FREIRE, 2016, p. 118).

No estudo verificou-se outros aspectos da visão biomédica, que além de fracionar o conhecimento fortalece a questão assistencialista :

“Ajudou, para eu apanhar os remédios, dá conselhos a gente” P5

“Às vezes a receita chegando o prazo final, aí chega lá no grupo e eles trocam porque já nos conhecem” P9

Nesse sentido, Alves e Aerts (2011, p. 324) em seu estudo sobre as práticas educativas em saúde revela que, ainda são utilizados métodos que seguem um modelo verticalizado e autoritário, com prescrições de comportamento que deve ser acatadas.

Este tipo de prática não deve ser utilizada pelos profissionais de saúde, tornando-se necessário a sensibilização da equipe para estabelecimento de um cuidado mais próximo a comunidade. O envolvimento de equipe multiprofissional no planejamento e efetivação das práticas educativas favorece o diálogo e a troca de saberes. Auxiliam também na mudança do paradigma ainda vigente baseado em consultas excessivas e priorização do atendimento a doença (RAMOS et al 2018, p.1217).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A esta altura do estudo pode-se dizer que os objetivos foram alcançados, uma vez que foi possível compreender a repercussão dos grupos de ajuda mútua da Clínica Comunitária de Família do Badú/Niterói, tendo em vista o processo de ensino aprendizagem sobre autocuidado de pessoas que vivem com DCNT, assim como foram respondidas as questões que nortearam este estudo.

Desse modo, foi caracterizado o perfil sócio demográfico e de saúde dessas pessoas; analisado o conhecimento sobre o autocuidado em saúde desse grupo populacional e discutida a repercussão desses grupos na melhoria das condições de saúde dos participantes.

Durante o estudo observou-se que os grupos de ajuda mútua são avaliados de maneira positiva pelos participantes. A percepção de pertencimento dos que frequentam há mais tempo, faz com que as relações sociais e de convivência sejam fortalecidas, favorecendo o suporte emocional para vencer os desafios impostos pelas DCNT.

Práticas educativas voltadas para reorientação de hábitos de vida são observadas nas falas dos idosos. Percebemos que o cuidado alimentar e a prática de atividade física foram os temas de maior interesse entre os participantes do estudo, que atribuem às questões da má alimentação e ao sedentarismo problemas relacionados a doenças crônicas, sendo necessário conhecimento para melhoria da saúde.

O objeto de pesquisa, que foi a repercussão dos grupos de ajuda mútua no processo de ensino-aprendizagem sobre o autocuidado, com pessoas que vivem com DCNT foi apresentado e será feita uma devolutiva dos resultados para a Unidade de saúde onde foi realizada a pesquisa.

Os resultados apresentam relevância social, pois revelam outras estratégias de educação em saúde, para além da abordagem individual realizada nos consultórios, comum para pessoas que vivem com Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

O conhecimento construído por meio desta pesquisa contribuirá para compreensão de fatores sociais, econômicos, culturais e comportamentais, com o intuito de descobrir fragilidades na adesão ao tratamento e ao autocuidado.

Além disso, ficou evidente que abordagens participativas são necessárias para que as informações sejam apreendidas e que reflitam concretamente na vida desses participantes. A relação deve ser sempre baseada na dialogicidade e não impositiva e verticalizada.

A utilização dessa abordagem metodológica para explorar a temática do estudo poderá ter continuidade em outro momento, integrando profissionais de saúde como participantes da investigação.

Observou-se que alguns dos participantes ainda associam as palestras à troca de conhecimento que acontecem durante a prática educativa em saúde, fortalecendo a visão hegemônica em saúde.

Cabe ressaltar que apesar desta pesquisa ser baseada em concepções dialógicas, não foi possível entrevistar os profissionais que dinamizam os grupos. Uma das limitações para a realização do estudo com esse grupo de profissionais, foi que no período em que a pesquisa estava sendo realizada, os funcionários estavam passando por um momento delicado, havia mudanças na forma de contratação do vínculo empregatício portando, alguns estavam de férias ou desestimulados pois não sabiam se iriam continuar no serviço.

Além disso, os resultados do estudo poderão ser empregados em outras Unidades de Saúde, contribuindo para saúde das pessoas que vivem com DCNT.

6. REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 61, n 1, jan-fev, 2008.

ACHUITTI, A. Controle de doenças não transmissíveis – Contexto histórico e elementos para sua discussão. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo: USP, v.15, n 2, jul/out, 2014.

ALMEIDA, E.R.; MOUTINHO, C.B.; LEITE, M.T. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos . **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n.101, abr/junho, 2014. Disponível em: doi: 10.5935/0103-1104.20140030

ALVES, G.G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v 16, supl 1, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100034> acesso em 09 set 2017

AYRES, J. R. C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D;FREITAS,C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 117-39.

AZEVEDO, P.R.A., SOUSA, M.M., SOUSA, N.F., et al. Ações de educação em saúde no contexto das doenças crônicas: revisão integrativa. **Revista Fundamento Care [Online]**. v. 10, supl. 1, jan./mar, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361>

BECKER, D.; EDMUNDO, K.; NUNES, N. R. ; BONATTO, D. ; SOUZA, R.. Empowerment e avaliação participativa em programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.9, supl. 3, 2004.

BERARDINELLI, L. M. M. et al.Cronicidade e vulnerabilidade em saúde de grupos Populacionais: implicações para o cuidado. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 18(4): 553-

8, out/dez. 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a09.pdf>. Acesso em: 07 set. 2016.

_____, L.M.M.; GUEDES, N.A.C.; ACIOLI, S. Análise do déficit de autocuidado de clientes hipertensos e as implicações na produção do cuidado. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, esp. 1, 2013

_____, L. M.M.; FIGUEREDO, T.F.L.; ACIOLI, S. O; SANTOS, I.; GIRON, M. N.; RAMOS, J.P. Hipertensão arterial e conhecimento popular: potencializando o cuidado. **Revista de Enfermagem.**, Rio de Janeiro - UERJ, v. 21, n 4, out/dez, 2013.

BERTOLOZZI, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **RevEscEnferm USP**, 43(Esp2):1326-30, 2009

BRANDÃO, C. R.; STRECK, D. R. **Pesquisa Participante: O saber da Partilha**. Aparecida, 2006, SP: Idéias e Letra.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. **Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem : princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde

_____ - Resolução nº 346, de 13 de janeiro de 2005. Dispõe sobre a regulamentação para tramitação de Projetos de Pesquisa Multicêntricos no sistema Comitê de Ética em Pesquisa – CPS e CONEP. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2005/reso346.doc> .Acesso em: 16,out,2016.

_____. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10507.htm. Acesso em: 10, Set, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus.** Disponível em; /dab/docs/publicacoes/geral/plano_reorganizacao_atencao.pdf. Acesso em 29, out, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica : Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada : CDS – Versão 2.1** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 171 p. ISBN Versão Preliminar. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br> . acesso em 29 de out de 2016.

_____. Ministério do Planejamento - http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0996.pdf Acesso 25/04/18

_____- Ministério da Saúde. Secretaria de atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado com doenças crônicas: **Hipertensão Arterial Sistêmica**/Ministério da saúde, Secretaria de atenção ás Saúde, Departamento de atenção Básica – Brasília; Ministério da Saúde, 2014 p. 128 (Caderno de Atenção Básica n 37).

BRITO, I.S.; MARTINS, M.E.; DAHER D.V.; SABOIA V. M.; ACIOLI S.; BERARDINELLI L.M. Desafios e resultados da Pesquisa-Ação Participativa no campos da

Promoção da Saúde e da Enfermagem. **Revista da Rede Internacional de Investigação-Ação Colaborativa – EstreiaDialogos**. N.02, dez, 2017.

DALMOLIN, I.S.; LEITE, M.T.; HILDEBRANDT, L.M.; SASSI, M.M.; PERDONSSINI, L.G.B. A importância dos grupos de convivência como instrumento para a inserção social de idosos. **Revista Contexto & Saúde**. Ijuí. v. 10, n. 20, Jan./Jun, 2011.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015/Sociedade Brasileira de Diabetes; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2015. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/images/2015/area-restrita/diretrizes-sbd-2015.pdf>. Acesso em 18 de setembro de 2015.

DUCAN, B. B.; CHOR, D.; AQUINO, E. M. L.; BENSENOR, I. M; MILL, J. G.; SCHMIDT, M. I.; LOTUFO, P. A.; VIGO, A.; SANDHI, M. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, 46 (Supl), 2012

DYNIWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. São Caetano do Sul: Difusão, nov. 2007.

ESPINOLA, B. C.; SABOIA, V. M.; VALENTE, G. S. C. Programa educativo em saúde qualidade de vida de indivíduos com diabetes tipo 2: estudo comparativo. **Revista Produção Online (2015)**. <http://www.revista.ufpe/revistadeenfermagem/index.php> . Acesso em: 16, out, 2016.

FARIA, H. T. G. et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2014, vol.48, n.2, pp. 257-263. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-257.pdf>. Acesso em 17 de setembro de 2015.

FILHA, F.S.S.C.; NOGUEIRA, L.T.; VIANA, L.M.M. Hipertensão: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n.esp, 2011.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 36 ed., São Paulo: Paz e Terra 2014. 111p.

_____. **Educação como prática de liberdade**. 14ª Ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 2011.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Coleção Leitura, 50ª edição – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 143p. 1996a.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 60º ed. São Paulo: Paz e Terra, 284p, 2016.

GATTÁS, M.L.B. Interdisciplinaridade: uma contextualização. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.19, n 3, p.323-7, 2006

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica número 24. **Projeção e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação**. [Internet]. [acesso :2016 setembro: 08]. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976

LOPES,C; DALMOLIN, I.S.; DURAND, M.K.; RUMOR, P.C.F.; HEIDEMANN, I.T.S.B.; KOCH, C. Educação e cultura em saúde à luz de Paulo Freire. **Revista de Enfermagem UFPE** [on line]. Recife, 11, n 12, p. 5122-8, dez, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a25338p5122-5128-2017> . Acesso em junho, 2018.

MATOS, E; PIRES, D. E. P.. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Rev. Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, n 18, abr-jun, 2009.

MALTA, D.C.; GOSCH, C.S.; BUSS, P.; ROCHA, D.G.; REZENDE, R.; FREITAS, P.C.; AKERMAN, M. Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.19, n 11, p. 4341-4350, 2014.

MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; VILASBÔAS, A. L. Q.; MOTA, E.; PINTO JUNIOR, E. P.; LUZ, L. A.; ANJOS, D. S. O.; PINTO, I. C. M. Promoção da saúde e prevenção de doenças

crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 69-82, out 2014

MELO, L.P. Análise biopolítica do discurso oficial sobre educação em saúde para pacientes diabéticos no Brasil. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.22, n.4, 2013

MENDES, E. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia saúde da Família. Brasília: **Organização PanAmericana da Saúde**, 2012.

MENDONÇA, F. de F.; NUNES, E. de F. P. de A. Atividades participativas em grupos de educação em saúde para doentes crônicos. **Cad. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22 n.esp, 2014.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento; pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo;Hucitec, 2014.

MIRANDA, N.A.C.G.; BERARDINELLI, L.M.M; SABOIA, V.M.; BRITO I.S.; SANTOS, R.S. Práxis interdisciplinar de cuidado em grupo de pessoas que vivem com fibromialgia. **ReBEN [Internet]**. v.69, n.6, Nov. 2016.

MUNIZ, J.O. Sobre o uso da variável raça-cor em estudos quantitativos. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v. 18, n. 36, jun. 2010

OLIVEIRA, T. L.; MIRANDA, L. de P.; CALDEIRA, A. P.. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Revista Acta Paulista Enfermagem**. v.26, n. 2, 2013.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. OMS, Organização Mundial de Saúde. **Plano de ação para prevenção e controle de doenças não transmissíveis**. 52º Conselho Diretor e 65ª Sessão do Comitê Regional, Washington, D.C., EUA, set- out de 2013. Disponível em:http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4766:doencas-cronicas-nao-transmissiveis-causam-16-milhoes-de-mortes-prematuras-todos-os-anos&Itemid=839Acesso em 01/10/16

QUEIROZ, D.T.; VALL, J.; SOUZA, A.M.A.; VIEIRA, N.F.C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista Enfermagem – UERJ**. Rio de Janeiro, v. 15, n 2, abr/jun, 2007.

RAMOS, C.F.V.; ARARUNA, R.C.; LIMA, C.M.F.; SANTANA, C.L.A.; TANAKA, L.H. Páticas educativas: pesquisa-ação com enfermeiros da Estratégia saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Internet]. v. 71, n.3, p. 1211-8, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0284> Acesso em junho de 2018.

RETICENA, K.O.; PIOLLI, K.C., CARREIRA L.; MAION, S.S.; SALES, C.A. Percepção de idosos acerca das atividades desenvolvidas no hiperdia. **Revista Mineira de Enfermagem** [Internet]. v.19, n 2, 2015. Disponível em: www.reme.org.br/exportar-pdf/1009/v19n2a09.pdf acesso em 09 set 2017

SABÓIA, V. M. **A mão dupla do poder: a enfermeira e os idosos no grupo dos diabéticos do HUAP**. UFF-Niterói: EDUFF, 1997.

_____, V. M. **Educação em saúde: a arte de talhar pedras**. Niterói: Intertexto, 2003. 134

SANTOS, G.A.; VAZ, C.E. Grupos da terceira idade, interação e participação social. In SANTOS, Z. M. de S. A.; LIMA, H.P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto Contexto – Enfermagem**. [online], vol.17, n.1, 2008. Disponível em: Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000100010&script=sci_arttext. Acesso em 16 ,set., 2015.

SILVA, S. S. B. E.; COLÓSIMO, F.C.; PIÉRIN, A. M.G. O efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial. **Revista da escola de enfermagem da USP**. [online]. 2010, vol.44, n.2, pp. 488-496. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200035. Acesso em 16 ,set., 2015.

SMELTZER S.C.B. B. G. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006

STEVANIM, L. F. Doce perigo. **Radis – Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n 157, p.18-23, out. 2015.

THIESEN, J. S. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação**.v.13 nº 30. Set/dez 2008.

THIOLLENT, M. **Metodologia as Pesquisa-Ação**. 18 ed, São Paulo: Cortez, 2011.

WICHIMANN, F. M. A.; COUTO, A. N.; AEROSA, S. V. C.; MONTAÑÉS, M. C. M.: Grupo de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n 4, 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis> Acesso em 03 de junho de 2017

ZANELLA, AV., *et al.*, org. **Psicologia e práticas sociais** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelsteinde Pesquisas Sociais, 2008. pp. 333-346. ISBN: 978-85-99662-87-8. Available from SciELO BooksDisponível em: <<http://books.scielo.org>>.

7. APÊNDICE

7.1 APENDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
MESTRADO ACADÊMICO EM CIÊNCIAS DO CUIDADO EM SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA

1. Identificação e dados**Sociodemográficos e de saúde**

Sexo: M () F ()

Nome: (Iniciais): _____ Idade: _____

Etnia: B () N () P ()

Escolaridade: _____ Estado civil: _____

Renda familiar: () 1 a 2 salários () 2 a 4 salários () acima de 4 salários

Bairro onde mora: _____ Município: _____ Estado: _____

Etnia: _____ Ocupação: _____

() Trabalha () Licença Médica ()
Aposentada

Patologia Associada: _____ Tratamento auxiliar: _____

1. Roteiro de Entrevista

1. Você acredita que o grupo te acrescentou algo? Justifique
2. As atividades/frequência do grupo proporcionaram alguma mudança na sua vida?
3. Você gostou do grupo? Sugestão para melhora

7.2 APENDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
MESTRADO ACADÊMICO EM CIÊNCIAS DO CUIDADO EM SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA****INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO ACERCA DO PROCESSO
SAÚDE ADOECIMENTO E AUTOCUIDADO PARA PESSOAS COM PROBLEMAS
CRÔNICOS DE SAÚDE**

Nome: _____

1. O que significa autocuidado para você?

- a) É o cuidado que pratico para minha família
- b) É o cuidado que eu tenho com a minha saúde
- c) É o cuidado oferecido á comunidade
- d) É o cuidado médico direcionado individualmente

2. Quais são os hábitos que preciso ter para me manter saudável

- a) Praticar exercício físico regularmente
- b) Alimentação com pouco sal
- c) Tomar a medicação regularmente somente na crise
- d) Não sei

3. O que é uma doença crônica para você?

- a. É uma doença que aparece e vai embora
- b. É uma doença que surge com outras
- c. É uma doença que precisa de acompanhamento e controle
- d. Não sei

4. Você acredita que os problemas familiares podem prejudicar a sua saúde?

 Sim Não

5. O que você acha que influencia o surgimento de uma doença crônica?

- a) Fatores ambientais (clima) e idade (menor de 65 anos)
- b) Alterações na dieta: sobrepeso/obesidade, desnutrição
- c) Pessoas na família com Doença crônica
- d) Situações de estresse
- e) Não sei

6. Qual a orientação nutricional mais indicada para o paciente com doença crônica:

- a) Não ter cuidado com a dieta
- b) A dieta não interfere na doença
- c) Alimentar-se seguindo as orientações da nutricionista
- d) Não sei

7. A prevenção para a doença crônica é:

- a) Boa alimentação
- b) Hábitos saudáveis

- c) Exercícios físicos regularmente
- d) Todas as alternativas acima estão corretas

8. Com relação ao autocuidado da pessoa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, é importante:

- a) O conhecimento da doença pelo paciente e pelos familiares ajuda a melhorar a qualidade de vida
- b) O ambiente e o bom convívio familiar não interfere no controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus
- c) A realização de exercício físico não ajuda no controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus
- d) Não sei

9. O tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus inclui:

- a) Abandono da atividade profissional
- b) Dieta nutricional e suporte psicológico
- c) Uso de medicamentos prescrito pelo médico e à prevenção de fatores agravantes da doença
- d) Não sei

10. O que você vem buscar no grupo?

11. Que espaço você encontra no grupo para se expressar?

12. De que atividades vocês participavam, antes de ingressar no Grupo?

13. Capacidade de se relacionar com o outro é:

- a) Capacidade de construir e manter laços de amizade e confiança
- b) Facilidade na comunicação
- c) Respeito ao outro
- d) Capacidade de aceitar crítica e ter equilíbrio nas situações de conflito
- e) Todas as alternativas estão corretas

14. Como você reage frente aos problemas?

- a) Enfrenta o problema
- b) Deixa de lado
- c) Enfrenta os desafios e busca de soluções para resolvê-los
- d) Não sei

15. Você está motivada para mudar os seus hábitos e comportamentos de risco para sua saúde?
() sim () não

7.3 APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES DO ESTUDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES DO ESTUDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação:

Título do Projeto: “Interdisciplinaridade na produção do cuidado no contexto da promoção da saúde”

Pesquisador Responsável: Érika Monteiro da Silva

Instituição a que Pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal Fluminense

Orientadora: Prof^a Dr^a Vera Maria Sabóia

Telefones para contato: (21) 96835-2621 / (21) 99976-4275

Nome do voluntário: _____ **Idade:** _____

anos

R.G.: _____

O(A) Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar voluntariamente _____ no projeto de pesquisa “Interdisciplinaridade na produção do cuidado no contexto da promoção da saúde”, de responsabilidade da pesquisadora Érika Monteiro da Silva e Prof^a Dr^a. Vera Maria Sabóia. A pesquisa tem como objetivo geral Analisar a repercussão do grupo de DCNT no ensino aprendizagem do autocuidado para a qualidade de vida dos participantes do estudo do grupo de DCNT da Clínica de família do Badú/Niterói. Objetivos específicos 1) Caracterizar as situações crônicas mais frequentes no grupo de DCNT de uma Unidade de Saúde da Família de Niterói; 2) Caracterizar o perfil sócio demográfico, de saúde e as comorbidades existentes relacionadas às pessoas que vivem com doença crônica que frequentam o grupo de DCNT da Clínica de família do Badu/Niterói; 3) Identificar o conhecimento sobre o autocuidado em saúde das pessoas que vivem com doença crônica que frequentam grupo de DCNT da Clínica de família do Badu/Niterói; 4) Avaliar a repercussão do grupo de DCNT para melhorar as condições de saúde dos participantes. Você não precisa participar se não quiser, é um direito seu, e não terá nenhum problema se desistir. Serão realizadas entrevistas, rodas de conversas e dinâmicas educativas participativas onde serão coletados os dados para a pesquisa. As conversas serão gravadas por um aparelho de MP3 e poderão ser fotografadas e/ou filmadas. Esta pesquisa, como qualquer outra pesquisa com pessoas, poderá produzir riscos, porém evitaremos ao máximo que isso aconteça para que evitem que os participantes e sua família sejam prejudicados e que não se sinta intimidado ou desconfortável em participar da pesquisa, como: não será utilizado nenhum procedimento invasivo e de nenhuma forma será comprometida a integridade física ou moral dos sujeitos, os participantes poderão expor as suas opiniões, conhecimento, dúvidas, inquietações ou até mesmo se recusar a participar sem que aconteçam intimidações ou outras atitudes que prejudiquem os participantes do estudo, preservando assim, o emocional e evitando o desconforto dos participantes. Há coisas boas que podem acontecer com essa pesquisa como estimular as práticas de educação em saúde nas Unidades de Saúde da Família de forma participativa, contribuindo para mudanças no dia a dia, prevenindo doenças e promovendo saúde. Ninguém saberá que você está participando da

pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações disponibilizadas pelos participantes. Os resultados da pesquisa serão apresentados e publicados em revistas científicas, mas sem identificação do seu nome. Se você tiver alguma dúvida, você pode perguntar a pesquisadora. Os telefones estão na parte de cima desse texto. Este documento será elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o participante e a outra via será arquivada pelo pesquisador.

Eu, _____, RG nº _____,
declaro ter sido informado e concordo com a minha participação, como voluntário, no projeto
de pesquisa acima descrito.

Niterói, _____ de _____ de _____

(Testemunha)

(Testemunha)

8. ANEXO

8.1 PARECER DE APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA UERJ – PROJETO MULTICENTRICO



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

PEDRO ERNESTO/ UNIVERSIDADE DO
ESTADO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO EM SAÚDE E ENFERMAGEM: PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Pesquisador: Lina Márcia Miguéis Berardinelli

Área Temática: Versão: 2

CAAE: 16413013.1.0000.5259

Instituição Proponente: Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ

Patrocinador Principal: Faculdade de Enfermagem da UERJ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 455.395

Data da Relatoria: 06/11/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, que utiliza-se de abordagem participativa e toma como objeto de análise o grupo de ajuda mútua para promoção da saúde na doença crônica como estratégia para o empoderamento das pessoas com enfermidades crônicas, que utilizam os serviços de saúde e o cuidado de enfermagem em instituição universitária

Objetivos da Pesquisa:

Avaliar a utilidade do grupo de promoção da saúde na doença crônica na melhoria do autocuidado, empoderamento e potencialização da interdisciplinaridade.

Objetivos Secundários:

1- Criar grupos de ajuda mútua, na modalidade grupo de terapia comunitária integrativa, com pessoas portadoras de doença crônica para melhorar o autocuidado; 2- Caracterizar o perfil socioeconômico, as doenças crônicas mais comuns das pessoas que frequentam as unidades de saúde da família; 3- Descrever o conhecimento das pessoas que frequentam as unidades de saúde da família relacionado à saúde, antes e após o grupo de intervenção; 4- Analisar a eficiência dos grupos de promoção da saúde na doença crônica para melhorar os

estilos de vida, o autocuidado de saúde e, conseqüentemente, melhorar as condições de saúde dos participantes, aumentar a sua qualidade de vida, reduzir as complicações e as comorbidades

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo não oferece riscos à saúde dos sujeitos.

Com relação aos benefícios os sujeitos da pesquisa participarão de momentos de ensino-aprendizagem por meio de metodologias participativas, educativas de construção e desconstrução do saber, utilizando como estratégia, as práticas pedagógicas motivadoras e sensibilizadoras para que aprendam a cuidar de si e sintam-se empoderados através do conhecimento a fim de melhorar o seu autocuidado, tornando-os responsáveis pela sua saúde e pela sua vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa atende aos requisitos éticos e metodológicos exigidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas. 2. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes. 3. O Comitê de Ética solicita a V. S^a. que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto. RIO DE JANEIRO, 12 de Novembro de 2015.

Assinado por:

MARIO FRITSCH TOROS NEVES

(Coordenador) **Endereço:** Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo

Bairro: Vila Isabel

CEP: 20.551-030

UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2868-8253

Fax: (21)2264-0853 **E-mail:** cep-hupe@uerj.br