

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ELIS MARTINS ULBRICH

**REPERCUSSÕES DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA DO ENFERMEIRO NO
CUIDADO PESSOAL DO DOENTE CRÔNICO**

CURITIBA

2010

ELIS MARTINS ULBRICH

**REPERCUSSÕES DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA DO ENFERMEIRO NO
CUIDADO PESSOAL DO DOENTE CRÔNICO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Prática Profissional de Enfermagem. Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima Mantovani

CURITIBA

2010

Ulbrich, Elis Martins

Repercussões da intervenção educativa do enfermeiro no cuidado pessoal do doente crônico / Elis Martins Ulbrich. Curitiba, 2010.

84 f. ; 30 cm.

Orientadora: Maria de Fátima Mantovani

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Prática Profissional em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

1. Doença crônica. 3. Educação em saúde. 4. Saúde do adulto. 4. Prática Profissional. 5. Enfermagem. I. Título. II. Mantovani, Maria de Fátima.

NLM WY100

TERMO DE APROVAÇÃO

ELIS MARTINS ULBRICH

**REPERCUSSÕES DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA DO ENFERMEIRO NO
CUIDADO PESSOAL DO DOENTE CRÔNICO**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, na linha de pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

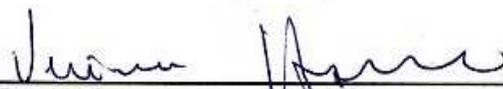
Orientadora:



Profa. Dra. Maria de Fátima Mantovani
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR



Profa. Dra. Felismina Rosa Parreira Mendes
Membro Titular: Universidade de Évora - Portugal



Profa. Dra. Verônica de Azevedo Mazza
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 07 de dezembro de 2010.

Dedicatória

Aos meus pais José e Suzane
por participarem das minhas angústias e preocupações
com muita compreensão e amor. Vocês são
meus incentivos para continuar trilhando
meu caminho. **AMO VOCÊS.**

AGRADECIMENTOS

A Deus, soberano e sustentador pelo dom da vida, da sabedoria e pela coragem para realizar tudo que desejo em minha vida.

Aos meus pais, José e Suzane, que investiram em minha formação como pessoa e profissional e que sempre acreditaram em mim. Agradeço por tudo que abdicaram pela minha pessoa, pela força, carinho, amor e compreensão de vocês.

À toda minha família, em especial meus irmãos Jorge e Rafael e meus avós Santelino e Inez, pelo zelo, carinho e amor em todas as etapas da minha vida.

À minha professora orientadora e amiga Dr^a Maria de Fátima Mantovani, pelos cinco anos de parceria, compartilhando conhecimentos. Com certeza é um exemplo de enfermeira em minha vida, e que usarei como referência.

Ao Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto - GEMSA, pelos vários momentos de aprendizagem e diversão.

Às bolsistas e ex-bolsistas do GEMSA, em especial à Bruna, Camila, Fernanda, Daniela, Andrelize e Patrícia, pelos ótimos momentos e auxílio na coleta de dados.

A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná que contribuíram de forma significativa para meu aperfeiçoamento profissional.

À Secretária do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná Alcioni, pela atenção prestada.

Às professoras Doutoras Felismina Rosa Parreira Mendes, Verônica de Azevedo Mazza, Elaine Drehmer de Almeida Cruz e Raimunda Aguiar, pelo aceite em compor a banca para a sustentação deste trabalho, e pelas valiosas contribuições.

Às colegas do curso de Mestrado em Enfermagem da UFPR, turma 2009 – 2011, pelos momentos especiais nestes dois anos. Em especial às amigas Ana Maria, Márcia, Evana e Karine, pelo companheirismo, incentivo e momentos de descontração, que resultou em uma amizade sincera que ajudou a superar os momentos mais angustiantes.

À Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo financiamento dos meus estudos.

E, por fim, a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

“Minhas imperfeições e fracassos são como uma bênção de Deus,
assim como meus sucessos e meus talentos,
e eu coloco ambos a seus pés.” (Mahatma Gandhi)

“A educação é essencialmente transformadora de práticas,
de consciência. Pressupõe o diálogo, o reconhecimento do
saber do outro, a necessidade de ouvir e compreender
o ponto de vista do outro.” (Paulo Freire)

“Eu prefiro ser, essa metamorfose ambulante,
do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo.” (Raul Seixas)

RESUMO

ULBRICH, E. M.; MANTOVANI, M. F. **REPERCUSSÕES DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO PESSOAL DO DOENTE CRÔNICO**. 84 f. (Dissertação) Mestrado em Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2010.

Trata-se de uma pesquisa-ação realizada numa Unidade Básica de Saúde de um município da região metropolitana de Curitiba – Paraná, nos meses de fevereiro a junho de 2010 com portadores de hipertensão arterial e Diabetes *Mellitus*, com idades entre 18 e 60 anos, cadastrados no Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*. O objetivo foi descrever as atividades de cuidado pessoal de doentes crônicos desenvolvidas pós-atuação educativa do enfermeiro. Os dados foram coletados em dois momentos: primeiro - 26 usuários responderam à entrevista semiestruturada no domicílio e, destes, 13 participaram de pelo menos um encontro em grupo dos cinco realizados no segundo momento da pesquisa. Os dados foram gravados em formato digital e analisados os conteúdos dos depoimentos após a transcrição das entrevistas e dos encontros. As categorias oriundas desta análise foram: “O diagnóstico como ponto de partida”, “Mudança de vida: cuidados adotados” e “Autonomia do cuidado pessoal”. Dos 26 usuários entrevistados, 24 eram do sexo feminino e dois masculino, com idades entre 35 e 60 anos, sendo a faixa etária entre 51 a 60 anos, predominantemente com 16 usuários. Com relação ao diagnóstico, 16 têm Hipertensão Arterial, dois com Diabetes *Mellitus* e oito com as duas patologias concomitantemente. Em se tratando do nível de instrução, dois usuários concluíram o ensino médio, quatro têm Ensino Fundamental incompleto, sete têm o Ensino Primário completo, dez têm o primário incompleto e três não são alfabetizados. Ao analisar os relatos dos encontros em grupo, percebeu-se que os usuários identificaram a descoberta da doença como o ponto de partida para a realização de cuidados pessoais, pois antes do diagnóstico das patologias os usuários não se preocupavam com sua saúde. A descoberta da Hipertensão Arterial e do Diabetes *Mellitus* ocorreu pela percepção de sinais e sintomas, no período gestacional, por acaso e pela vivência de um episódio traumático. Após o diagnóstico, os usuários referiram ter a preocupação em adotar um estilo de vida saudável, porém encontravam como limitação a situação financeira. Deste modo, o tratamento farmacológico, a redução do sódio e da gordura saturada na alimentação foram os cuidados mais mencionados, pois ao adquirirem conhecimento sobre as patologias nas atividades educativas sentiram a necessidade de seguir o tratamento. Contudo, estes usuários demonstraram certa independência para realizarem o cuidado pessoal e adequaram as orientações dadas pelos profissionais de saúde aos seus conhecimentos e afirmaram necessitar de determinação para realizar o cuidado pessoal. Não obstante, as repercussões das atividades educativas neste estudo foram além do cuidado pessoal, visto que os usuários reconheceram a influência da infraestrutura social no processo saúde-doença.

Palavras-chave: doença crônica. educação em saúde. enfermagem. saúde do adulto. prática profissional.

ABSTRACT

ULBRICH, E. M.; MANTOVANI, M. F. **EFFECTS OF EDUCATIONAL ASSISTANCE OF THE NURSE IN CHRONIC PATIENT CARE** . 84 f. (Thesis) Master in Nursing. Nursing Post - Graduation Program. Universidade Federal do Paraná, 2010.

This is an action-research, carried out in a Basic Health Unit in a municipality in the metropolitan region of Curitiba - Paraná, within the months of February and June 2010 with users suffering from hypertension and diabetes mellitus, aged between 18 and 60, registered in the Program of Hypertension and Diabetes Mellitus (HIPERDIA). The objective was to describe the activities of personal care of chronic patients developed by users post educational activities of the nurse. Data were collected in two phases: first 26 users answered a semi-structured interview at home and then they were invited to participate in group meetings, in which 13 attended at least one of five group meetings. Data were recorded digitally and the contents analyzed. The categories resulting from this analysis were: "The diagnosis as a starting point," "Change in life: adopted care " and "Autonomy of personal care." Of the 26 users interviewed, 24 were female and 2 male, aged between 35 and 60, the age within 51 and 60 were predominant, with 16 users. Regarding diagnosis, 16 respondents have Hypertension, 2 have Diabetes Mellitus and 8 both diseases simultaneously. In terms of level of education 2 completed high school, 4 have incomplete primary education, 7 have primary education complete, 10 have incomplete primary and 3 are not literate. By analyzing the reports of the group meetings it is clear that users identify the discovery of the disease as the starting point for performing personal care, because prior to the diagnosis of the diseases they had no concern for their health. The discovery of Hypertension and diabetes mellitus occurred by the perception of signs and symptoms during pregnancy, by chance and by experiencing a traumatic episode. After diagnosis users reported having concerns about adopting a healthy lifestyle, but are limited by the financial situation. Thus, pharmacological treatment, the reduction in sodium and saturated fat in the diet were mentioned the care mostly mentioned, because on gaining knowledge about the pathologies through educational activities they felt the need to follow the treatment. However, they show some independence on carrying out personal care and once they fit the guidelines given by health professionals with their knowledge and recognize the need for determination to carry out personal care. Nevertheless, the impact of educational activities in this study went beyond personal care, as users recognize the influence of social infrastructure in the health-illness process.

Keywords: chronic disease. health education. nursing. adult health. professional practice.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1 DOENÇA CRÔNICA E ADESÃO AO TRATAMENTO.....	14
2.2 QUESTÕES HISTÓRICAS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	18
2.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE TRADICIONAL OU NORMATIVA.....	25
2.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE RADICAL, DIALÓGICA, EMANCIPATÓRIA OU POPULAR.....	27
2.5 EMPOWERMENT.....	30
3 METODOLOGIA.....	33
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	33
3.2 ANÁLISE DE DADOS.....	39
3.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	40
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	41
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS E IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES E PROBLEMAS.....	41
4.2 ENCONTROS EM GRUPO.....	45
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS.....	68
APÊNDICES.....	79
ANEXO.....	83

1 INTRODUÇÃO

As modificações mundiais no perfil de morbimortalidade das populações têm sido influenciadas pelas transições epidemiológicas, demográficas e nutricionais desde meados do século XX. Estas modificações alteraram os modos de vida das sociedades e repercutiram diretamente nos padrões de adoecimento, a ponto de determinar um perfil de risco em que as doenças crônicas assumem papel de destaque, com ônus crescente e preocupante (BRASIL, 2004).

As doenças crônicas, na atualidade, são consideradas uma epidemia e constituem um sério problema de saúde pública mundial, com proporções mais acentuadas nos países em desenvolvimento, porque é difícil garantir políticas públicas favoráveis, que alterem positivamente os determinantes sociais de saúde (BRASIL, 2008).

Na América Latina e Caribe, as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) são a principal causa de mortalidade e incapacidade prematura (Brasil, 2008), e são classificadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em doenças cerebrovasculares, cardiovasculares e renovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e Diabetes *Mellitus*, acarretam vários agravos de origem não-infecciosa, pela multiplicidade de fatores de risco, e por serem passíveis de se associarem a deficiências e incapacidades funcionais, requerem monitoramento constante e tratamento permanente, visto seu curso prolongado (OMS, 2003).

Dentre as doenças crônicas não-transmissíveis, destacam-se as enfermidades cardiovasculares por serem responsáveis por aproximadamente 30% de todas as mortes no mundo. No Brasil, 28,9% dos óbitos são decorrentes destas patologias (BRASIL, 2009a). No entanto, nos países ricos, a mortalidade cardiovascular ocorre na faixa etária acima de “60-70 anos, enquanto nos países pobres ocorre precocemente, em uma fase na qual o indivíduo é economicamente ativo” (BENSENOR e LOTUFO, 2004, p. 11).

Os principais fatores de risco para as doenças do aparelho cardíaco, segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH, 2006), são a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes *Mellitus*, uma vez que a prevenção de ambas e de suas complicações é atualmente prioridade do sistema de saúde pública, pois

necessitam de intervenção pela alta prevalência na população brasileira e pelo grau de incapacidade que provocam (BRASIL, 2004).

Em se tratando da Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*, a manutenção dos níveis tensionais e glicêmicos adequados em longo prazo é um desafio para todos os envolvidos, por ser um processo comportamental complexo influenciado pelo ambiente e assistência da saúde prestada (PIERIN, STRELEC e MION JR, 2004).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida pela aferição da pressão arterial sistólica maior ou igual a 130 mmHg e diastólica maior ou igual a 85 mmHg, quando verificado em pelo menos dois momentos distintos. Tem prevalência estimada de 20% na população brasileira adulta, com 20 anos ou mais, atinge de 40% a 50% nos indivíduos com idade acima dos 40 anos. Esta porcentagem varia conforme o critério de diagnóstico empregado, e aumenta proporcionalmente com a faixa etária (BRASIL, 2004; SBH, 2010).

Embora suas causas sejam desconhecidas, vários são os fatores que podem estar associados ao aumento dos níveis tensionais, como: socioeconômicos, gênero, idade, etnia, sedentarismo, estresse, tabagismo, etilismo, antecedentes familiares, obesidade e hábitos de vida (CASTRO e ROLIM, 2006; SBH, 2010). Por ser assintomática na maioria dos casos, a hipertensão arterial é responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas, e acarreta em Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Insuficiência Renal quando não controlada (CASTRO e ROLIM, 2006).

No que se refere a Diabetes *Mellitus* (DM) é definida como uma síndrome de etiologia múltipla, pela falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina exercer adequadamente seus efeitos, e acarretar um estado hiperglicêmico crônico com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. As consequências em longo prazo incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. É uma doença comum, com uma prevalência que pode variar entre 3% e 17% nos indivíduos adultos, e 11% da população brasileira acima de 40 anos é atingida (BRASIL, 2004; 2006).

Deste modo, trabalhar com estas duas doenças crônicas concomitantemente, justifica-se porque possuem características comuns como: etiopatogenia, fatores de risco, cronicidade, necessidade de controle permanente,

além da possibilidade de associação de 50%. Isto requer, na maioria dos casos, o manejo das duas enfermidades num mesmo paciente (BRASIL, 2001a).

A finalidade do tratamento de qualquer doença crônica tem correlação direta ao controle deste. No caso dos níveis pressóricos e glicêmicos é imprescindível a adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso, de modo a prevenir as complicações, comorbidades e, sobretudo, a mortalidade precoce. A expressão adesão ao tratamento significa “um meio para se alcançar um fim, uma abordagem para a manutenção ou melhora da saúde, buscando diminuir os sinais e sintomas de uma doença” (PIERIN, STRELEC e MION JR, 2004, p. 277). Nesse sentido, o alcance destes objetivos depende do enfrentamento das mudanças no estilo de vida, visto que seus portadores necessitam incorporar e conviver com a doença (LESSA, 1998).

A aceitação da convivência com uma doença de caráter crônico é um desafio, pois vários determinantes contribuem para a não-adesão ao tratamento como: ausência de conhecimento sobre a doença, ou de motivação para tratar uma patologia assintomática e crônica, o baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências sociais, baixa autoestima, tempo de atendimento prolongado, dificuldade na marcação de consultas, falta de contato dos profissionais com os indivíduos faltosos, relacionamento inadequado com a equipe de saúde, entre outros (SBH, 2010, p.39).

Desta forma, o tratamento do Diabetes *Mellitus* e da Hipertensão Arterial inclui além dos medicamentos e da alteração dos hábitos de vida, segundo Brasil (2001b), estratégias de educação que são responsabilidade da equipe multidisciplinar. Contudo, a aderência à terapêutica envolve um consenso entre o profissional e o paciente, acerca da forma mais apropriada de conduzir seu regime terapêutico (FORTES e LOPES, 2004).

Entre os profissionais de saúde, destaca-se a atuação do enfermeiro, porque uma de suas competências é “desenvolver atividades educativas de promoção de saúde, com todas as pessoas da comunidade; e atividades individuais ou em grupo com pacientes hipertensos e diabéticos” (BRASIL, 2001b, p.86).

Para um maior entendimento e aplicação do vocábulo educação em saúde é preciso conhecer o significado do conceito, que segundo Candeias (1997, p.210) são “quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes a saúde”.

Esta ação educativa tem a finalidade de priorizar mudanças de comportamento, que beneficiem a condição clínica no contato dos profissionais de saúde com os indivíduos portadores de doenças crônicas, e o objetivo maior, deverá ser a educação, visto que ela beneficia o paciente, alivia seus medos e ansiedades no conhecimento e compreensão da doença, possibilita um enfrentamento positivo, e permite também agilizar o retorno das suas atividades sociais, além de maior efetividade do tratamento (FREITAS e SANTANA, 2002).

Assim, as bases da educação em saúde são sobrepostas pelo conceito da promoção da saúde, uma vez que, esta associa os determinantes da saúde com a população e as cinco estratégias propostas pela Carta de Ottawa - políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, ação comunitária, habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde (BRASIL, 2002; MOREIRA *et al.*, 2007).

A promoção da saúde é um processo que visa ampliar a capacidade dos indivíduos e da comunidade para atuar no controle e melhoria da saúde e qualidade de vida, através de um conjunto de ações voltadas para o enfrentamento dos problemas sociais (BRASIL, 2002). Portanto, para o desenvolvimento dessas ações de promoção da saúde o autor Labonte¹ (1996) apud Mazza (2007) apresenta uma estruturação em cinco dimensões: o cuidado pessoal, desenvolvimento de pequenos grupos, organização comunitária, construção de defesa e coalizão, ação política. Não obstante, o autor considera que somente em um projeto não é possível contemplar todas estas dimensões.

Deste modo, esta pesquisa enfocou numa abordagem educativa para o cuidado pessoal em relação ao tratamento, pois desenvolver a autonomia sobre o cuidado pessoal pode proporcionar aos indivíduos a capacidade de agir sobre seus problemas, respeitando sua potencialidade, cultura, seus interesses, o contexto socioambiental e psicológico (MAZZA, 2007).

O paciente ao conhecer adequadamente a doença e suas manifestações, pode ter voz ativa no seu processo de cuidado, pois terá condições de fazer opções frente ao seu tratamento, mediante avaliação das consequências de cada regime proposto (MANTOVANI e MENDES, 2010a).

¹ LABONTE, R. **Health promotion and empowerment: practice frameworks**. Center for Health Promotion: University of Toronto, 1996.

Esta pesquisa faz parte da linha de pesquisa Processo de cuidar em saúde e enfermagem, resultante da intervenção em uma comunidade de doentes crônicos oriundos de um programa de extensão universitária. De tal modo, desde o ano de 2006 é desenvolvido na região metropolitana do município de Curitiba-Paraná (PR) o projeto de extensão “Sistematização da Assistência a Portadores de Hipertensão Arterial”, cuja população é de 282 usuários portadores de hipertensão arterial e/ou Diabetes *Mellitus*. A finalidade deste é a promoção da saúde que visa superar o modelo biomédico pela articulação dos atores sociais e da ampliação da consciência crítica da realidade.

Desenvolver essa articulação interinstitucional e multiprofissional mediante a construção de propostas conjuntas possibilita às instituições de ensino e à de prestação de assistência à saúde uma retroalimentação mútua, que induz e legitima mudanças no processo de assistir à população e integra as atividades de ensino, pesquisa e extensão (MAZZA *et al.*, 2009).

Para o desenvolvimento das atividades educativas no projeto de extensão foram utilizadas diversas estratégias educativas como a elaboração de jogos educativos, dramatizações, palestras e vídeos que permitiram a compreensão sobre as doenças crônicas e suscitaram a interação dialógica entre os envolvidos promovendo a troca de saberes acerca da patologia e de outros assuntos de interesse que os usuários desejavam discutir.

A inserção da pesquisadora na comunidade se deu em 2008, fato que possibilitou conhecer o campo de pesquisa, os sujeitos envolvidos e suas expectativas. Em 2009, foi realizada uma intervenção com esta população por meio da disciplina “Vivência da Prática Assistencial” do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná a fim de averiguar se os usuários conheciam sua patologia, seus fatores de risco e as possíveis complicações, além de corroborar com a literatura, ao constatar que as atividades educativas favoreceram a troca de experiências, proporcionaram a reflexão e ainda podem repercutir na gestão do tratamento do usuário envolvido neste processo.

Neste sentido, questionou-se: “Quais ações de cuidado são desenvolvidas pelos portadores de doença crônica após a participação em atividades educativas?”. Frente ao exposto, o objetivo deste trabalho foi descrever as atividades de cuidado pessoal de doentes crônicos desenvolvidas pós-atuação educativa do enfermeiro.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Os subtítulos, a seguir, versam sobre os temas Doença Crônica, Educação em Saúde e *Empowerment*, incluindo as questões históricas da educação em saúde e suas perspectivas, sendo estas consideradas estratégias de promoção da saúde para a adesão ao tratamento de patologias crônicas.

2.1 DOENÇA CRÔNICA E ADESÃO AO TRATAMENTO

O aumento das doenças crônicas, classificadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) como transmissíveis, não-transmissíveis, incapacidades estruturais e distúrbios mentais é resultante das transformações econômicas, políticas, sociais e culturais produzidas pelas sociedades humanas ao longo do tempo. Estas se constituem num desafio global, visto que as alterações nos modos de vida dos indivíduos refletem diretamente nos padrões de adoecimento e exigem medidas destemidas dos sistemas de saúde para lidar com esta problemática (BRASIL, 2008).

Este avanço das enfermidades crônicas está relacionado ao desenvolvimento demográfico, o acréscimo da expectativa de vida, as alterações de comportamentos e atitudes, assim como a expansão do conhecimento científico e da evolução tecnológica, e originam uma melhor compreensão destes fatores para a gestão e tratamento das doenças (WHO, 2008; OMS, 2003).

Na Europa, 86% das mortes em 2008 foram atribuídas às doenças crônicas, segundo a World Health Organization (2008). No Brasil, este número que era de 60% em 2005, segundo últimos registros da Organização Mundial de Saúde (OMS), provavelmente teve aumento considerável nestes últimos cinco anos, visto que a estimativa dos órgãos mundiais é de que a transição demográfica nos países desenvolvidos passou por longos períodos, enquanto que em países em desenvolvimento, aqui se inclui o Brasil, ocorre rapidamente e causa intensas necessidades de adaptação dos serviços de saúde, decorrente da redução das

taxas de fecundidade, natalidade e aumento progressivo na expectativa de vida (BRASIL, 2008; OMS, 2005).

A transição demográfica mundial resultante da redução da natalidade, do aumento da expectativa de vida e do envelhecimento populacional, tende a acarretar em elevadas taxas de incidência e prevalência dos problemas crônicos de saúde, visto a exposição prolongada dos indivíduos a circunstâncias de riscos. De tal modo, 80% das mortes por doenças crônicas acontecem em países de baixa e média renda, confirmando a expressividade das enfermidades de longa duração (OMS, 2003; 2005). Estima-se que até 2020 as condições crônicas sejam a primeira causa de incapacidade no mundo, e, por conseguinte, o mais dispendioso tratamento para os sistemas de saúde, causando sérios problemas sociais e econômicos (OMS, 2003; 2005).

O acréscimo das doenças não-transmissíveis e dos distúrbios mentais tem gerado maiores preocupações, pelos altos custos e pelos seus índices alarmantes de representação. Em 2000, atingiram 59% do total de óbitos mundiais, e constituíram 46% da carga global de doenças. A OMS calcula que até 2020 esse percentual atinja 60%, e as doenças cardíacas, o Acidente Vascular Cerebral, a depressão e o câncer serão os principais responsáveis (OMS, 2003).

No Brasil, há quatro décadas, as doenças cardiovasculares são consideradas a primeira causa de mortalidade, pela incidência de Diabetes *Mellitus*, que normalmente ocorre associada à Hipertensão Arterial e estas são os principais fatores de risco para as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (OMS, 2003; 2005).

A Organização Mundial de Saúde (2003) elenca oito elementos essenciais para aprimorar os sistemas de saúde, e reduzir o impacto das doenças crônicas: apoiar mudança de paradigma; gerenciar o ambiente político; desenvolver um sistema de saúde integrado; alinhar políticas setoriais para a saúde; aproveitar melhor os recursos humanos do setor saúde; centralizar o tratamento no paciente e na família; apoiar pacientes em suas comunidades e enfatizar a prevenção.

Ao analisar o primeiro elemento (mudança de paradigma), explicitado pela exigência de reconhecer e modificar a ineficácia do tratamento crônico vigente, ou seja, a terapêutica de casos agudos e episódicos para uma abordagem com um contato regular e extenso durante o tratamento, que aumente substancialmente “os esforços para solucionar o problema do gerenciamento das necessidades distintas dos pacientes ante os limitados recursos” (OMS, 2003, p.8). Percebe-se que esta

inovação implica em ideias, métodos ou programas de prevenção e gestão dos fatores de risco, já utilizados em outros países que obtiveram sucesso nas intervenções de saúde pública, no que se refere à redução dos riscos e da prevalência das DCNT, com ações de promoção e prevenção à saúde. Deste modo, a implementação de estratégias setoriais e intersetoriais, por meio do cuidado integral pressupõe articulação de promoção, vigilância, prevenção e assistência da saúde (OMS, 2003).

De tal modo, a educação em saúde é uma das principais estratégias de promoção e/ou prevenção dos fatores de risco para as DCNT, pois seu aspecto histórico está intimamente ligado ao sistema de saúde brasileiro. Entretanto, o enfoque no tratamento e o diagnóstico de doenças agudas ainda se mantêm preponderante em nosso país, o que contradiz com o tratamento de problemas de saúde em longo prazo, como o caso das doenças crônicas. Nesse contexto, a educação além de informativa deve favorecer a “desalienação, a transformação e a emancipação” dos indivíduos envolvidos na perspectiva de que a mudança de comportamento aconteça pela reflexão da saúde como um direito social (TOLEDO, RODRIGUES e CHIESA, 2007, p. 235).

Corroborando, a OMS (2003) explicita a importância da interação entre pacientes e profissionais de saúde no tratamento das condições crônicas, vez que possibilita melhores resultados quando incentivado o papel dos indivíduos no gerenciamento de sua enfermidade. A consequência dessa ação é a modificação do comportamento referente à aderência a esquemas terapêuticos, prática de exercícios físicos, alimentação balanceada, sono regular, interação com organizações de saúde e abandono do tabagismo, entre outros, que contribuem em proporções maiores do que intervenções médicas isoladas (OMS, 2003).

Assim, com o intuito de aprimorar o sistema de saúde brasileiro, e, conseqüentemente, reduzir o impacto das doenças crônicas, o Ministério da Saúde criou em 2000 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* com o objetivo de estabelecer metas e diretrizes para o Sistema Único de Saúde, por meio da

capacitação dos profissionais da rede básica, da garantia do diagnóstico e da vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, promovendo, assim, a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de

qualidade para os portadores dessas patologias na rede pública (BRASIL, 2001a, p. 10).

Para atingir estes objetivos, o Ministério da Saúde criou em 2002 um programa informatizado, responsável pelo cadastramento e acompanhamento dos portadores de Diabetes e Hipertensão - Sistema HIPERDIA. Este é uma benéfica ferramenta para profissionais da rede básica e gestores do SUS no enfrentamento destas doenças. Além do cadastro, o Sistema permite o acompanhamento, a distribuição gratuita dos medicamentos prescritos, assim como subsidiam o perfil epidemiológico, as ações de saúde pública para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes crônicos, e a redução do custo social (BRASIL, 2009b).

Assim, foi possível planejar cuidados capazes de prever as necessidades básicas, por meio de protocolos de atendimento aos usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS), com atenção integrada, envolvendo tempo, cenário da saúde e cuidadores, além de treinamentos para o autocuidado em suas residências, com ênfase na promoção da saúde para adoção de hábitos saudáveis de vida, vez que pacientes crônicos necessitam incorporar e conviver com a doença para evitar graves consequências em órgãos vitais (OMS, 2003).

Há que se enfatizar que toda doença crônica de longa duração exige adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso, porque isso é indispensável para seu controle, de modo a prevenir as possíveis complicações como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), Insuficiência Renal, amputações e cegueiras. Além disso, também é imprescindível o acompanhamento das comorbidades. Entretanto, a adesão ao tratamento é o maior desafio a ser enfrentado pelo Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*, por se tratar de doenças assintomáticas e de longa duração (BRASIL, 2001a; SBH, 2010).

A problemática da adesão à terapêutica da patologia crônica é complexa, e não tem sido fácil tanto para os profissionais de saúde quanto para os portadores de doenças crônicas, pois vários fatores como sexo, idade, etnia, escolaridade, cronicidade e assintomatologia da doença, percepção e conhecimento sobre a patologia, conceito saúde-doença, custo e efeitos indesejáveis do tratamento e relacionamento com a equipe de saúde estão associados. Entretanto, é necessário buscar formas adequadas e criativas de enfrentar essa situação, porque a aderência

à terapêutica envolve um consenso entre profissional e paciente acerca da forma mais apropriada de conduzir seu regime terapêutico (FORTES e LOPES, 2004).

Os profissionais de saúde devem acompanhar e conhecer os pacientes e suas exigências para que a partir delas implementem estratégias para o alcance da adesão ao tratamento (JESUS *et al.*, 2008). Para Pimenta (2005), estratégias como a educação em saúde podem facilitar a aderência à terapêutica, pela conscientização do doente crônico acerca da sua enfermidade, e pelos estímulos ao processo de mudança de hábitos e transformação no modo de vida, tornando-se indispensáveis ações que vão ao encontro às necessidades da população, de modo a proporcionar a melhoria da qualidade de vida.

2.2 QUESTÕES HISTÓRICAS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde surge no Brasil em meados do século XX com a denominação de “Educação Higiênica”, visto a necessidade de intervenção do Estado no combate as epidemias de febre amarela, varíola e peste, que colocavam em risco as exportações de café. Estas epidemias ameaçavam os interesses no setor agrário-exportador, pois os navios mercantes estrangeiros deixavam de fazer escala no Brasil (WENDHAUSEN e SAUPE, 2003).

Desta maneira, a atenção do Estado voltou-se para os espaços de circulação de mercadoria, como estradas e portos, principalmente dos Estados do Rio de Janeiro e de São Paulo. Como estratégias de atuação eram realizadas pelas instituições de saúde campanhas autoritárias e impositivas à população das classes subalternas, inspiradas em campanhas bélicas no combate às epidemias. Estas eram baseadas nos serviços de saúde dos exércitos coloniais, e mantinham a estrutura e o modo de operações militares (WENDHAUSEN e SAUPE, 2003; SILVA *et al.*, 2007; ALVES, 2005).

A operação militar era repressiva e fortemente autoritária, pois recebia influência da polícia médica alemã de Bismarck, que incumbia o Estado de garantir bem-estar e segurança ao povo, sem considerar os interesses individuais. Por este

fato, justificavam-se as medidas coercitivas de controle dos problemas sanitários, com intuito de assegurar a defesa dos interesses gerais da nação (COSTA², 1985 apud SILVA *et al.*, 2007; VASCONCELOS, 2001). O Brasil seguiu o modelo alemão e instituiu a Polícia Sanitária, cujos discursos e ações fundamentavam-se no discurso higienista pelas normas e medidas de saneamento consideradas científicas pela classe elitizada (SILVA *et al.*, 2007; ALVES, 2005).

Estas medidas de saneamento, no Rio de Janeiro em 1903, foram realizadas pelas Brigadas Sanitárias, na qual os operários de limpeza pública acompanhados de policiais, denominados “mata-mosquitos”, percorriam as ruas visitando obrigatoriamente todas as casas, para exigir limpeza, desinfecção e reformas, removendo de seu interior tudo que fosse avaliado prejudicial à saúde da população, inclusive os doentes. Naturalmente, as áreas de maior pobreza e densidade demográfica eram as mais visitadas, por esta população ser considerada ignorante e conseqüentemente culpada pelas doenças existentes (OLIVEIRA, 2000; SILVA *et al.*, 2007).

Assim, pelo fato das autoridades considerarem a população incapaz de grandes entendimentos, a educação em saúde tinha um papel “marginal”, que consistia em distribuir folhetos avulsos, denominados Conselhos do Povo. Estes continham medidas preventivas para se evitar a doença, e as ações estavam pautadas numa concepção biologicista instituídas no final do século XIX e início do século XX, pelas descobertas médico-sanitárias, que desconsideravam as relações entre doenças e condições de vida (OLIVEIRA, 2000; SILVA *et al.*, 2007).

O auge do movimento higienista foi em 1904, com a Revolta da Vacina obrigatória contra a varíola. Neste movimento, as classes populares juntamente com a classe média reivindicavam melhores condições de vida, e isso fez surgir ações de saúde com enfoque sobre a pessoa/corpo, e não somente com o ambiente. Deste modo, até o início da década de 1920, a estrutura sanitária brasileira se caracterizava pelas unidades especializadas com campanhas sanitárias focadas no controle de algumas doenças como, por exemplo, a febre amarela, porém em doenças menos agudas como a tuberculose que era amplamente distribuída na

² COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985.

população não era dada a devida importância, pelo déficit de medidas preventivas (OLIVEIRA, 2000; SILVA *et al.*, 2007).

No entanto, com o aumento da urbanização e das exigências da economia agroexportadora, pelo fortalecimento do complexo cafeeiro, e o início da industrialização, surgiu uma nova concepção de serviço de saúde denominada “Saúde Pública”. Juntamente emergem novas práticas de educação, influenciadas pelo modelo norte-americano, que se denominava “Educação Sanitária” (Oliveira, 2000; Wendhausen e Saupe, 2003; Lima e Costa, 2005), as quais pretendiam resolver os problemas de saúde por meio da higiene e da educação, visto a necessidade de responder fenômenos de morbidade e mortalidade populacional (SILVA *et al.*, 2007).

Deste modo, Carlos Chagas criou o Departamento Nacional de Saúde ligado ao Ministério da Justiça, e como medida do movimento sanitário introduziu as técnicas de educação sanitária e propaganda com o intuito de inovar o modelo campanhista de Oswaldo Cruz (POLIGNANO, 2001). Além das escolas, foram criados os Centros de Saúde Brasileiros, espaços para ações educativas, que consistiam em conscientização dos métodos de educação e prevenção junto aos indivíduos e a população (SILVA *et al.*, 2007).

O movimento sanitarista baseava-se no princípio de que as doenças não se consistiam somente do meio ambiente, mas também pela consciência sanitária. Do mesmo modo, as ações educativas continuavam a ser realizadas por meio da imposição, com a distribuição de folhetos com histórias, do Jecatatusinho, por exemplo, mesmo com uma população com mais da metade de analfabetos (SILVA *et al.*, 2007; OLIVEIRA, 2000; LEVY *et al.*, 1998).

No movimento sanitarista da década de 1920, o foco era dado aos agentes etiológicos e havia pouca ênfase aos fatores ambientais, pois as ações educativas não intervinham nas condições de vida e de trabalho fato que repercutiu negativamente para o movimento. Deste modo, as bases para a estruturação dos serviços de saúde que se consolidariam na década de 1930 com a Era Vargas, consistiam na falta de participação popular, nos modos coercivos, discriminatórios e autoritários das campanhas de saúde pública, que justificavam as atitudes das classes populares, e passaram a encarar as práticas de educação em saúde com certa reserva (SILVA *et al.*, 2007).

Neste período, as ações de saúde voltavam-se para um sistema previdenciário e de assistência médica individual, com ações educativas restritas a programas materno-infantil, pronto-socorro e saúde mental, destinados à população menos favorecida, e a prioridade era o combate às doenças infecciosas e parasitárias, para aqueles que não podiam pagar ou não estavam na assistência previdenciária (SILVA *et al.*, 2007).

Na década de 1940, o governo brasileiro, juntamente com o americano, estruturou o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que se tornou um marco para o desenvolvimento de instituições de saúde no país, e as primeiras unidades foram organizadas nas regiões da Amazônia e Vale do Rio Doce. As ações do SESP visavam à proteção dos trabalhadores envolvidos na extração da borracha e de minério, o que contribuiu com novas técnicas educacionais na área de Saúde e Recursos Audiovisuais sofisticados de tendência tecnicista de Educação. Porém, a população continuava a ser vista como passiva e incapaz de iniciativas próprias (SILVA *et al.*, 2007).

As atividades do SESP consistiam em programas que associavam as doenças contagiosas, diagnóstico precoce, tratamento preventivo, educação sanitária e atividades de higiene em geral, porém, estas com inovações metodológicas e técnicas de ensino-aprendizagem. Fato que resultou na participação e mobilização da população nas ações de saúde, sendo, portanto, influenciador na ideologia e construção da participação comunitária e educação de grupos, introduzindo fatores sociais, econômicos e culturais na percepção do processo saúde-doença, o que contrariava a política centralizadora e paternalista do Estado (SILVA *et al.*, 2007).

Corroborando com esta percepção, após a Segunda Guerra Mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU) reforçou a estratégia de mobilizar a população de baixa renda contra a miséria, e isso fez surgir a partir da década de 1950 um novo enfoque à educação em saúde, reconhecida como educação para a saúde (SILVA *et al.*, 2007).

O enfoque da participação popular não garantiu a qualidade e a resolutividade dos serviços prestados, pois a preocupação foi na ampliação dos serviços básicos sem modificações nas estruturas. Assim, a comunidade participou ativamente como “mão de obra não pensante de uma medicina simplista”, pelo fato de utilizarem a força de trabalho deles para o saneamento básico e construção de

postos de saúde, o que facilitou o acesso geográfico aos serviços, mas “não reduziu o fosso cultural e social” sobre a população assistida (SILVA *et al.*, 2007, p.07; VASCONCELOS, 2001).

Conseqüentemente, pelo fato dos anos 50 e 60 terem sido marcados por uma ebulição política, a pedagogia da saúde resultou em ideias para remoção dos obstáculos culturais, psicossociais e de inovações tecnológicas para o controle de doenças, que visava ao domínio estrutural da sociedade. Este objetivo foi consolidado pelo golpe militar em 1964, com a imposição de um regime autoritário, que resultou em piores condições de saúde à população carente, visto que as políticas almejavam a atenção médica privada e hospitalocêntrica, sem abertura significativa para as práticas educativas. Deste modo, a participação da comunidade se restringia a cooperação com os agentes e serviços de saúde (VASCONCELOS, 2001; 2007; SILVA *et al.*, 2007).

No ápice do regime militar, com a crise do setor de saúde decorrente das desigualdades sociais, da inflação elevada e do regime autoritário prolongado, por mais de duas décadas, o Estado foi obrigado a tomar iniciativas nas áreas da Saúde, Educação, Habitação e Saneamento Popular, porém, com pouco recurso financeiro o governo precisou de alternativas para a assistência médica, viabilizando a medicina comunitária que ganhava força em outros países e atendia as necessidades brasileiras. Assim, as práticas de educação voltadas para a saúde, até então denominadas Educação Sanitária, receberam o título de educação em saúde e as equipes passaram a ser constituídas por diversos profissionais de saúde, não só de educadores (OLIVEIRA, 2000; SILVA *et al.*, 2007).

Neste turbilhão de problemas e com o descaso do Estado, os movimentos populares que haviam sido reprimidos nos primeiros anos do regime militar, começaram a ganhar forças com o apoio das igrejas católicas, as quais consistiam em formas de resistência, e estavam livres da repressão imposta, e dos intelectuais influenciados pelo humanismo personalista, que “floresceu” na Europa no pós-guerra, e resultou em novas iniciativas baseadas no diálogo entre o saber popular e o saber acadêmico. Muitos profissionais de saúde insatisfeitos com as “práticas mercantilizadas e rotinizadas” aderiram a estas iniciativas, e, assim, deu-se o começo da estruturação de novas formas organizacionais da “vida política” (VASCONCELOS, 2007, p. 19).

Nesta conjuntura, a década de 1970 foi marcada pelo pensamento social na saúde brasileira, que já havia ocorrido nos anos 40 na Europa e Estados Unidos (CARDOSO *et al.*, 2007). A insatisfação política da população com o regime ficou evidente com os resultados das eleições de novembro de 1974, visto que o único partido de oposição assumiu o poder, e ficou conhecido como Movimento da Reforma Sanitária. Este se estendeu com a incorporação de lideranças políticas sindicais populares e também parlamentares interessados na causa (OLIVEIRA, 2000).

Começou, então, a emergir experiências de serviços comunitários desvinculados do Estado, que abriram margens a movimentos sociais, onde a educação em saúde passou a ser vista como um compartilhar de saberes para a melhoria da qualidade de vida (WENDHAUSEN e SAUPE, 2003). Assim, foram introduzidos no Brasil os princípios dos cuidados primários de saúde, com intuito de atender às necessidades reais da população, os quais se fundamentavam nas recomendações da Conferência de Alma-Ata, de 1978. Estas pretendiam novas políticas de saúde com ênfase na participação comunitária, cooperação entre diferentes setores da sociedade e cuidados com fundamentos conceituais (SILVA *et al.*, 2007).

Desta forma, a medicina comunitária não ocupou o lugar da ‘medicina elitizada ou científica’, pois agregou as lacunas existentes do serviço até então vigente, sendo assim, considerada espaço para marginalizados (SILVA *et al.*, 2007). Portanto, percebe-se que até este marco histórico, a Educação em Saúde foi primordialmente iniciativa das classes elitizadas, políticas e econômicas, voltando seus interesses, por meio de imposição de normas e condutas. Este fato é denominado por Vasconcelos (2001, p.123), como “toca boiada”, em que a elite tenta conduzir a população por caminhos corretos pelo uso de berrantes (palavra) e ferrões (medo e ameaça).

A medicina comunitária era limitada pelos poucos recursos, baixos salários e insuficiente acompanhamento educativo da população, o que gerava desmotivação dos profissionais envolvidos. Este fato aliado ao descaso e à utilização eleitoral desencadeou lutas por melhores condições de atendimento, por meio dos movimentos populares no qual as associações de bairro, sindicatos, comunidades eclesiais de base se aliaram pela criação de uma medicina mais apropriada às classes menos favorecidas (SILVA *et al.*, 2007; VASCONCELOS, 2001).

A educação popular em saúde surgiu como sustentáculo de abordagens mais eficientes para a população em defesa da saúde e da vida, constituindo um eixo entre profissionais de saúde e a comunidade e estabeleceu um espaço para novas experiências no campo da educação em saúde baseadas no diálogo (SILVA *et al.*, 2007; VASCONCELOS, 2001).

A partir de 1985, o Estado passou por uma crise de caráter político, social e econômico, em função da dívida externa. Esta repercutiu sobre a saúde das populações e agravaram as condições de vida. Houve aumento do desemprego, desnutrição e a mobilidade dos grupos sociais menos favorecidos (OLIVEIRA, 2000).

Contudo, o movimento social que defendia a democratização da saúde e as propostas da Reforma Sanitária, ou seja, profissionais de saúde que se colocavam ao lado dos movimentos populares por melhores condições de vida, contribuíram para a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, em Brasília (OLIVEIRA, 2000).

A VIII Conferência junto com as eleições indiretas para um presidente não-militar, e a expectativa de uma nova constituição, foi considerada um marco, um divisor de águas do movimento pela reforma sanitária (SILVA *et al.*, 2007). O relatório desta Conferência mencionou entre outras propostas, a saúde como direito de todos e dever do Estado, no parágrafo 196, e seu conceito foi ampliado para além da concepção biologicista, fazendo parte do campo político e histórico.

Emergiu também a proposta da criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), o qual passou a ser regulamentado pela Lei Federal 8080/90 sob as premissas da universalização, integralidade e regionalização da saúde (Cardoso *et al.*, 2007), mas a ampliação do conceito de saúde ficou somente na teoria, tornando o sistema de saúde excludente, sem cumprir com o princípio da universalização (LIMA e COSTA, 2005).

Assim, nos anos 1990 novamente deixaram-se de lado as questões sociais e políticas, para predominar a ideia do indivíduo como responsável pelo seu processo saúde-doença, tomando como práticas educativas o “incentivo” para mudança dos hábitos de vida, com intuito de solucionar os problemas de saúde (LIMA e COSTA, 2005).

Atualmente, o SUS ainda enfrenta grandes desafios para sua implantação efetiva, pois o modelo de assistência proposto vai de encontro com a intenção econômica mundial, e com este contrassenso e algumas dificuldades práticas, a

população conquistou o direito à saúde e à participação social. Assim, criam-se alternativas para que as diretrizes da universalidade, equidade e integralidade sejam efetivamente implantadas e abrangendo o maior número de pessoas (SILVA *et al.*, 2007).

Com a ampliação do conceito de saúde de ausência de doença para um equilíbrio entre os determinantes sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, na qual a concepção de saúde é entendida de modo positivo como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver surgiram muitas propostas e alternativas de se educar, que emergiram de discussões sobre quais abordagens atingem níveis desejados de saúde à população. Estas foram agrupadas em dois modelos: educação em saúde tradicional e radical. A educação radical também denominada de dialógica e de educação popular. (WHO, 1946; BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007; BRASIL, 2002; SOUZA *et al.*, 2005; LIMA e COSTA, 2005).

2.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE TRADICIONAL OU NORMATIVA

A educação em saúde tradicional, historicamente, foi o modelo preponderante influenciado pelo positivismo, centralizava o poder nos profissionais de saúde, que eram considerados detentores do saber científico necessário para uma vida saudável. Esta estratégia educativa verticalizada não visava à autonomia da população, pois pelos recursos passivos como, por exemplo, comunicação em massa, recursos audiovisuais, fotonovelas, aulas didáticas e palestra em centros de saúde, escolas, igrejas e outros centros comunitários, visavam à doença e à intervenção curativista do processo saúde-doença. Era fundamentado no referencial biologicista, com intuito da mudança de comportamento individual, a partir dos modelos repassados para a manutenção da vida (VASCONCELOS, 2001; RICE e CANDEIAS, 1989; SILVA *et al.*, 2007).

A população considerada carente de informação em saúde justificava a relação estabelecida entre profissionais e usuários, por meio de uma comunicação de caráter informativo. O profissional, pela atitude paternalista, mencionava aos usuários hábitos e comportamentos saudáveis, o que fazer e como fazer para a

manutenção da saúde. Supunha-se que a partir da informação recebida, os usuários seriam capazes de tomar decisões para a prevenção de doenças e agravos, assim como assumir novos hábitos e condutas (ALVES, 2005).

Nesta perspectiva, os usuários eram considerados como objeto das práticas educativas e responsáveis pela mudança dos seus hábitos diários, desconsiderando as histórias de vida, o conjunto de crenças e valores, as representações do processo saúde-doença e a própria subjetividade. Deste modo, as soluções provenientes do exterior, muitas vezes incorporadas pelos “sujeitos” passaram a defender os interesses dominantes, como mais medicalização e convênios de saúde, o que resultou em uma nova subordinação (ALVES, 2005; SMEKE e OLIVEIRA, 2001).

Este fato é reforçado pelo modelo exógeno do adoecimento, que segundo Laplantine (1991), o agente externo é causador da doença, e, conseqüentemente, deve ser exterminado, como exemplo o cigarro que causa o câncer, o açúcar a diabetes, o sal a hipertensão, entre outros. Porém, estes fatores não são relacionados com outros, são considerados “agentes diretos” e que reforçam tal postura dos profissionais de saúde. Assim, combatendo o agente externo, nesta percepção, cura-se a doença pela adoção de um comportamento adequado (GAZZINELLI *et al.*, 2005).

Considerava-se, então, que com estas medidas a população conseguiria tomar decisões conscientes, tornando o indivíduo responsável pela sua condição de saúde, pois a partir da informação recebida sobre os riscos e medidas para prevenção, poderiam aderir ou não. Fato este, reforçado pelas ideias do behaviorismo ou comportamentalismo, em que o meio é que faz o sujeito, e com isto gera a individualização da culpa, denominada de culpabilização da vítima, uma prática que permite esconder o mau funcionamento dos serviços públicos e o descompromisso dos governos (SOUZA *et al.*, 2005; SILVA *et al.*, 2007).

Deste modo, muitas críticas são feitas a este modelo de educação, pois não são considerados os determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos de saúde. Ao considerar o indivíduo como objeto e carente de informações, perdem-se de vista que os comportamentos são orientados por valores, crenças e representações sobre o processo saúde. Assim, na tentativa de atender estas complexidades da nova saúde pública surgiu o modelo de educação em saúde radical ou dialógica, que propõe considerar as raízes dos problemas de saúde e nestes intervir (ALVES, 2005; SOUZA *et al.*, 2005).

2.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE RADICAL, DIALÓGICA, EMANCIPATÓRIA OU POPULAR

A educação em saúde radical, dialógica ou popular surge nas últimas décadas pelas críticas ao modelo curativista, pelas dificuldades em originar conhecimentos que explicassem o surgimento de problemas públicos. Desta maneira, após alterações expressivas de pensamento se percebeu a necessidade de trabalhar com a perspectiva da população nas práticas de saúde, pela participação comunitária (TOLEDO, RODRIGUES e CHIESA, 2007; SOUZA *et al.*, 2005).

A participação comunitária foi influenciada desde a década de 1970 pelo pensamento e teoria de Paulo Freire, e divulgada em 1981 pelo Ministério da Saúde no documento Ação Educativa nos Serviços Básicos de Saúde. Porém, as Diretrizes da Educação para a Saúde de 1980 ainda definiam educação em saúde como atividade planejada para modificar comportamentos desejados de saúde, contradizendo com a visão dialógica (TOLEDO, RODRIGUES e CHIESA, 2007; SOUZA *et al.*, 2005; ALVES, 2005; RICE e CANDEIAS, 1989; GAZZINELLI *et al.*, 2005).

Nestes dois documentos há uma dualidade, visto que a educação em saúde, com o conceito influenciado por Paulo Freire denominado de educação libertadora ou emancipadora objetiva a reflexão e conscientização crítica sobre os aspectos da realidade individual e coletiva, e estimula esta busca. Para ações de saúde que emancipem é necessário conhecer os indivíduos, incluindo suas crenças, hábitos e papéis, e as condições objetivas em que vivem, assim como envolvê-los, contrapondo a imposição realizada pela educação tradicional. A partir desta concepção, pretende-se a transformação da realidade que só é “possível assegurar pela sustentabilidade e efetividade das ações de saúde” (SOUZA *et al.*, 2005; ALVES, 2005, p. 48).

Este modelo dialógico, radical ou popular tem como instrumento de base o diálogo, no qual o usuário é reconhecido por possuir um saber, que embora seja diferente do saber técnico-científico, não é ignorado pelos profissionais dos serviços, visto que estes atuam em patamares iguais, mesmo com papéis diferenciados. O

objetivo não é o de informar, mas de transformar saberes, com intuito de desenvolver a autonomia e responsabilidade do indivíduo no cuidado com a saúde, pela compreensão de sua situação e não mais pela imposição de um saber científico. Desta forma, será capacitado a decidir qual estratégia em sua visão é melhor para promover, manter e recuperar a sua saúde (ALVES, 2005).

Estas práticas podem acontecer tanto em contextos formais - espaços de serviço - como nos informais, com ações desenvolvidas no cotidiano, pois a valorização está nas relações interpessoais estabelecidas, o que torna o profissional de saúde um educador em potencial, visto que esta condição é essencial a sua prática, assim como reconhecer o usuário como sujeito em busca de autonomia (ALVES, 2005).

De tal modo, o diálogo permite aos profissionais e usuários a construção de um saber sobre o processo saúde-doença de forma compartilhada, com a permuta de saberes, o que possibilita maior confiança nos serviços de saúde. Esta participação nas atividades educativas tem sido relacionada com mudanças duradouras de hábitos e comportamentos, sem atitudes persuasivas ou de autoridade, mas pela construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado (ALVES, 2005).

Estas ideias emergem da teoria construtivista que considera o desenvolvimento do conhecimento pela interação do sujeito com o meio, na qual, a mudança de comportamento esperada, resulta das ações de saúde por meio de um processo complexo dos fatores subjetivos e objetivos no contexto social, econômico e cultural, bem como da motivação individual. Isso reforça o papel educador e facilitador do profissional nas descobertas e reflexões para a (re)construção da realidade no processo de saúde doença, contrapondo-se com a teoria behaviorista da educação tradicional (SOUZA *et al.*, 2005).

Neste processo, segundo Freire (1996), educar é muito mais do que puramente treinar outra pessoa no desempenho de destrezas, em que o essencial é uma reflexão crítica sobre a formação deste educador na relação teoria/prática dos saberes fundamentais, para contribuir na criação de possibilidades ou construção do conhecimento, diferenciando da simples transferência. Fato reforçado por Pires e Mussi (2009), ao afirmar ser indispensável que os profissionais de saúde considerem a experiência de vida e a subjetividade dos indivíduos, o que torna necessária a reflexão da atenção prestada por estes profissionais.

No ponto de vista de Freire (1996), há a necessidade da mudança de paradigmas dos profissionais, que visualizam o indivíduo como um receptáculo de conhecimentos/conteúdos acumulados pelo sujeito que sabe e transfere aos “não possuidores de saber”.

Essa transferência de conhecimentos contrapõe a realidade da diversidade social encontrada nas populações ocidentais, visto que o processo de adoecer não se processa somente por casos clínicos, mas pela natureza social, pelas formas de vida, trabalho, saúde e suas percepções, crenças e valores. Desse modo, buscar a compreensão das necessidades de saúde e dos perfis de (re)produção social da população, possibilita perceber a inserção social, assim como as distintas condições de vida, potencialidades de saúde e sobrevivência (TOLEDO, RODRIGUES e CHIESA, 2007).

Nesta perspectiva, muitos estudos abordam a educação em saúde como importante instrumento de apoio para o tratamento de indivíduos portadores de doença crônica, no sentido de favorecer políticas públicas que considerem a influência da inserção social e da subjetividade no enfrentamento dessas enfermidades.

Segundo estudo bibliográfico realizado por Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007), que identificou o caráter desse processo educativo nas produções científicas concernentes ao enfrentamento da hipertensão, os autores verificaram que as abordagens educativas referentes a essa doença crônica ainda são focadas ao tratamento, controle dos fatores de risco e à prescrição de cuidados, e poucas contribuições são fornecidas na perspectiva de formar um usuário com “consciência crítica” sobre sua saúde.

Porém, os autores Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007) consideram fundamental a mudança de paradigmas biomédicos para aquisição de novos conceitos do processo saúde-doença de modo a facilitar o entendimento das reais causas e determinantes do problema da hipertensão, pensamento este que corrobora com Freire (1996), que enfatiza uma educação crítica e libertadora.

Corroborando, os autores Silva *et al.*, (2006) realizaram uma intervenção por 30 meses com o intuito de alterar o seguimento de pacientes crônicos pelas atividades educativas dialógicas, entretanto, não foi possível o controle de todos os determinantes para a adesão, mas a intervenção mostrou-se eficiente no controle das enfermidades. Em outro estudo, Mantovani, Mottin e Rodrigues (2007)

constatarem que o compromisso selado entre profissionais de saúde e usuários facilita a adesão ao tratamento da doença crônica, uma vez que o acompanhamento constante manifesta a importância do tratamento para o profissional e, principalmente, ao portador.

Assim, Mantovani, Mottin e Rodrigues (2007) consideram que atividades educativas e visitas domiciliares são fundamentais para este ajuste, pois os interessados podem questionar e sanar suas dúvidas. O que fica evidente nestes estudos é que a educação em saúde radical, dialógica, emancipatória ou popular pode contribuir com os pacientes portadores de doença crônica ajudando-os ou motivando-os a aderir ao tratamento e conviver com sua enfermidade de maneira participativa e emancipatória.

2.5 CONTRIBUTOS DO *EMPOWERMENT*³

O *empowerment* é um termo da língua inglesa com procedência nas lutas sociais que buscavam os direitos civis desde a década de 1970. Este foi influenciado pelos movimentos de autoajuda, psicologia comunitária e pela busca da cidadania nas mais distintas esferas sociais, como na área médica, da educação em saúde e no ambiente físico (CARVALHO, 2004).

Este termo é um processo de capacitação para a aquisição de poder, o qual pode ser abrangido sobre dois enfoques o psicológico e comunitário. O primeiro possui uma compreensão mais individualista, independente, que provoca estratégias educativas para fortalecer a autoestima e a adaptação ao meio. Já o *empowerment* comunitário inclui apoiar as pessoas e as comunidades a realizarem suas próprias decisões e intervenções na realidade, por meio de uma consciência crítica que possibilite uma ação política (CARVALHO, 2004).

Deste modo, o *empowerment* pode ser definido por uma ação social que envolve a participação de indivíduos, organizações e comunidades para que estes transformem suas realidades e se tornem autônomos, sendo “donos do seu destino”.

³ Nesta pesquisa utiliza-se a expressão inglesa *empowerment*, por não existir, na Língua Portuguesa, tradução fidedigna.

Contudo, para controlar sua própria vida é necessário desenvolver a autoestima e confiança pessoal, além de analisar criticamente o meio social e político em que vivem (CARVALHO, 2004, p.1092).

O conceito de *empowerment* é considerado fundamental nas estratégias da promoção da saúde, e encontra-se imbricado na definição e ações propostas pela Carta de Ottawa. Nesta, a promoção da saúde é considerada como capacitação da comunidade para atuar no progresso da qualidade de vida, com a finalidade de atingir equilíbrio entre os determinantes sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, na qual a saúde é percebida de modo positivo como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver (BRASIL, 2002; BECKER *et al.*, 2004).

Portanto, a promoção da saúde procura por meio do *empowerment* atuar nos determinantes sociais de saúde e na capacitação da comunidade para a busca da autonomia (BECKER *et al.*, 2004; CARVALHO, 2004). Esta ação no processo saúde-doença se dá na inter-relação do “ambiente (natural e social), estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde), biologia humana (genética e função) e a organização dos serviços de saúde” (CARVALHO, 2004, p. 1089). Para isto, é necessário que as ações de saúde estimulem a reflexão crítica individual e em grupo nos processos de autoajuda e nas práticas educativas, com intuito de proporcionar uma análise das condições sociais e políticas (CARVALHO e GASTALDO, 2008).

Para desenvolver ações de promoção da saúde com vistas no *empowerment*, Labonte¹ (1996) apud Mazza (2007) apresenta cinco dimensões, e neste trabalho o *empowerment* será abordado no enfoque do cuidado pessoal aos indivíduos portadores das doenças crônicas, hipertensão arterial e Diabetes *Mellitus*. Para Mazza (2007), o cuidado pessoal pode ocorrer ao proporcionar para os indivíduos em situação de pobreza a capacidade de agirem sobre seus problemas, respeitando sua autonomia, cultura, seus interesses, o contexto socioambiental e psicológico.

Porém, vale resgatar as demais dimensões que são: desenvolvimento de pequenos grupos - que consistem em suporte coletivo para alcançar o processo de mudança da comunidade por meio da construção de identidade e objetivos comuns;

¹ LABONTE, R. **Health promotion and empowerment: practice frameworks**. Center for Health Promotion: University of Toronto, 1996.

organização comunitária – reflexão grupal sobre os problemas individuais e coletivos da comunidade; advocacy e coalizão – é a união de amparo, no qual os profissionais de saúde podem servir de suporte para os grupos da comunidade oferecendo conhecimento, habilidade e informações; ação política – é a intensificação das ações de amparo para além da dimensão singular, interferindo na estrutura social (MAZZA, 2007).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa no qual utilizou-se o método da pesquisa-ação, uma vez que para Thiollent (2006) esta viabiliza os projetos de extensão com a pesquisa convencional na elaboração social de conhecimentos com a participação de diferentes sujeitos. Dessa forma, as ferramentas de trabalho se constituem na participação crítica e reflexiva para proporcionar emancipação dos indivíduos envolvidos.

Segundo Thiollent (2003), além da participação, supõe-se uma forma de ação planejada de caráter social, educacional, técnico ou outro. A pesquisa-ação é definida como um tipo de pesquisa:

social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 2007, p. 16).

Por ser uma pesquisa prática, seu desempenho é voltado para diferentes aplicações como nas áreas da Educação, Comunicação, Serviço Social, Tecnologia, Práticas Políticas, inclusive a Saúde, por meio da unificação da pesquisa científica com uma ação efetiva. Desta maneira, os problemas coletivos da situação são identificados pelos atores implicados juntamente com os pesquisadores, para atuarem ativamente na elucidação ou resolução das dificuldades observadas no contexto social em questão (THIOLLENT, 2007).

Para Thiollent (2007), os objetivos da pesquisa-ação são práticos, pois é possível contribuir no equacionamento de problemas, levantamento de soluções e propostas de ações, assim como obter informações para elevar o conhecimento sobre determinada situação. Além de ser uma investigação prática o autor afirma que é necessário produzir conhecimento sobre as questões abordadas corroborando com Carmo e Ferreira (2008), que referem à resolução de problemas que não

possuem soluções teóricas pré-estabelecidas como a principal finalidade da pesquisa-ação.

Assim, o método da pesquisa-ação possibilita “estudar dinamicamente os problemas, decisões, ações negociações, conflitos e tomadas de consciência que ocorrem entre os agentes durante o processo de transformação da situação”, visto que esta metodologia é uma das formas de organização da pesquisa social que atrela as exigências da ação e participação dos sujeitos sociais da situação observada (THIOLLENT, 2007, p.21).

O método da pesquisa-ação, segundo Thiollent (2007), define diferentes fases que em cada situação são redefinidas com todos os participantes: exploratória; tema da pesquisa; colocação dos problemas; lugar da teoria; hipóteses; seminário; campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa; coleta de dados; aprendizagem; saber formal/informal; plano de ação e divulgação externa.

As fases não possuem uma estrutura rígida com etapas pré-definidas, pois surgem a partir dos problemas reais do grupo, e incluem a participação ativa do pesquisador para equacionar o grupo na pesquisa. Por ser um método flexível, não se enquadra na lógica positivista de pesquisa convencional, bem como não busca apenas realizar diagnóstico, mas intervir prontamente com a população sobre as problemáticas levantadas (THIOLLENT, 2007).

Na fase **Exploratória**, ocorre a descoberta do campo de pesquisa, dos interessados e suas expectativas, e se estabelece um diagnóstico inicial da situação com os problemas e possíveis soluções (THIOLLENT, 2007). Esse reconhecimento, nesta pesquisa foi previamente realizado pela pesquisadora deste trabalho no projeto de extensão “Sistematização da assistência a portadores de Hipertensão Arterial”, desde a sua inserção no ano de 2008.

O **Tema da pesquisa**, que é a segunda fase é a designação do problema prático e da área de conhecimento a serem abordados, e nesta pesquisa é a doença crônica e as formas de cuidar por parte dos usuários. Este tema foi solicitado pelo responsável da unidade de saúde na época da inserção do projeto de extensão, visto os usuários não comparecerem às reuniões do Programa de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), e havia pouca possibilidade de desenvolver atividades educativas com estes, pelas questões de infraestrutura principalmente quanto ao espaço físico e quantidade de usuários cadastrados.

A fase de **Colocação dos problemas** caracteriza-se pelo estabelecimento dos problemas que desencadearão a investigação. Nela deve-se “definir uma problemática na qual o tema escolhido adquira sentido” (THIOLLENT, 2007, p.57), dentro de certo campo teórico e prático. Para cumprir esta etapa, todos os envolvidos foram entrevistados individualmente e logo convidados para um encontro em grupo, no qual a pesquisadora relatou os problemas emergidos da análise das entrevistas realizadas, sendo estes: as complicações, comorbidades, hábitos alimentares e cronicidade das patologias.

Contudo, para atingir os objetivos desta pesquisa foi sugerido, além dos temas elencados na entrevista, discussões sobre os cuidados realizados antes do diagnóstico, hoje com a patologia instalada e os cuidados que podem ser realizados após os encontros em grupos para melhorar a saúde. Todos os envolvidos aceitaram e concordaram com os assuntos propostos.

O **Lugar da teoria** é a fase em que a pesquisa-ação é “articulada dentro de uma problemática com um quadro de referência teórica”, para nortear e fundamentar as interpretações. No entanto, este conhecimento teórico deve ser compatível e adequado com o entendimento dos participantes para não desestimulá-los (THIOLLENT, 2007, p.60). Desta forma, a pesquisadora se apropriou do tema da pesquisa para dialogar com os participantes tentando sempre adequar o conhecimento ao nível de compreensão dos envolvidos.

Na fase em que são definidas as **Hipóteses**, o pesquisador supõe a respeito de possíveis soluções de um problema da pesquisa, que direcionam a coleta de informações e técnicas necessárias para a resolução de um problema. Assim, para encontrar resposta ao questionamento de pesquisa - “Quais ações de cuidado são desenvolvidas pelos portadores de doença crônica após a participação em atividades educativas?” – buscou-se, por meio dos encontros em grupo, discutir coletivamente os aspectos relativos aos cuidados pessoais e tratamento, visto que durante os quatro anos de realização do projeto de extensão todos os usuários ativos no Programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA) participaram das atividades educativas realizadas.

Os **Seminários** são encontros para direcionar as ações da pesquisa desde a busca do tema até a análise das soluções encontradas (THIOLLENT, 2007). Esta fase correspondeu às discussões entre orientador e orientando no acompanhamento e avaliação das ações, as quais eram expostas ao grupo nos encontros.

A fase **Campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa** é a delimitação do campo de atuação. Nesta pesquisa, o local foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), da região metropolitana do município de Curitiba-Pr, sede do Programa de Extensão intitulado “Promoção da Saúde, Necessidades, Organização e Demandas”, subprojeto “Sistematização da Assistência a Portadores de Hipertensão Arterial”.

O povoamento deste município iniciou no ano de 1878, com um grupo de imigrantes italianos oriundos do município de Morretes-PR, que ali se instalaram pelo subsídio de 80 lotes que receberam do governo provincial. A economia do município consiste nas indústrias extrativas de cal e calcário e na agricultura, principalmente de hortifrutigranjeiros, no qual se destaca a uva. Nos dias atuais, o município possui uma área de 198,700 km², sendo 128,300 km² de área rural e 70,400 km² urbana, a qual é dividida em 42 bairros atendidos por 21 Unidades de Saúde (COLOMBO, 2010).

A Unidade Básica de Saúde com PACS selecionada foi inaugurada há aproximadamente oito anos e atende a um total de 1.200 famílias residentes em dois bairros. A classe social é predominantemente baixa, mais da metade das ruas não são asfaltadas, não possuem estrutura de saneamento, segurança e lazer. O fato da estrutura da UBS não comportar grandes grupos, os encontros foram realizados em um galpão situado na comunidade, o qual anteriormente era sede da unidade de saúde.

Este galpão foi disponibilizado pela atual Presidente da Associação de Moradores, e está localizado no mesmo terreno de seu domicílio, ao lado de uma rodovia. As condições estruturais deste local eram precárias, com pouca iluminação e mobiliário insuficiente para comportar grande público

A população total do município compreende 233,916 habitantes, desses, 11.540 têm hipertensão arterial e 3.701 Diabetes *Mellitus* e hipertensão arterial, e estão cadastrados no Sistema HIPERDIA do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

Na UBS selecionada, a população alvo foi composta por 282 usuários, divididos em 201 hipertensos, 71 diabéticos e hipertensos e dez diabéticos cadastrados no HIPERDIA e para constituir a amostra utilizou-se a representatividade qualitativa, estabelecida com critérios de inclusão. Foram inclusos os usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes *Mellitus*, com idades entre 18 e 60 anos, cadastrados e ativos no HIPERDIA, o que

correspondeu a 26 usuários que aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2). Ressalva-se que a metodologia empregada neste trabalho possibilita a realização da pesquisa com um número reduzido de pessoas as quais são representantes da situação considerada (THIOLLENT, 2003).

A **Coleta de Dados** é controlada pelo seminário, e sua principal forma de captação da informação empírica é de cunho coletivo, pelas técnicas como seminários, entrevistas coletivas, reuniões de discussão, entre outras. Porém, não são descartadas as demais técnicas da pesquisa científica convencional, que podem ser utilizadas neste tipo de abordagem, como instrumentos auxiliares (THIOLLENT, 2007).

Nesta investigação, a coleta foi realizada no período de fevereiro a junho de 2010 em duas etapas: a primeira mediante entrevista semiestruturada (apêndice 1) no domicílio dos usuários que possibilitou identificar as necessidades e problemas para serem discutidos na próxima etapa. O segundo passo foram os encontros em grupos que consistem em uma proposta de intervenção coletiva com intuito de promover a reflexão crítica dos conteúdos pré-estabelecidos e a troca de experiências e vivências cotidianas, por meio de instrumentos e estratégias na promoção da saúde (OLIVEIRA, 2006).

Foram realizados cinco encontros em grupo com duração aproximada de 1h30min, dispostos da seguinte maneira: primeira reunião - adequação dos temas a serem discutidos; segunda - complicações, comorbidades, cronicidade e hábitos alimentares; terceira - cuidados realizados antes do diagnóstico; quarta - cuidados realizados atualmente; e quinta - cuidados que podem ser incorporados.

Os encontros em grupo foram organizados da seguinte maneira: inicialmente todos os participantes se apresentavam e a pesquisadora resgatava as discussões passadas e expunha os objetivos do encontro. Com uma questão disparadora suscitava a discussão e ao final uma síntese era elaborada. Após os encontros havia confraternização e pelas conversas informais assuntos não expostos nas reuniões eram relatados, e estes poderiam enriquecer o estudo e justificar algumas atitudes dos usuários.

Estas reuniões ocorreram próximas à residência dos participantes, em um galpão fornecido pela associação de moradores. Todos os 26 entrevistados foram convidados por meio de contato telefônico e/ou visita domiciliar, e deste total, 13

compareceram a, pelo menos, um dos cinco encontros grupais, com a média de seis usuários. A presença nos cinco encontros foi respectivamente seis, cinco, sete, oito e seis participantes. Os dados foram gravados em formato digital e transcritos na íntegra para posterior análise.

A fase **Aprendizagem** ocorre ao longo do processo pela troca de conhecimentos entre os pesquisadores e participantes ao investigar e discutir as possíveis ações, cujos resultados oferecem ensinamentos. A fase **Saber formal/Saber informal** se estabelece pela comunicação entre o conhecimento científico e popular, ou seja, pela interface de saberes que integra um processo decisório compartilhado (THIOLLENT, 2007). Há uma articulação dos conhecimentos entre os atores, e estes representam questões éticas da pesquisa-ação e se revelam essenciais, pois permite a inclusão de diferentes grupos como sujeitos, integrando o saber científico e o popular, o que possibilita a confiança, o respeito mútuo e a empatia (KURTZMAN, 2006).

A fase **Plano de ação** ocorre para satisfazer o objetivo, que pode ser a resolução do problema, tomada de consciência ou produção de conhecimento, por meio de uma ação planejada que constituirá o “objeto de análise, deliberação⁴ e avaliação” (THIOLLENT, 2007, p. 75). Desta forma, para o autor o plano de ação corresponde ao que precisa ser feito para transformar o problema, concretizando a pesquisa-ação. Esta fase nesta pesquisa corresponde à tomada de consciência sobre os cuidados pessoais que os usuários realizam e que precisam realizar para obter melhor qualidade de vida.

A última fase **Divulgação Externa** dos resultados propicia o retorno da informação aos participantes implicados e aos setores interessados (THIOLLENT, 2007). Em cada encontro em grupo, no final, eram sintetizados os assuntos discutidos e expostos aos participantes, e na última reunião foi realizado um resumo de todas as discussões e dos resultados alcançados. Aos setores interessados, a divulgação ocorrerá após o término deste trabalho, no qual a pesquisadora retornará aos responsáveis que concederam a sua realização - Secretaria Municipal de Saúde e a referida UBS - os resultados obtidos, e a comunidade em geral pela publicação de artigos científicos.

⁴ Deliberação, segundo Thiollent (2007), é um tipo de discussão que emerge pela ação e avaliação.

3.2 ANÁLISE DOS DADOS

A partir da transcrição na íntegra dos dados oriundos das entrevistas e encontros em grupo, o material foi tratado segundo o método da Análise de Conteúdo Temático que conforme Bardin (2009, p.44) é:

conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos as condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Tem a finalidade de analisar as falas coletadas para extrair os núcleos de sentido ou unidades de significação, das quais compõem as categorias necessárias para expressar o que “está por trás das palavras sobre as quais se debruça”. É um método empírico que deve ser organizado em três fases: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2009, p.45).

A pré-análise consiste na organização e sistematização de ideias para preparar um plano de análise. Esse é considerado por Bardin (2009) como um período de intuições, na qual ocorre a escolha dos documentos, formulação das hipóteses, objetivos e indicadores para fundamentar a interpretação final. A constituição do *corpus* é o conjunto de todos os documentos a ser analisada, no caso a coleta de dados, que é preparada - transcrição escrita das falas literais verbalizadas pelos sujeitos - para uma leitura flutuante, com intuito de conhecer o texto, invadir-se pelo conteúdo, e estabelecer as unidades de registro a serem recortadas do texto. Deste modo, a preparação do material aconteceu na reunião, transcrição e edição dos textos completos.

Na exploração do material, que é a segunda fase, ocorre a operação de codificação, o agrupamento das unidades de registros comuns, sinalizadas no texto e depois recortadas para posterior codificação. A terceira fase que é o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, os dados brutos condensados são tratados para uma análise significativa e válida (BARDIN, 2009).

Tratar o material é codificá-lo, e segundo Bardin (2009) é a transformação sistemática dos dados brutos e agregação em unidades que permitem a representação do conteúdo. Deste modo, são classificados em categorias que reúnem os elementos (unidades de registro) sob um título comum a todos. Para o autor, a análise temática recorta o conjunto de dados por meio de categorias a respeito dos conteúdos, e para tanto, considera-se a frequência dos temas extraídos, na intenção de descobrir os núcleos de sentido.

As categorias encontradas nesta pesquisa foram: **“O diagnóstico como ponto de partida”**, **“Mudança de vida: cuidados adotados”** e **“Autonomia do cuidado pessoal”**.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (CAAE: 2424.0.000.091-08), após a autorização da Secretaria de Saúde do Município de Colombo – PR (ANEXO 1).

Os sujeitos foram esclarecidos sobre a pesquisa, seus objetivos, riscos e benefícios, e a inclusão de cada um ocorreu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) respeitando o anonimato, destarte as falas dos usuários nos encontros em grupo foram identificadas com a letra U, seguida do algarismo arábico em ordem crescente, conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS E IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES E PROBLEMAS

Dos 26 usuários entrevistados, 24 eram do sexo feminino e dois masculino. As idades variaram entre 35 e 60 anos, com uma média de 50 anos, sendo a faixa etária entre 51 a 60 anos, predominante, com 16 usuários. Em outros estudos, com portadores de doença crônica, dados semelhantes foram encontrados em relação ao sexo e idade (FORTES e LOPES, 2004; JESUS *et al.*, 2008; MANTOVANI, MOTTIN e RODRIGUES, 2007; MANTOVANI *et al.*, 2008a; MANTOVANI *et al.*, 2008b; NOBLAT *et al.*, 2004).

O fato das mulheres serem prevalentes nas amostras de estudos sobre a temática doença crônica, pode ocorrer pela busca aos serviços de saúde (Almeida *et al.*, 2002), vez que, os homens recorrem a este serviço principalmente quando apresentam comorbidades associadas e geralmente já estão na faixa etária acima de 65 anos, visto que possuem maior disponibilidade de tempo quando são idosos (SOUSA, SOUZA e SCOCHI, 2006).

Sabe-se que os níveis tensionais aumentam linearmente com o avançar da idade, pois geralmente está associado à arteriosclerose e a outros fatores de risco como a síndrome metabólica, que eleva o risco de complicações cardiovasculares (SBH, 2010). Porém, a pequena prevalência de homens pode ser reflexo dos obstáculos encontrados na utilização dos serviços de saúde pela faixa etária adulta que é economicamente ativa (Sousa, Souza e Scochi, 2006), pois a Unidade Básica de Saúde atende de segunda à sexta-feira, no horário compreendido das 08h às 17h, o que dificulta o acesso dos indivíduos mais jovens.

Essa limitação de acesso aos serviços de saúde origina impacto negativo na busca espontânea aos cuidados curativos e preventivos o que pode ocasionar complicações de órgãos-alvo da hipertensão arterial (NOBLAT *et al.*, 2004). No Brasil, a hipertensão arterial concomitantemente com a Diabetes *Mellitus* são as principais causas de morte, o que evidência a importância da busca ativa pela equipe de saúde, seja pelas visitas domiciliares ou pela aferição rotineira da pressão

arterial de seus portadores com intuito de alcançar e informar a população adulta jovem (NOBLAT *et al.*, 2004; SOUSA, SOUZA e SCOCHI, 2006).

Referente à situação conjugal, 19 usuários são casados ou vivem com o parceiro, quatro são separados/divorciados, dois viúvos e um solteiro. Esta predominância encontrada em nosso estudo corrobora com os achados de Magnabosco (2007), que realizou uma pesquisa com 131 hipertensos no município de Sacramento - MG, com o objetivo de avaliar a contribuição do grupo de convivência na qualidade de vida dos hipertensos, e ao caracterizar a população de estudo evidenciou que a maioria (54%) dos indivíduos era casada.

Em se tratando do nível de instrução, dois usuários concluíram o Ensino Médio, quatro possuem Ensino Fundamental incompleto, sete Ensino Primário completo, dez o Ensino Primário incompleto e três não são alfabetizados. Outros estudos descrevem a baixa escolaridade dos portadores de doenças crônicas, o que vai ao encontro da população desta pesquisa (SANTOS e LIMA, 2008; MANTOVANI *et al.*, 2008a,b; MAGNABOSCO, 2007).

Ressalta-se que o desenvolvimento das atividades educativas deve considerar os saberes das pessoas envolvidas, pois, “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para que os indivíduos implicados [...] possam participar da produção compartilhada do conhecimento” (CONVERSANI, 2004, p.5). Não obstante, o contexto social e cultural também são fatores importantes nesta aquisição e modificação do saber, no qual a educação contribui para o portador de doença crônica adquirir maior controle e responsabilidade sobre a sua saúde (NOVAIS *et al.*, 2009).

Em relação à profissão/ocupação, 15 entrevistados são do lar, dois são autônomos, três possuem atividade remunerada, quatro são aposentados ou pensionistas da seguridade social e dois realizavam atividades autônomas, porém relataram não exercerem atualmente. Este pequeno número de usuários que desempenham atividades laborais encontrado neste estudo pode estar associado à perda de capacidade funcional acarretada pelas patologias, fato constatado em estudo realizado no México, no qual, os portadores de doença crônica na idade adulta deixam de realizar suas ocupações por não possuir a mesma capacidade de antes, e com isto sentem-se marginalizados na sociedade (MERCADO-MARTÍNEZ e HERNANDEZ-IBARRA, 2007).

De tal modo, os dados encontrados neste estudo corroboram com Taveira e Pierin (2007), que alegam uma relação inversa entre o *status* socioeconômico e os níveis pressóricos, indicando que baixos níveis de ocupação, renda e escolaridade podem acarretar em maiores níveis de pressão arterial.

Com relação ao diagnóstico, 16 entrevistados têm Hipertensão Arterial, dois Diabetes *Mellitus* e oito as duas patologias concomitantemente. Outras doenças também foram mencionadas como: a hipercolesterolemia, gota, depressão e artrose. O tempo de diagnóstico variou de oito meses a 31 anos. Sabe-se que ter uma doença, independente se crônica ou aguda, interfere na vida cotidiana do indivíduo, no qual ele terá que se comportar como “doente”, cumprindo as prescrições médicas e ingerindo as medicações necessárias (MENDES, 2006).

Neste estudo, notou-se que todos os usuários fazem uso de medicamentos contínuos sendo estes anti-hipertensivos, antidiabéticos orais e antidepressivos, os quais são obtidos na Unidade Básica de Saúde. Dentre os anti-hipertensivos, 17 usuários utilizam os diuréticos que diminuem o volume extracelular e a resistência vascular periférica, seguido de 15 que referiram utilizar os Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina.

Percebe-se que a maioria (17) dos usuários entrevistados realiza o tratamento anti-hipertensivo combinado, que consiste em mais de um medicamento para adequar a pressão arterial. Esta terapêutica é indicada para pessoas que necessitam de controle maior dos níveis pressóricos e que se encontram nos estágios 2 (moderado) e 3 (grave) de hipertensão (SBH, 2010).

A classificação dos níveis pressóricos para os usuários adultos (>18 anos) é respectivamente: ótima para os valores menores de 120/80 mmHg; normal para pressão arterial até 130/85 mmHg; limítrofe 130/85 até 139/89 mmHg; estágio 1 ou leve para valores de 140/90 até 159/99 mmHg; estágio 2 ou moderada de 169/100 até 179/109 mmHg; estágio 3 ou grave maior ou igual a 180/110 mmHg e sistólica isolada quando maior ou igual a 140 a PA sistólica e menor de 90 a PA diastólica (SBH, 2010).

O fato de encontrarmos muitos usuários em estágio 2 ou 3 de nível pressórico corrobora com o estudo realizado com hipertensos de um Centro Municipal de Saúde de Cruz Alta - RG, os quais são considerados altos e significativos, visto a maioria dos usuários ser hipertenso há muito tempo, o que

sugere aos autores que o tratamento realizado não gera benefícios (BASTOS e BORENSTEIN, 2004).

No tratamento com antidiabéticos orais, foram encontrados 12 usuários, fato que evidenciou o desconhecimento do diagnóstico de Diabetes *Mellitus* por dois indivíduos, vez que somente dez pessoas referiram ter a patologia em questão. Este fato é preocupante, pois o tratamento inclui além da terapia medicamentosa o controle alimentar, e ao não realizar a terapêutica adequada o risco para o aparecimento de outras doenças aumenta, assim como as complicações decorrentes (PONTIERI e BACHION, 2010).

Sabe-se que para atingir a meta de adequados níveis pressóricos e glicêmicos, os portadores de doença crônica devem aderir ao tratamento não-medicamentoso associado, quando prescrito, ao medicamentoso (SBH, 2010). Neste estudo, o tratamento não-farmacológico foi relatado por 15 participantes, que citaram o controle alimentar, a prática de exercícios físicos e a ingestão de chás medicinais.

Os chás medicinais referenciados pelos usuários foram: a folha de maracujá, taquarinha (conhecida também como cavalinha), frutas vermelhas, folha de chuchu, ameixa preta, losna, erva cidreira, folha de insulina, folha de abacate, quebra pedra, pata de vaca e rubim.

Algumas destas ervas medicinais têm efeito conhecido e podem auxiliar no tratamento da hipertensão arterial e Diabetes *Mellitus* como: as folhas de chuchu, insulina e abacate e o chá de pata de vaca. Porém, os demais têm a finalidade para problemas gástricos, intestinais, renais, insônia, estresse e ansiedade (PANIZZA, 2005).

Quanto a exercício físico, 12 usuários referiram realizar caminhada, fisioterapia, ginástica e andar de bicicleta. Em relação a atividades de lazer, 11 mencionaram possuir, estas foram: tomar chimarrão, conversar com os vizinhos/amigos, fazer crochê, cuidar dos netos, montar grampos de roupa, ir à igreja, assistir televisão e/ou filme, entre outras. Sabe-se que o sedentarismo é um fator de risco para doenças cardiovasculares e, nesta população, foi evidenciado em mais de 50% dos indivíduos (SBH, 2010).

Os hábitos alimentares mais mencionados pelos usuários foram no café da manhã: café com leite, pão, bolacha e margarina; almoço: arroz, feijão, salada, carne e macarrão; tarde: fruta, café e pão; jantar: arroz, feijão, carne, salada e pão. Enfatiza-se que a carne foi citada por 21 usuários, porém nove ressaltam que

somente às vezes possuem este item para se alimentar. O fato do nível socioeconômico da população estudada ser baixo contribui para a não-aderência de uma dieta saudável, e neste caso destaca-se a predominância no consumo de carboidratos.

Quando questionados sobre a trajetória da doença, os usuários comentaram como foi descoberto o diagnóstico e os portadores de Hipertensão Arterial citaram: sintomas como dor na nuca, tontura, desmaio, amortecimento de mão e língua, o período gestacional, a consulta médica de rotina, ou o tratamento de outra doença, e uma usuária relatou que descobriu em uma avaliação para começar atividades físicas na academia. Os entrevistados que têm o diagnóstico de Diabetes *Mellitus* referiram à descoberta da patologia por meio de sintomas (visão embaçada, sede, micção frequente e vontade de comer doces), pelo exame de sangue de rotina e dois usuários referiram não lembrar como obtiveram o diagnóstico.

Após o diagnóstico, 19 usuários referiram que ao descobrir a patologia houve mudanças em suas vidas, as mais mencionadas foram: alterações alimentares, uso diário da medicação, sequelas advindas das complicações e a necessidade de realizar exercício físico regularmente. Porém, alguns relataram não terem mudanças em suas vidas, mas contam terem modificado os hábitos alimentares após o diagnóstico. Como alteração alimentar, os usuários referem à dieta hipossódica e à hipogordurosa corroborando com estudo de Monteiro *et al.*, (2005), que identificaram os hábitos de vida e os níveis pressóricos de um Centro de Saúde Escola de São José do Rio Preto - SP.

Ao serem questionados sobre os assuntos, dúvidas, necessidades e/ou problemas sobre as patologias crônicas que gostariam de discutir nos encontros em grupo, os usuários direcionaram suas respostas aos temas trabalhados anteriormente no projeto de extensão, como: mudança dos hábitos de vida, aspectos fisiopatológicos das doenças e suas complicações, à adesão ao tratamento e à aceitação da cronicidade.

4.2 ENCONTROS EM GRUPO

Foram realizados cinco encontros em grupo. O primeiro consistiu na adequação dos temas a serem discutidos nos encontros subsequentes, que suscitaram as seguintes categorias temáticas: **“O diagnóstico como ponto de partida”**, **“Mudança de vida: cuidados adotados”** e **“Autonomia do cuidado pessoal”**.

A primeira categoria - **“O diagnóstico como ponto de partida”** – emergiu das falas dos usuários quando estes foram interrogados sobre como se cuidavam antes de descobrirem a hipertensão arterial e Diabetes *Mellitus*. Afirmaram ter uma vida normal, sem muitas preocupações com as questões relativas à saúde e aos hábitos saudáveis de vida, como nas falas de U3 e U4:

Antes a gente comia de tudo, bebia de tudo, comia salgado, comia gordura [...] caminhada a gente fazia porque trabalhava na roça, esforçava [...]. U3

Eu fazia comida normal, para mim estava o mesmo gosto, mas os outros que iam comer diziam que era muito salgada, com pimenta do reino, pimentão que ardia e foi aquele que agitou, muita comida frita, e ardida. U4

O ponto de partida para a mudança é reconhecida por alguns participantes como o momento do diagnóstico e sentem a necessidade de relatar como descobriram. A dificuldade em mencionar como se cuidavam anteriormente pode estar associada ao fato de que após o diagnóstico de uma patologia crônica é necessária a realização de cuidados pessoais e um envolvimento maior com o serviço de saúde, a fim de evitar e/ou postergar possíveis complicações.

Deste modo, a busca pelo serviço de saúde e consequente diagnóstico de hipertensão arterial e Diabetes *Mellitus*, para alguns usuários ocorreu pela percepção de sinais e sintomas conforme as falas abaixo:

Tinha muito desmaio uma ou três vezes por dia [...] minha pressão estava muito alta, e era por isso que tinha estes desmaios [...]. O desmaio sentia fraqueza, calorão no rosto, queimação, aquela suadeira, quando atacava sentia que tapava o ouvido, e a vista a queimar e coçar [...] é isso que é a pressão [...] está muito agitada, é isso, daí quando ficava muito nervosa [...] eles diziam que tinha dois, três desmaios que era a pressão. U4

Começou a formigar minhas mãos, a nuca, uma dor de cabeça que não parava mais e o meu coração ficava bem ligeiro e daí eu fui lá no posto [...] fiz exame de sangue e falaram que minha pressão estava alta demais, depois comecei a tomar (remédio) parou assim de formigar minhas mãos, formigava meus pés daí eu via que era a pressão”. U11

Dor na nuca, o tempo todo eu tinha dor na nuca. U12

Eu tinha muita secura na boca, me secava a boca, ia ao banheiro toda hora, toda hora, tomava muita água, daí eu fui fazer exame [...] deu 219 a diabete [...] eu abusava comia doce, não fazia regime, ai deu aquela crise alta em mim. U8

Eu fiquei assim um mês só dentro de casa, queria só dormir, não queria comer, estava com o corpo pesado e fui ficando ruim, ficando ruim, ai fui [...] no pronto socorro [...] fizeram o exame de sangue e de urina e daí que descobriram, eu tava com 600 de diabetes, não morri mesmo porque não chegou a hora [...] eu não me cuidei porque eu não sabia [...]. U11

A sintomatologia e/ou sinais sugestivos referenciados pelos usuários acima são os principais responsáveis pela procura dos serviços de saúde, porém a manifestação clínica da hipertensão arterial pode sugerir um agravamento da doença pela falta de acompanhamento preventivo regular (SANCHEZ, PIERIN e MION JR, 2004).

Vale ressaltar que a hipertensão favorece o aparecimento de complicações, pois é uma doença assintomática e insidiosa, caracterizada como “assassina silenciosa”, porque seus portadores consideram-se doentes apenas na ocorrência de complicações e/ou na impossibilidade de exercer suas atividades diárias (MANTOVANI, MOTTIN e RODRIGUES, 2007; MANTOVANI *et al.*, 2008b).

A suspeita do diagnóstico de Diabetes *Mellitus*, diferentemente da hipertensão arterial que é assintomática, pode ocorrer pelos sinais e sintomas mencionados pelos usuários U8 e U11 como poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso, fadiga, fraqueza e letargia (BRASIL, 2006). Entretanto, existe uma proporção significativa de diabéticos assintomáticos que, segundo Toscano (2004), estão na estimativa de 50% do total de pessoas acometidas por esta patologia que desconhecem seu diagnóstico, corroborando com o fato de que duas pessoas entrevistadas, neste estudo, realizam o tratamento medicamentoso, porém a desconhecem.

Outras pesquisas realizadas com hipertensos e diabéticos confirmam as falas dos usuários deste estudo, ao referenciar os seguintes sinais e sintomas como responsáveis pela descoberta das patologias crônicas: dor de cabeça, dor na nuca, e de estômago, tontura, perda de peso, boca seca, sede, poliúria e perda de visão (PÉRES, MAGNA e VIANA, 2003; MERCADO-MARTÍNEZ e HERNANDEZ-IBARRA, 2007; MANTOVANI *et al.*, 2008b; PINOTTI, MANTOVANI e GIACOMOZZI, 2008). Estas manifestações orgânicas referidas pelos doentes crônicos identificam sua enfermidade pela elevação dos níveis tensionais e/ou glicêmicos, e os usuários associam estes desconfortos à doença (PINOTTI, MANTOVANI e GIACOMOZZI, 2008).

Todavia, em relação à hipertensão arterial sabe-se que a ausência de sintomas dificulta a aderência ao tratamento, pois as pessoas só se consideram doentes quando possuem alguma manifestação fisiológica, entretanto independentemente de como é realizado o primeiro diagnóstico este se constitui em determinante para a procura e utilização de serviços de saúde (SANTOS *et al.*, 2005; MANTOVANI *et al.*, 2008b; ALMEIDA *et al.*, 2002).

Assim, ressalta-se a importância do diagnóstico precoce destas patologias com intuito de evitar ou postergar as complicações como doenças cardíacas, vasculares periféricas, cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, retinopatia, nefropatia e neuropatia (PONTIERI e BACHION, 2010). Uma forma de diagnosticar precocemente é pela verificação da pressão arterial e da realização do teste de glicemia frequente, sendo estes elementos chave e que devem ser realizados rotineiramente em todas as avaliações de saúde, pelos diferentes profissionais da área, como nos mostra as falas de U5 e U8 abaixo:

Há 5 anos atrás fui entrar na academia e quando mediram a pressão me falaram que estava alta, daí fui no postinho [...]. U5

Eu estava com 26 anos [...] fui no postinho e a minha pressão estava alta [...]. U8

A descoberta por acaso também foi mencionada por Pinotti, Mantovani e Giacomozzi (2008). Os sujeitos procuraram o serviço de saúde por outras patologias e/ou pela triagem realizada por outros profissionais de saúde. A hipertensão por ser uma patologia de etiologia multifatorial deve ser constantemente monitorada, pois

além da “predisposição genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para uma agregação de fatores de risco cardiovascular em famílias com estilo de vida pouco saudável” (SBH, 2010, p.9).

O primeiro diagnóstico durante o período gestacional também foi referenciado por alguns usuários como U7 e U10, visto que os distúrbios hipertensivos durante o período gravídico são comuns e evidenciados em outros estudos (SANCHEZ, PIERIN e MION JR, 2004; SANTOS e PIERIN, 2008).

Quando eu não tinha a pressão alta nada, era boa, o mal foi quando eu ganhei meu menino caçula que a pressão subiu [...] daí tomo remédio pra pressão e até agora estou tomando [...]. U7

O problema foi o guri mais novo (durante sua última gestação) que começou a pressão alta, começaram a tomar os remédios [...]. U10

A hipertensão na gravidez é um fator preocupante em suas duas formas: a pré-existente (crônica) presente antes da gestação ou diagnosticada até a 20ª semana, e a induzida pela gravidez (pré-eclâmpsia/eclâmpsia) que ocorre na maioria das vezes após a 20ª semana com proteinúria (SBH, 2010).

Estas complicações hipertensivas são corriqueiras no pré-natal, sendo a principal causa de morbidade e mortalidade materna e fetal, acometendo cerca de 10% das gestações (BRASIL, 2005). O desenvolvimento da hipertensão, após a 20ª semana de gestação sem proteinúria, pode ser um diagnóstico temporário e recorrente na fase gestacional. Essa elevação dos níveis tensionais ocorre em grande proporção de 20% a 50%, e as mulheres que tiveram pré-eclâmpsia possuem alta tendência para desenvolver hipertensão arterial do que as que se mantiveram normotensas (BRASIL, 2005).

A gestação também é um período oportuno para o rastreamento da diabetes, que pode se apresentar com intensidade variada, e que geralmente desaparece no pós-parto. Para o diagnóstico da diabetes gestacional, preconiza-se o uso das glicemias de jejum de 2h, sendo o ponto de corte de 126 mg/dL e 140 mg/dL, respectivamente, seguindo o mesmo protocolo para o diagnóstico fora da gestação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Nota-se que os usuários associam o início da doença a situações de estresse da vida sejam os sinais e sintomas, a gravidez, a ida ao médico por acaso e/ou o enfrentamento de um acidente traumático, como na fala de U9:

[...] eu comecei assim (refere-se à hipertensão arterial) por causa do assunto de acidente, eu perdi uma menina com 11 anos na BR. U9

Sabe-se que ao experienciar um evento traumático, como ocorreu com U9 ao perder sua filha de 11 anos na estrada, eleva-se o risco de desenvolver um transtorno de estresse, depressão maior, transtorno do pânico e de ansiedade e abuso de substâncias, assim como apresentar sintomas somáticos e/ou doenças físicas como a hipertensão, asma e dor crônica (BERLIM, PERIZZOLO e FLECK, 2003). Após o diagnóstico das patologias crônicas, os usuários procuraram aderir ao tratamento, que conseqüentemente ocasionou ruptura nos seus modos de vida.

Os relatos referentes aos cuidados que incorporaram em suas vidas foram agrupados e compuseram a categoria – “**Mudança de vida: cuidados adotados**”. A preocupação em aderir hábitos alimentares saudáveis foi o cuidado mais mencionado, que pode ser elucidado pelas falas de U9 e U10:

Eu comia muita gordura de porco, para mim a comida tinha que mostrar a gordura para colocar a farinha assim em cima, para ficar fabuloso, [...] se a carne era magra para mim não era carne, tinha que ser gorda [...] mas agora tem que comer só carne sequinha, sempre que eu vou ao mercado tem que comprar a carne assim com menos, sem gordura ou sem “tacho”. U9

Eu comia um monte de carne gordurosa, um monte de coisa [...] (hoje) faço caminhada e como coisa sem sal, mais salada. U10

Aderir a um estilo de vida saudável é fundamental no tratamento das patologias em questão, e os principais fatores ambientais modificáveis a serem combatidos são os hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, a obesidade, o tabagismo e o consumo exagerado de álcool (SBH, 2010; BRASIL, 2006). A ingestão de certos alimentos pode induzir à resposta indesejável no controle da pressão arterial, sendo alimentos de risco os ricos em sódio e gorduras saturadas (SBH, 2010).

A terapia nutricional do diabetes visa reduzir a hemoglobina glicada entre 1-2% e segue os mesmos princípios básicos de uma alimentação saudável, na qual a quantidade energética deve ser adequada à atividade física e fracionada em cinco a seis refeições/lanches por dia. O consumo de nutrientes como frutas, verduras, legumes, feijões, cereais integrais, leite desnatado e derivados que são ricos em fibra, potássio, cálcio e magnésio, devem ser incentivados, assim como os alimentos dietéticos e o uso moderado de adoçantes, porém deve-se atentar ao conteúdo calórico e nutricional de todos os alimentos, e evitar o excesso de sódio, sacarose, carboidratos e gorduras saturadas (BRASIL, 2006).

Desta maneira, uma dieta adequada faz-se necessária para o controle da hipertensão e diabetes, contudo, algumas vezes os usuários encontram limitações em realizar o controle alimentar, mesmo tendo conhecimento da sua importância. Na fala de U5 é possível perceber que a condição de trabalho era obstáculo para realizar alimentação saudável e que pela hipertensão estar ocasionando um risco à gravidez foi obrigada a encontrar uma solução.

Eu tive na gravidez inteirinha porque eu já tinha o problema da pressão alta, na época eu trabalhava em casa de família, então rolava de tudo que podia se imaginar, você tinha que comer de tudo aquilo e era desse tamanho (entrevistada fez gesto de obesidade). E regime que era bom ninguém fazia, porque só os patrões já eram 200, 300 quilos cada um [...] eu tinha que fazer comida separada para mim, para conseguir ter minha bebê. U5

A situação financeira também foi considerada uma limitação, conforme relata U5 e U7, pois alimentos como frutas, verduras, legumes e cereais integrais têm custo elevado o que dificulta sua aquisição pela população de baixa renda.

Coisa que não entra bastante lá em casa é fruta [...] mas quando tem a gente come. U5

Tem vez que a gente compra, tem vez que não compra, quando está muito caro. U7

Além da alimentação saudável, os usuários reconhecem a importância de reduzir o peso corporal, visto este relacionar-se à queda da insulinemia, à redução da sensibilidade ao sódio e à diminuição da atividade do sistema nervoso simpático

(SBH, 2006). A redução da massa corpórea foi uma preocupação evidente nos discursos dos participantes, conforme U3, U5 e U8:

Não emagrece mesmo, mais do que eu faço minhas caminhadas, ginástica, e quem diz que eu emagreço? U3

Depois minha vida melhorou bem, a minha pressão, depois que eu vim para a minha casa e eu tive meu bebê, graças a Deus melhorou pra caramba [...] mudou bastante o ritmo da comida, porque na casa de família, tem que fazer aquilo que o patrão quer e não tem essa, na minha casa não, eu usava banha e passei a usar o óleo [...] e emagreci bastante também, que estava bem, com 80 kilos quando sai. U5

Eu era gorda, eu pesava 81 kg [...] eu fui para 65 kg e desde que eu fiz regime, eu nunca engordei e nem emagreci [...] eu não como massa, pão, bolo, essas coisas, é difícil. U8

A redução do peso corporal é recomendada para todas as pessoas que estão com sobrepeso e obesidade e para pessoas que têm, ainda, diagnóstico de hipertensão arterial e/ou Diabetes *Mellitus*. Para alcançar esta perda, orienta-se a modificação do estilo de vida, que inclui a ingestão calórica reduzida juntamente com o aumento da atividade física, pois muitas vezes esse peso corporal aumentado ocorre pelo desequilíbrio energético e no qual as pequenas perdas trazem benefícios metabólicos significativos (BRASIL, 2006).

A atividade física é indicada para portadores de hipertensão e diabetes não somente com o intuito de diminuir a massa corporal, mas de melhorar o controle metabólico e realizar seu efeito hipotensor. Portanto, reduz a necessidade de hipoglicemiantes e hipotensores, diminuindo os riscos cardiovasculares e aumentando a qualidade de vida (SBH, 2006; BRASIL, 2006). A preocupação em realizar o exercício físico foi mencionada pelos usuários como nas falas de U3 e U6:

Hoje eu mesmo já não como gordura, eu não como muito sal, eu faço caminhada, eu faço ginástica uma vez por semana, mudou tudo, completamente [...] graças a Deus minha pressão melhorou muito. Nós sai as oito horas e daí faz a caminhada e vamos para o centro fazer a ginástica, [...] uns 40 minutos de caminhada e depois temos mais uns 40, 50 minutos de ginástica. U3

Eu saio vou fazer caminhada com ele, mas nem todo dia eu faço porque ele é preguiçoso (refere-se ao marido). U6

A atividade física regular propicia várias respostas fisiológicas que resultam de adaptações autonômicas e hemodinâmicas, que influenciam diretamente o sistema cardiovascular. Reduções expressivas na pressão arterial podem ser alcançadas com um pequeno aumento na realização de exercícios físicos, sendo possível ser atingido mesmo por indivíduos sedentários (MONTEIRO e SOBRAL FILHO, 2004). Segundo a VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (SBH, 2010), todos os adultos deveriam desempenhar pelo menos 30 min de exercício físico moderado, de três a cinco vezes por semana.

O sedentarismo juntamente com a quantidade de energia consumida favorece o sobrepeso, pelo excesso de gordura saturada, colesterol, açúcar e sal, que conseqüentemente contribui para a equação de risco das doenças crônicas (SANTOS e LIMA, 2008).

No Vale do Itajaí - SC, estudo realizado com 33 indivíduos diabéticos evidenciou que o programa de exercício físico em curto prazo induziu melhora significativa na glicemia de jejum, hemoglobina glicosada, lipídios plasmáticos, frequência cardíaca de repouso e índice de massa corporal (SILVA e LIMA, 2002). Estes estudos, assim como a fala de U3, reafirmam a literatura na eficácia da realização de exercício físico no tratamento da hipertensão arterial, diabetes e obesidade.

Assim, percebe-se que a prática regular de atividade física diminui os níveis pressóricos, incluindo os pacientes em tratamento medicamentoso e melhora o controle metabólico reduzindo a necessidade de hipoglicemiantes. Além disso, o exercício físico reduz o risco de doença cardiovascular, promove o emagrecimento e contribui para qualidade de vida (SBH, 2010; BRASIL, 2006).

A prática regular de exercícios físicos pode auxiliar na terapêutica da doença crônica, devendo ser aderido ao tratamento não-medicamentoso destas. Todavia, é importante uma avaliação clínica especializada antes de iniciarem as atividades. Ressalva-se que indivíduos hipertensos em estágio 3 só devem iniciar o exercício após controle da pressão arterial (SBH, 2010; BRASIL, 2006).

O uso da medicação e o controle do estresse e nervosismo também foram referenciados pelos participantes como um cuidado pessoal decorrente da necessidade sentida e/ou imposta pelas doenças, conforme as falas abaixo:

Hoje pelos remédios são tudo normal, tudo bom, graças a Deus, porque ganha de vocês e eu tomo direitinho, agora está normal [...]. Então não pode ficar nervosa para não atacar a pressão, [...] o nervoso nada controla, é tirar aquele ruim de perto para não ficar nervosa. U4

A minha como eu disse sempre está alta, sempre passo nervoso tomo o remédio. U5

Eu tomava mais era remedinho de casa [...] eu tomava só chá, daí depois que eu mudei para cá (Paraná), aí que minha pressão pegou a subir, chegou ao ponto de inchar a boca, entortar tudo a boca sabe [...] daí eu fui até lá o hospital, primeira vez que eu comecei a tomar remédio [...] peguei a tomar remédio direto controlado [...] o meu remédio dá certinho no mês, mesmo sem sintoma eu tomo direitinho. [...] a diabete eu cuido direitinho sabe, eu não faço exame direto não, porque eu não gosto, igual eu tomo insulina aí toma injeção todo dia, e aí vai todo dia furar o dedo lá? [...] Tem uma hortinha lá em casa [...] eu gosto de mexer, pois eu sou muito nervosa e tem dia que eu estou atacada, estressada, daí eu passo a mão na enxada. U8

Não, só tomo o remedinho [...] é o nervoso que ataca minha pressão. U12

O tratamento farmacológico e o controle emocional contribuem para a diminuição dos níveis pressóricos e glicêmicos e ao realizar o tratamento medicamentoso e tentar controlar o estresse, alguns usuários conseguiram manter os níveis pressóricos e glicêmicos controlados, porém o controle emocional não é algo fácil de controlar sendo este, na maioria, o culpado pela elevação da pressão arterial, fato constatado no relato de U4, U5 e U8.

A aderência de todos os participantes deste estudo ao tratamento medicamentoso corrobora com Mantovani *et al.*, (2008a) ao descrever o conhecimento dos usuários de uma unidade de saúde do município de Curitiba-PR sobre a hipertensão arterial, porém, Bastos e Borenstein (2004) relatam que os usuários têm algumas dificuldades relacionadas ao uso da terapia medicamentosa, sendo os principais agravantes a grande quantidade de comprimidos diários, o horário, a duração e as mudanças no tratamento.

Deste modo, o envolvimento e engajamento por parte dos profissionais de saúde, familiares e portadores de doença crônica são essenciais para facilitar a aderência ao tratamento. Uma vez que, para se atingir e manter os níveis pressóricos adequados, além da participação ativa deste hipertenso é preciso

estímulo constante por parte dos profissionais para as mudanças no estilo de vida e ajustes à terapêutica (CASTRO e CAR, 2000; PIERIN *et al.*, 2008).

O controle emocional também é indispensável na prevenção de uma patologia crônica, visto existir relações de caráter prático entre o estresse emocional e/ou crônico na elevação da pressão arterial (SBH, 2006). Em outras pesquisas, os sujeitos relacionaram o nervoso e o estresse como motivos desencadeadores da doença, vez que convivem com esses fatores diariamente no trabalho, no lar e nas interações interpessoais, fato evidenciado neste estudo pelas falas de U4, U5 e U12. (MANTOVANI *et al.*, 2008b; MERCADO-MARTÍNEZ e HERNANDEZ-IBARRA, 2007; PÉRES, MAGNA e VIANA, 2003).

A sobrecarga deste fator de risco pode determinar prejuízos à saúde do sujeito, assim os usuários buscam maneiras, como nas falas de U4 e U8, de controlar estes sentimentos apesar da dificuldade, visto o estresse ter natureza física, psicológica ou social. Sabe-se que o emocional da pessoa pode elevar agudamente a pressão arterial e situações conflitantes prolongadas mantêm os níveis pressóricos acima do usual, sendo esta situação reconhecida pelos usuários deste estudo (CASTRO e ESCATENA, 2004; PIERIN, 2004).

Estas mudanças ocorridas no cuidado pessoal foram percebidas pelos usuários como resultados das atividades educativas desenvolvidas nestes quatro anos de projeto de extensão, fato que pode ser elucidado pelos relatos a seguir:

*[...] muita coisa que às vezes a gente não sabia, a gente aprendeu.
[...] (antes) chegava lá e o médico mandava a gente comer cebola e alho para sarar. U3*

Mas os problemas da pressão é todo mês eu consultar e estar na reunião, a pressão está boa. U4

A gente mudou bastante através de vocês aqui, vocês ajudando, ensinando, alertando o que podia e o que não podia foi o que a gente melhorou. [...] (antes) a gente só vinha na consulta e pegava o remédio e ia cada um para sua casa, não tinha nada disso. U6

É gostosa a reunião a gente aprende, conversa bastante [...]. U8

Percebe-se pelas falas de U3, U6 e U8 que as atividades educativas desenvolvidas baseadas na reflexão, no diálogo e na troca de experiências permitiram o aprendizado mútuo entre usuário e profissional por meio de um

processo emancipatório. Assim, esta prática de socialização permite que o usuário “busque, exponha, questione, viva, experimente, crie, contribua, resgate, conquiste seu lugar na sociedade” (VILA e VILA, 2007, p.3).

Deste modo, é visível a importância de uma prática educacional de transformação social, e o enfermeiro como educador estabelece um elo entre o indivíduo, sociedade, saúde e ambiente (VILA e VILA, 2007). Entretanto, esta não é uma tarefa fácil, visto que o modelo de formação dos profissionais é hospitalocêntrico, biologicista e fragmentado, o que forma o modelo flexneriano, que utiliza a metodologia de ensino verticalizada e não-problematizadora, que segundo Freire é denominada “educação bancária” (BESEN *et al.*, 2007; FREIRE, 1996).

Contudo, os participantes deste estudo durante quatro anos foram co-participes de um programa de extensão no qual eram incentivados, durante a realização de atividades educativas, a pensar e enfrentar seus problemas, visto que, hoje se enfatiza a utilização de práticas promotoras de saúde que considerem a autonomia dos sujeitos, assim como seu contexto político e cultural. Pois se considera que educadores e educandos possuem saberes complementares e que pelo diálogo mútuo visam melhores condições de vida (BESEN *et al.*, 2007; WENDHAUSEN e SAUPE, 2003).

Para superar o modelo tradicional de educação, os profissionais de saúde devem juntamente com a população discutir seus problemas e desvendar soluções concretas para as suas necessidades, similar ao que foi feito neste trabalho, porque a educação em saúde “desenvolve suas potencialidades, exercita suas habilidades e recria suas competências na intenção de alcançar a autonomia e tomar decisões de acordo com seus objetivos” (LEITE, PRADO e PERES, 2010, p.81).

Deste modo, as ações educativas em saúde permitem uma compreensão da sociedade, ampliando a visão de mundo, transformando, desenvolvendo ideias, criando meios e subsídios para o crescimento e desenvolvimento dela, com vistas à melhoria da qualidade de vida, aspectos observados durante a realização deste estudo (Vila e Vila, 2007), pois o processo de pesquisa-ação torna-se mais efetivo quando possibilita o envolvimento dos participantes, ao capacitar as pessoas a certas tarefas; oferecer apoio para os envolvidos aprenderem a agir com autonomia; e ao fortalecer planos e atividades que as pessoas são capazes de realizarem sozinhas (THIOLLENT, 2006).

Para a realização das atividades educativas que visem à interação com a comunidade, tanto os projetos de pesquisa como os de extensão podem proporcionar a construção do conhecimento, ao analisar problemas reais e/ou buscar soluções, tendo em vista transformações úteis à população.

A terapêutica de uma doença crônica exige cuidados constantes, porém depois de muitos anos espera-se que seu portador tenha autonomia no seu cuidado, sendo esta conceituada por Mars *et al.* (2008) como moldes ativos de vida, na qual a construção deste é com os seus próprios valores. Para Menéndez (2003), a autonomia no tratamento ou autoatenção é a prática ou representação que os sujeitos e comunidades utilizam-se para solucionar seus problemas, e estes podem ou não ser influenciados pelas orientações dos profissionais de saúde.

Deste modo, a categoria “**Autonomia do cuidado pessoal**” englobou os relatos que explicitam certa independência por parte dos usuários no quesito de seu tratamento.

Para pressão também ser normal diz que o chá de rosa branca, toda tarde eu tomo o chimarrão com minha comadre [...] ela põe o chá de rosa branca diz que é muito bom pra pressão [...] a folha de chuchu também. U4

Eu estou tomando o remédio (tratamento da hipertensão e diabetes), estou tomando outro remédio (semente do colorau) que já várias outras pessoas falaram pra mim que tomou e hoje não tem mais, foi curada da diabete, pressão alta e colesterol, com aquela semente do colorau, eu estou tomando ela. [...] mas também não estou no doce, cortei o pão, a massa, não como doce, estou com o adoçante, daí caiu. U11

Lá em casa eu não faço comida muito salgada não [...] e quem vai comer e fala ah isso aqui não tem sal, eu falo quem quiser por sal que ponha no prato. Coisa doce é difícil eu comer, como de vez em quando, não fico sem comer não, porque a gente não agüenta, e eu tomo insulina também todo dia [...] eu gosto muito de macarrão [...] mas eu como de vez em quando, mas daí eu quando vou comer o macarrão só como ele também, é só um pouquinho [...] eu só tomo café com adoçante. U8

Eu não como nada integral porque eu não gosto, [...] mas depois que eu comecei a fazer caminhada, ginástica e trabalhar lá [...] a minha pressão não subiu mais. U3

Percebe-se nas falas destes usuários a independência na realização do tratamento das patologias crônicas, uma vez que são capazes de determinar e executar seus próprios cuidados. Pois, além de acatarem o tratamento prescrito pelo profissional de saúde, eles adéquam estas orientações para o seu contexto social e complementam com seus conhecimentos populares. Para Ramos (2003), a resultante de uma boa terapêutica, independente da patologia, é a pessoa manter sua autonomia, ser feliz, integrada socialmente e saudável realizando as atividades que lhe são agradáveis como a fala de U8.

Os aspectos culturais compõem o contexto social, e a concepção de saúde é formada pela vivência e experiência pessoal nesta conjuntura em íntima relação com suas crenças, ideias, valores, pensamentos e sentimentos. Assim, acredita-se que o modo como o indivíduo irá enfrentar e tratar a doença é influenciado diretamente pelas suas crenças (PÉRES, MAGNA e VIANA, 2003).

Nos relatos de U4 e U11, fica evidente a influência de seus valores na realização do tratamento, pois mesmo conhecendo o caráter crônico da hipertensão arterial e Diabetes *Mellitus* e desempenhando a terapêutica prescrita pelo profissional de saúde, que têm autonomia para aderir aos conhecimentos populares na busca da melhor qualidade de vida (MANTOVANI e MENDES, 2010b). Este fato pode estar associado com a vontade de superar o sentimento de desânimo, tristeza e depressão que geralmente vem à tona ao se deparar com uma patologia incurável (BRITO *et al.*, 2008).

O uso do chá caseiro, citado pelo usuário U4 é uma prática não-convencional de saúde, que muitas vezes não é aceita no meio científico e na área de Saúde, porém é aceita pela população, visto muitos acreditarem na sua eficácia e utilizarem como saída para seus problemas de saúde (SIQUEIRA *et al.*, 2006).

Esta busca por alternativas na tentativa de suprimir suas doenças físicas ou psíquicas tem origem desde o início da existência humana na Terra e estão sustentadas no conhecimento adquirido ao longo da vida, normalmente repassadas entre as gerações, atreladas a tradições e costumes sócio-culturais. Geralmente, são experiências empíricas, fundamentadas em seus resultados adquiridos pelo uso desses recursos, que são transmitidas de forma difusa, no contexto familiar e social num movimento cíclico (SIQUEIRA *et al.*, 2006).

Em uma investigação, os autores Siqueira *et al.*, (2006) encontraram como recursos populares que visam à saúde o chá caseiro, as benzeduras, banhos,

alimentos e emplastos. Percebe-se que a utilização dos chás é amplamente aceito e ganha credibilidade por parte da população, como uma busca por respostas às suas necessidades em determinado momento. Fato este explicado pelas “crenças permitirem ao homem livrar-se das incertezas que o cercam e, ao mesmo tempo, ajustar-se dentro de um processo evolutivo com a realidade cercada de mistérios e incógnitas” (SIQUEIRA *et al.*, 2006, p. 72).

Por estas práticas não-convencionais de saúde serem tão difundidas é necessário que os profissionais de saúde aliem seus conhecimentos científicos com o saber popular, respeitando crenças e valores, visando colaborar no processo saúde-doença da população envolvida (SIQUEIRA *et al.*, 2006).

Em um estudo realizado com familiares de idosos portadores de doenças crônicas de Maringá, Paraná, Carreira e Rodrigues (2006) identificaram a associação do conhecimento popular ao saber científico como estratégia de cuidado, no qual além do uso dos medicamentos alopáticos, utilizam os fitoterápicos, citando principalmente a utilização de chás simultaneamente ao tratamento prescrito pelos profissionais de saúde. Estes foram citados pelos familiares como eficazes no tratamento da doença crônica, porém nem sempre têm indicação específica.

O uso do chá de rosa branca e da semente do colorau/urucum no tratamento da hipertensão arterial e Diabetes *Mellitus*, referenciado por U4 e U11, não consta na lista de registro simplificado de fitoterápicos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), mas o primeiro é conhecido como laxante e o segundo para o tratamento de anemia, pressão alta e triglicerídeos (PIMENTA *et al.*, 2009).

Conhecer as propriedades das ervas medicinais e fitoterápicos é necessário para evitar erros pelo princípio ativo, porém muitas pessoas utilizam de forma aleatória por subestimá-las, por entender que tudo que é natural não é tóxico nem faz mal à saúde. Todavia, estudos com plantas medicinais mostram que existem substâncias alimentícias, tóxicas e medicamentosas e que sua distinção é feita em relação à dose, à via de administração e à finalidade com que são empregadas (FRANÇA *et al.*, 2008).

O fato de os usuários utilizarem as ervas medicinais com propriedades conhecidas, para outro fim, como no caso de U4, demonstra que na maioria dos casos os indivíduos realizam esta prática não-convencional de saúde sem o acompanhamento adequado, o que evidencia a necessidade de aumentar o

conhecimento e a aceitação destas ações pelos profissionais de saúde (KÜLKAMP *et al.*, 2007).

A adaptação social também é necessária para a aderência ao tratamento, porém muitas vezes o doente crônico limita seu convívio social em decorrência da necessidade de mudar o estilo de vida, pois assim evitam a ingestão de alimentos inadequados, entretanto comprometem sua qualidade de vida (BRITO *et al.*, 2008). Na fala de U8 percebe-se que não existe privação total em relação aos hábitos alimentares, porém ela manifesta um relato de autonomia em relação ao tratamento, pois ao mesmo tempo em que satisfaz suas vontades ela busca estratégias para evitar a elevação da glicemia. Ao se deparar com essa independência, o indivíduo não necessita de um isolamento social para manter a terapêutica da doença crônica.

Sabe-se que, para desenvolver essa autonomia em relação ao tratamento, o portador de doença crônica necessita conhecer sua patologia e seus vários aspectos intervenientes e predisponentes, de modo que aprenda a superar e enfrentá-la (MACHADO e CAR, 2007). Esse conhecimento é possível por meio de atividades educativas que proporcionem a troca de saberes entre os profissionais e os usuários, e que resulta em uma consciência crítica que implica na promoção da autonomia pessoal (SOUZA, WEGNER e GORINI, 2007).

Deste modo, para se manter como elemento principal do seu tratamento, os doentes crônicos utilizam a capacidade de fazer escolhas e reproduzem os discursos prescritivos da equipe de saúde retornando as informações que lhes foi transmitida, não apenas pelos profissionais, mas também nas relações interpessoais (MANTOVANI e MENDES, 2010b; MACHADO e CAR, 2007).

Ao reportar suas falas às condutas prescritivas dos profissionais, o conhecimento acerca das atitudes e modificações no cotidiano evidencia-se, porém na realidade prática do dia-a-dia existe um conflito, no qual apesar de reconhecer corretamente como deve seguir o tratamento alguns usuários vivenciam situações contraditórias (MACHADO e CAR, 2007), como no relato de U5:

[...] nossa a gente com tanta orientação não tenta mudar [...]. U5

No entanto, os usuários reconhecem que no tratamento das patologias crônicas é necessária uma participação pessoal efetiva, visto a hipertensão e

diabetes originarem modificações significativas nos hábitos de vida diários (MANTOVANI *et al.*, 2008a).

Deste modo, cabe aos usuários decidirem sobre o tratamento e a autoprescrição de forma autônoma (MENÉNDEZ, 2003). Vez que, os processos sociais, econômicos e culturais possibilitaram o desenvolvimento de diversas formas de atenção à saúde para suprir o modelo curativista e possibilitar autonomia que, segundo Menéndez (2003), foram influenciadas pelas condições religiosas, étnicas, econômicas, políticas e científicas.

Para os usuários deste estudo, além do conhecimento, é preciso ter boa vontade e força de vontade para ser autônomo na terapêutica das doenças crônicas, como nos mostram as falas abaixo:

Isso vai da boa vontade, porque se tiver boa vontade você faz caminhada, você faz ginástica, você faz tudo [...]. U3

*Tem que ter força de vontade, pois se não tiver você não faz nada.
U6*

Na percepção dos participantes, a força de vontade e a determinação para alcançarem o sucesso do tratamento constituem-se em estratégias a serem utilizadas no enfrentamento da vivência de uma patologia crônica. Desta maneira, tornam-se possível as pessoas conquistarem autonomia sobre as decisões dos aspectos que afetam sua vida, escolhendo “o que é bom para si, de acordo com suas próprias crenças, valores, expectativas e necessidade”. Pois uma pessoa autônoma manifesta sua vontade, de forma racional compreendendo as consequências de suas escolhas (BESEN *et al.*, 2007, p.59).

Portanto, esta postura autônoma vivenciada pelos sujeitos desta pesquisa vai ao encontro da proposta de Promoção da Saúde da OMS, ao delinear a necessidade de diminuir as desigualdades sociais por meio de comunidades ativas e *empowered*⁵. Entretanto, para atingir o *empowerment* de um grupo social, a educação em saúde não pode se restringir apenas na prevenção de doenças, mas estimular os indivíduos a tomarem decisões sobre sua própria vida, sendo a saúde um recurso para se viver da melhor maneira possível (OLIVEIRA, 2005).

⁵ Ser/estar *empowered* significa ter autonomia para fazer escolhas informadas, objetivo primordial da promoção da saúde (OLIVEIRA, 2005, p.428).

No contexto educacional, a busca pela emancipação refere-se a pessoas que sofrem as consequências de algum tipo de desigualdade social, e esta independência se concretiza quando os sujeitos superam os obstáculos inerentes às suas condições sociais e alcançam níveis elevados de conhecimento (THIOLLENT, 2006).

Deste modo, os indivíduos *empowered* são responsáveis pela sua própria saúde, tanto no sentido pessoal como na articulação do ambiente, pois ser/estar *empowered* significa ter autonomia para fazer escolhas, sendo este o principal objetivo da promoção da saúde. Logo, existe a necessidade de incorporar o *empowerment* de indivíduos e comunidades nas atividades educativas (OLIVEIRA, 2005).

No processo de adesão, os portadores de doenças crônicas têm autonomia e capacidade para aceitar ou não as indicações realizadas pelos profissionais de saúde (PONTIERI e BACHION, 2010). Para tanto, analisar a aderência ao tratamento não se constitui somente no cumprimento das recomendações fornecidas pelos profissionais de saúde, isto porque muitos fatores como as respostas corporais, diminuição dos níveis glicêmicos e pressóricos, sexo, idade, raça, estado civil, ocupação, renda, educação, custo-benefício do tratamento, interação entre profissional e usuário, efeitos e interações medicamentosas, concepções e conhecimento da patologia, participação familiar, vínculo com a unidade de saúde, entre outros, interferem neste processo e muitas vezes são difíceis e distantes da realidade dos usuários (PONTIERI e BACHION, 2010).

Assim, as atividades educativas que visam às ações de promoção da saúde devem ser processos de capacitação da comunidade com a finalidade de fortalecimento (*empowerment*) pessoal, econômico, político, social e cultural dos indivíduos e grupos, para a melhoria da qualidade de vida e saúde, sendo eles participantes ativos no controle desse processo (BESEN *et al.*, 2007).

As repercussões das atividades desenvolvidas neste estudo foram além do cuidado pessoal, por os usuários reconhecerem todas as dimensões que influenciam o processo saúde-doença, como evidenciam os relatos abaixo de U3, U6, U7 e U11:

[...] a gente está com um médico só e esses dias ele estava doente e nem estava vindo, [...] ali precisa de dois médicos é muita gente, a gente chega às cinco horas e não consegue pegar ficha mais. U3

A ginecologista que atendia aqui também diz que não vem mais, só vai atender lá no Mauá, daí o que? O povo daqui fica sem. Só que para nós é mais difícil é atravessar aquela Br e ir lá marcar uma consulta, aqui já é perigoso imagine a gente ir lá atravessar [...] porque tem muitos maconheiros por ai solto. [...] podemos deitar e esperar porque do posto não podemos esperar nada, a gente chega lá para consultar tem que abaixar a cabeça e ficar quietinho escuta cada coisa lá que a gente que precisa tem que se humilhar. U6

[...] a nossa rede de esgoto, para você ver faz tanto tempo que eles instalaram a rede de esgoto nossa, faz dois anos e você vê até agora nós não temos, o asfalto também [...]. U7

Não tem um presidente (comunitário) para ver a situação, dia de chuva vai até coisa de fora para dentro da casa da gente. Esse lugar aqui está feio ninguém cuida da gente, aqui nós estamos abandonados. Prefeito, vereador, essas pessoas do bairro que são os presidentes é só para atender eles [...] chamei várias vezes a presidente e ela não vai [...]. U11

Percebe-se pelas falas dos sujeitos um reconhecimento da importância da infraestrutura social sobre o processo saúde-doença, visto este ser determinado socialmente e resultante das múltiplas determinações entre os potenciais de fortalecimento e desgaste. Os diversos grupos sociais que compõem a sociedade possuem diferentes maneiras de viver e conseqüentemente distintos modos de adoecer, o que torna necessário buscar as reais necessidades de saúde da população estudada (TOLEDO, RODRIGUES e CHIESA, 2007).

Contudo, apesar de os usuários deste estudo reconhecerem os problemas da infraestrutura social, eles não fazem relação com a sua doença, somente mencionam a interferência das condições sociais na sua saúde. Então, as atividades educativas têm como intento reorientar os serviços de saúde e o entendimento de saúde da população, sendo esta o resultado das condições sociais como educação, emprego, renda, segurança, moradia, lazer, acesso aos serviços de saúde, entre outras. Assim, o processo educativo deve despertar o indivíduo para a redução das desigualdades sociais (GUEDES, SILVA e FREITAS, 2004).

Neste contexto, para se atingir os objetivos da educação em saúde crítica e reflexiva, Tones⁶ (1994) apud Oliveira (2005) indica a necessidade de desempenhar quatro estágios: promover a reflexão sobre os aspectos da realidade pessoal;

⁶ TONES, K.; TILFORD, S. **Health education**: effectiveness, efficiency and equity. 2 ed. London (UK): Chapman & Hall; 1994.

estimular a busca e identificação coletiva das causas dessa realidade; examinar as implicações da realidade e desenvolver um plano de ação para alterá-la.

Estes estágios corroboram com as dimensões do *empowerment* citado por Labonte¹ (1996) apud Mazza (2007), vez que para alcançar os determinantes do processo saúde-doença de maneira positiva é necessária a intervenção dos sujeitos no seu contexto social, sendo estes cidadãos críticos reflexivos e “portadores do direito a ter direitos” (MAZZA, 2007, p.43). Contudo, nas falas dos usuários, nota-se que eles reconhecem a influência do contexto social sobre sua saúde, porém se sentem impotentes e solitários na luta por melhores condições sociais.

Este sentimento de solidão manifestado na fala de U11 é resultante da exclusão social que ocorre desde os tempos coloniais no Brasil, em que indivíduos e grupos de baixas rendas “são excluídos das trocas sociais, das práticas componentes e dos direitos de integração social e de identidade, [...] englobando os campos de habitação, educação, trabalho, saúde e acesso a serviços” (VÉRAS, 2008, p. 34).

Para Neri e Soares (2002), as pessoas socialmente desfavorecidas tendem a adoecer precocemente, visto terem menos oportunidades de acesso aos serviços de saúde. Essa limitação na assistência de saúde é evidenciada na fala de U3 e U6 ao afirmarem a falta de profissionais médicos e especialistas na unidade de saúde.

¹ LABONTE, R. **Health promotion and empowerment: practice frameworks**. Center for Health Promotion: University of Toronto, 1996.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O foco deste trabalho foi descrever os cuidados pessoais realizados pelos portadores de doenças crônicas. Estes demonstraram que conhecem as patologias, cuidam-se e preocupam-se com as questões referentes ao seu meio social, principalmente com a oferta de serviços à saúde, sendo estes fatores considerados importantes para a manutenção de seu tratamento.

Os encontros em grupos permitiram a reflexão sobre os aspectos do tratamento pessoal das patologias hipertensão arterial e Diabetes *Mellitus*, assim como, a identificação coletiva dos problemas e possíveis alterações, com intuito de favorecer a qualidade de vida coletiva. Estes momentos de diálogo e troca de experiências resultaram nas categorias “O diagnóstico como ponto de partida”, “Mudança de vida: cuidados adotados” e “Autonomia do cuidado pessoal”.

Nestas categorias, percebe-se a preocupação com o cuidado pessoal que surgiu após o diagnóstico da doença crônica, vez que, antes da descoberta das patologias os usuários não tinham preocupação com sua saúde, pois a consideravam “normal”. Assim, a descoberta da hipertensão arterial e/ou Diabetes *Mellitus* ocorreu por meio da percepção dos sinais e sintomas, no período gestacional, por acaso ou pela vivência de um episódio traumático desencadeando as modificações em seus hábitos diários.

Nas alterações do estilo de vida mencionadas pelos usuários, é visível a apropriação dos discursos prescritivos dos profissionais de saúde, e ao mesmo tempo apontam certa independência para realizarem o cuidado pessoal ao adequarem as orientações dadas pelos profissionais de saúde com seus conhecimentos, crenças, valores e contexto social, contudo reconhecem a necessidade de ter determinação para realizarem o cuidado pessoal.

A preocupação em adotar um estilo de vida saudável é evidente nos discursos dos usuários portadores de doença crônica, porém a situação financeira foi um motivo identificado como obstáculo para que se tenha uma vida saudável. Assim, nota-se que os usuários acatam, na íntegra ou parcialmente, ao tratamento prescrito e traçam estratégias para o controle dos níveis pressóricos e glicêmicos, o que demonstra autonomia na realização da terapêutica das patologias em questão,

e que conseqüentemente, deixa de ser um empecilho para o seu convívio social. Porém, mesmo tendo o conhecimento, o portador de doença crônica toma atitudes que aos olhos dos profissionais de saúde são inadequadas e que necessitam de maior supervisão e acompanhamento.

Estes cuidados pessoais ou atividades de autoatenção realizados pelos usuários foram identificados pelos mesmos como, resultado das atividades educativas desenvolvidas nestes quatro anos de projeto de extensão na comunidade, entretanto reconhecem que a infraestrutura social também interfere no seu processo de saúde, e sentem-se impotentes para modificar estes aspectos sem a união da comunidade.

Deste modo, é visível a importância de uma prática profissional de enfermagem que realize atividades educativas com base no diálogo, para viabilizar a emancipação da população, vez que, a educação em saúde possibilita a criação de vínculo com a comunidade e reafirma a parceria neste processo de transformação pessoal e social.

Assim, os resultados deste estudo podem incentivar os enfermeiros a continuar realizando atividades educativas para portadores de doenças crônicas com intuito de emancipar, motivar e “ser suporte” dos usuários na busca do melhor estado de saúde, pois pelo diálogo e pela troca de experiências é possível promover a saúde aos portadores de doença crônica. Outro aspecto que pode ser ressaltado refere-se ao diagnóstico precoce que pode ser viabilizado pelas ações de educação em saúde com atuação direta do enfermeiro no cuidado.

No entanto, sugere-se que as atividades educativas sejam constantes, visto o processo de transformação ser um processo em longo prazo e difícil de ser mensurado seu impacto, fato que inviabilizou, nesta pesquisa, avaliar os planos de ação identificados nos encontros em grupo com vistas à melhoria da qualidade de vida.

O tempo nas atividades educativas realizadas com a comunidade é um fator que interfere na avaliação e acompanhamento dos resultados, pois estes não podem ser avaliados imediatamente e sim em longo prazo, diferente da atenção hospitalar, pois nesta o usuário permanece por um pequeno período internado e há urgência na forma de realizar as ações com vistas a adequação dos cuidados pós alta, deste modo, os profissionais que trabalham na saúde coletiva precisam se adequar para

encarar esta variável de maneira diferente sem esperar que as questões se resolvam com a mesma rapidez da perspectiva hospitalar.

Portanto, evidencia-se a necessidade de novas pesquisas para a manutenção dessas atividades educativas aos portadores de doença crônica, com vistas a trabalhar suas crenças e os tratamentos alternativos utilizados no cuidado pessoal, assim como direcionar as ações de educação às demais dimensões do *empowerment*, principalmente a organização comunitária com a construção de defesa e coalizão, e a ação política.

Finalizando, acredita-se que as atividades educativas permitem não só focar a atenção do doente crônico para as ações terapêuticas prescritas, mas conhecer as interferências da doença na sua vida, e que conseqüentemente fornecer subsídios para que o mesmo gerencie o seu tratamento e com sua participação possa refletir e atuar nas condições que interferem na saúde e na doença da comunidade a qual está inserido.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F.; *et al.* Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.7, p. 743-756, 2002.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BASTOS, D. S.; BORENSTEIN, M. S. Identificando os déficits de autocuidado de clientes hipertensos de um centro municipal de saúde. **Texto & contexto Enferm.** v.13, n.1, p.92-99, 2004.

BECKER, D.; *et al.* Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. v.9, n.3, p. 655-667, 2004.

BENSENOR, I.M.; LOTUFO, P. A. A Hipertensão Arterial no contexto nacional e internacional. In: PIERIN, A. M. G. **Hipertensão arterial**: uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole, 2004.

BERLIM, M. T.; PERIZZOLO, J.; FLECK, M. P. A. Transtorno de estresse pós-traumático e depressão maior. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online]. v.25, s/n, supl.1, p. 51-54, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v25s1/a12v25s1.pdf>. Acesso em: 03 Set 2010.

BESEN, C. B.; *et al.* A estratégia Saúde da Família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**. v.6, n.1, p. 57-68, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**: plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus: Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. DATASUS. **Informações de Saúde. Morbidade e informações epidemiológicas**. Disponível em: www.datasus.gov.br . Acesso em: 26 set. 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus - HIPERDIA**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/> Acesso em: 04 mar. 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. SISHIPERDIA. Relatórios. **Número de Diabéticos, Hipertensos e Diabéticos com Hipertensão por sexo, tipo e risco**, 2010. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>. Acesso em 22 mar 2010.

BRITO, D. M. S.; et al. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**. v.24, n.4, p. 933-940, 2008.

BUSS, M. P.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p. 77-93, 2007.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde pública**, v.31, n.2, p.209-13, 1997.

CARDOSO, J. P.; *et. al.* Formação interdisciplinar: efetivando propostas de promoção da saúde no SUS. **RBPS**, v. 20, n. 4, p. 252-258, 2007.

CARMO, H.; FERREIRA, M. M. **Metodologia da Investigação**: guia para auto-aprendizagem. Lisboa – Portugal: Universidade Aberta, 2008.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção da saúde. **Cad. Saúde Pública**. v.20, n.4, p.1088-1095, 2004.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 13, n. 2, p. 2029-2040, 2008.

CARREIRA, L.; RODRIGUES, R. A. P. Estratégias da família utilizadas no cuidado ao idoso com condição crônica. **Cienc. Cuidado e Saúde**. v.5, supl., p. 119-126, 2006.

CASTRO, V. D.; CAR, M. D. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.34, n.2, p. 145-153, 2000.

CASTRO, A. P.; ESCATENA, M. C. M. Manifestação emocional de estresse do paciente hipertenso. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.12, n.6, p.859-865, 2004.

CASTRO, M. E.; ROLIM, M. O. Conhecimento e estereótipo de trabalhadores acerca da hipertensão. **Esc. Anna Nery de Enferm.**, v. 10, n. 2, p. 235-240, 2006.

COLOMBO, Prefeitura Municipal de. **Manual Histórico-Cultural de Colombo**. Disponível em: <<http://www.colombo.pr.gov.br/pagina.asp?id=165>>. Acesso em: 30/07/2010.

CONVERSANI, D. T. N. Uma reflexão crítica sobre a educação em saúde. In: BIS – Boletim do Instituto de Saúde. **Educação em Saúde**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2004.

FORTES, N. A.; LOPES, V. O. Análise dos fatores que interferem no controle da pressão arterial de pessoas acompanhadas numa unidade básica de atenção à saúde da família. **Texto & contexto Enferm.** v. 13, n. 1, p. 26-34, 2004.

FRANÇA, I. S. X.; *et al.* Medicina popular: benefícios e malefícios das plantas medicinais. **Rev. Bras. Enferm.** v. 61, n. 2, p. 201-208, 2008.

FREIRE. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 28.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREITAS, M. C.; SANTANA, M. E. Implementação da estratégia ensino - aprendizagem à família de doente crônico. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 55, n. 2, p. 146-150, mar./abr. 2002.

GAZZINELLI, M. F.; *et al.* Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiência da doença. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005.

GUEDES, M. V. C.; SILVA, L. F.; FREITAS, M. C. Educação em saúde: objeto de estudo em dissertações e teses de enfermeiras no Brasil. **Rev. Bras. Enferm.** v.57, n.6, p. 662-665, 2004.

JESUS, E. S.; *et al.* Perfil de un grupo de hipertensos: aspectos biosociales, conocimientos y adhesión al tratamiento. **Acta Paul. Enferm.**, v.21, n.1, p. 59-65, 2008.

KÜLKAMP, I. C.; *et al.* Aceitação de práticas não-convencionais em saúde por estudantes de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina. **Rev. bras. educ. med.** v.31, n.3, p. 229-235, 2007.

KURTZMAN, L. O desafio da ética na Pesquisa-ação feminista: uma experiência no Québec, 2006. Disponível em: <http://www.unb.br/ih/his/gefem/labrys3/web/bras/kurtzman1.htm> Acesso em: 10 Out. 2009.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LEITE, M. M. J.; PRADO, C.; PERES, H. H. C. **Educação em saúde**: desafios para uma prática inovadora. 1^a. ed. São Paulo: Difusão Editora, 2010.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis.** São Paulo: Hucitec, 1998.

LEVY, S. N.; *et al.* Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas. Conferência Nacional de Saúde On-line, 1998. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm> .

LIMA, K. A.; COSTA, F. N. A. Educação em saúde e pesquisa qualitativa: relações possíveis. **Alim. Nutr.**, Araraquara, v. 16, n.1, p.33-38, jan/mar. 2005.

MACHADO, L. R. C.; CAR, M. R. Dialética do modo de vida de portadores de hipertensão arterial: o objetivo e subjetivo. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v.41, n.4, p.573-580, 2007.

MAGNABOSCO, P. **Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência.** 2007. 123 f Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, 2007.

MANTOVANI, M.F.; MOTTIN, J.V.; RODRIGUES, J. Nurse home visit with educational activities in the arterial pressure treatment. **Online Brazilian Journal of Nursing.** v. 6, n.1, abr., 2007. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/757/171>. Acesso em: 11 Ago. 2010.

MANTOVANI, M. F.; *et al.* Health clients profile and knowledge about arterial hypertension. **Online Brazilian Journal of Nursing.** v.7, n.2, jul., 2008a. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1467/348>. Acesso em: 13 Ago. 2010.

MANTOVANI, M. F.; *et al.* O significado e a representação da doença crônica: conhecimento do portador de hipertensão arterial acerca de sua enfermidade. **Cogitare Enferm.** v.13, n.3, p.336-42, 2008b.

MANTOVANI, M. F.; MENDES, F. R. P. A condição crônica de saúde: do diagnóstico a gestão cotidiana da situação. In: TRENTINI, M.; PAIM, L. (org.). **Desafios inerentes às situações crônicas no contexto de saúde.** No prelo 2010a.

MANTOVANI, M. F.; MENDES, F. R. P. The quality of life of elderly's chronic disease sufferers: qualitative-quantitative research. **Online Brazilian Journal of Nursing.** v.9, n.1, 2010b. Disponível em:

http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2835/html_109. Acesso em: 02 Set. 2010.

MARS, G. M. J.; *et al.* Conceptualizing autonomy in the context of chronic physical illness: relating philosophical theories to social scientific perspectives. **Health**. v.12, n.3, p. 333-348, 2008.

MAZZA, V. A. **Necessidades das famílias com relação ao desenvolvimento infantil à luz da promoção da saúde**. 2007. 126 f Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

MAZZA, V. A.; *et al.* **Promoção da Saúde, Necessidades, Organização e Demandas**. Curitiba: UFPR, 2009. 15p. Relatório Técnico.

MENDES, F. R. P. A gestão cotidiana da herança indesejada: um estudo sociológico sobre o risco genético de câncer hereditário. **Acta Sci. Health Sci**. v.28, n. 1, p. 1-11, 2006.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Cienc. Saúde Coletiva**. v.8, n.1, p. 185-207, 2003.

MERCADO-MARTÍNEZ, F. J.; HERNÁNDEZ-IBARRA, E. Las enfermedades crônicas desde la mirada de los enfermos y los profesionales de la salud: un estudio cualitativo en México. **Cad. Saúde Pública**. v.23, n.9, p.2178-2186, 2007.

MOREIRA, J.; *et al.* Educação popular em saúde: a educação libertadora mediando a promoção da saúde e o empoderamento. **Contrapontos**. v.7, n.3, p.507-521, 2007.

MONTEIRO, M. F.; SOBRAL FILHO, D. C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Rev. Bras. Med Esporte** [online]. v.10, n.6, p. 513-516, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v10n6/a08v10n6.pdf> . Acesso em 06 Set 2010.

MONTEIRO, P. C.; *et al.* Características biossociais, hábitos de vida e controle da pressão arterial dos pacientes em um programa de hipertensão. **Arq. Ciênc. Saúde**. v.12, n.2, p.73-79, 2005.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.18, supl, p.77-87, 2002.

NOBLAT, A. C. B.; *et al.* Complicações da Hipertensão Arterial em Homens e Mulheres Atendidos em um Ambulatório de Referência. **Arq Bras Cardiol.** v. 83, p. 308-13, 2004.

NOVAIS, E.; *et al.* O saber da pessoa com doença crônica no auto-cuidado. **Rev. HCPA.** v.29, n.1, p.36-44, 2009.

OLIVEIRA, R. M. **A produção do conhecimento em saúde em escala local:** repensando a relação entre a investigação científica e a experiência dos grupos populares. 2000. 246 f Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

OLIVEIRA, D. L. A “nova” saúde publica e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. Latino-am Enferm.** v.13, n.3, p. 423-431, 2005.

OLIVEIRA, H. M. F. A proposta de trabalho com grupos do IPSEMG – Família e as Oficinas em dinâmicas de grupo. In: AFONSO, M. L. M. (org.) **Oficinas em dinâmica de grupos:** um método de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Organização Pan-Americana da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas:** componentes estruturais de ação/ relatório mundial. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Prevenção de Doenças Crônicas um investimento vital.** 2005.

PANIZZA, S. **Ensinando a cuidar da saúde com as plantas medicinais:** guia prático de remédios simples da natureza. São Paulo: Prestígio, 2005.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev. Saúde Publica.** v.37, n.5, p. 635-642, 2003.

PIERIN, A. M. G. **Hipertensão Arterial:** uma proposta para o cuidar. Barueri (SP): Manole, 2004.

PIERIN, A. M. G.; STRELEC, M. A. A. M.; MION JR, D. O desafio do controle da Hipertensão Arterial e a adesão ao tratamento. In: PIERIN, A. M. G. **Hipertensão arterial**: uma proposta para o cuidar. Barueri (SP): Manole, 2004.

PIERIN, A. M. G.; *et al.* Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva para a sociedade** [online]. 0522, 2008. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3696. Acesso em: 06 Set. 2010.

PIMENTA, A. M. **Epidemiologia da hipertensão arterial em uma comunidade rural do Vale do Jequitinhonha – MG**. 2002. 133 f Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

PIMENTA, A. R. O.; *et al.* Plantar sem matar para comer sem morrer – o cultivo orgânico de plantas medicinais em Santa Maria de Jetibá, Espírito Santo, sudoeste do Brasil. **Natureza on line**. v.7, n.1, p. 43-50, 2009. Disponível em: <http://www.naturezaonline.com.br>. Acesso em: 15 Out. 2010.

PINOTTI, S.; MANTOVANI, M. F.; GIACOMOZZI, L. M. Percepção sobre a hipertensão arterial e qualidade de vida: contribuição para o cuidado de enfermagem. **Cogitare Enferm**. v.13, n.4, p. 526-534, 2008.

PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. Refletindo sobre pressupostos para o cuidar/cuidado na educação em saúde da pessoa hipertensa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 1, p. 229-236, 2009.

POLIGNANO, M. V. Histórias das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. 2001. Disponível em: http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf. Acesso em: 15 Set. 2009.

PONTIERI, F. M.; BACHION, M. M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.15, n.1, p.151-160, 2010.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto epidioso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**. v.19, n.3, p. 793-797, 2003.

RICE, M.; CANDEIAS, N. M. F. Padrões mínimos da prática da educação em saúde: uma projeto pioneiro. **Rev. Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 347-353, 1989.

SANCHEZ, C. G.; PIERIN, A. M. G.; MION JR, D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto Socorro e em tratamento ambulatorial. **Rev Esc Enferm USP**. v.38, n.1, p.90-98, 2004.

SANTOS, Z. M. S. A.; et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: uma análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto Enferm**. v.14, n.3, p. 332-340, 2005.

SANTOS, Z. M. 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 Enferm**. v.17, n.1, p. 90-97, 2008.

SANTOS, J.; PIERIN, A. M. G. Fatores de risco cardiovascular com destaque para a hipertensão arterial em funcionários dos restaurantes de uma Universidade Pública. **Rev. Saúde**. v.2, n.1, p.5-11, 2008.

SBH_ Sociedade Brasileira de Hipertensão; SBC_ Sociedade Brasileira de Cardiologia; SBN_ Sociedade Brasileira de Nefrologia. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo, 2006.

SBH_ Sociedade Brasileira de Hipertensão; SBC_ Sociedade Brasileira de Cardiologia; SBN_ Sociedade Brasileira de Nefrologia. Revista Brasileira de **Hipertensão** - VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. v.17, n.1, jan-mar, 2010.

SILVA, C. A.; LIMA, W. C. Efeito benéfico do exercício físico no controle metabólico do Diabetes Mellitus tipo 2 à curto prazo. **Arq Bras Endocrinol Metab** [online]. v.46, n.5, p. 550-556, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v46n5/13401.pdf> . Acesso em: 06 Set 2010.

SILVA, T. R.; et al. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma unidade básica de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 3, p. 180-189, 2006.

SILVA, C. M. C.; et al. Educação em saúde: uma reflexão de suas práticas. **Ciência e Saúde Coletiva para a Sociedade** (ABRASCO) 0271/ 2007. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1532. Acesso em: 06 Set. 2010.

SIQUEIRA, K. M.; et al. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto Contexto Enferm.** v.15, n.1, p. 68-73, 2006.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede popular e saúde.** São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009.** 3ª ed. Itapevi (SP): A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009.

SOUZA, A. C.; et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 26, n.2, p. 147-153, 2005.

SOUSA, L. B.; SOUZA, R. K. T.; SCOCHI, M. J. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região Sul do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 87, n. 4, p. 496-503, 2006 . Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006001700015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 Ago. 2010.

SOUZA, L. M.; WEGNER, W.; GORINI, M. I. P. C. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Rev. Latino-am. Enferm.** v.15, n.2, p. 167-174, 2007.

TAVEIRA, L. F.; PIERIN, A. M. G. O nível socioeconômico pode influenciar as características de um grupo de hipertensos? **Rev. Latino-am. Enferm.** v.15, n.5, p. 929-935, 2007.

THIOLLENT, M. **Pesquisa-ação nas organizações.** 13 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

THIOLLENT, M. A inserção da pesquisa ação no contexto da extensão universitária. In: BRANDAO, C.R.; STRECK, D. R. (org) **Pesquisa participante: o saber da partilha.** Aparecida, São Paulo: Idéias Et Letras, 2006.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação.** 15 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto Contexto Enferm.** v. 16, n. 2, p. 233-238, abr-jun 2007.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Cienc. Saúde Coletiva.** v.9, n.4, p. 885-895, 2004.

WENDHAUSEN, A.; SAUPE, R. Concepções de educação em saúde e estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm.** v. 12, n. 1, p. 17-25, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization.** Basic Documents, 1946.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. **How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers?**. Europe, 2008.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** v. 8 debates, 2001.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Educação Popular e Saúde.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2007.

VÉRAS, M. P. B. Exclusão social – um problema de 500 anos. In: SAWAIA, B. (org). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social.** 8^a. ed. Petrópolis – RJ: Vozes, 2008.

VILA, A. C. D.; VILA, V. S.C. Tendências da produção do conhecimento na educação em saúde no Brasil. **Rev. Latino-am Enferm.** v.15, n.6, p. 1-7, 2007.

APÊNDICES

Apêndice 1.....	80
Apêndice 2.....	82

APÊNDICE 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

- Roteiro de Entrevista para coleta de dados

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: () F () M

Peso: _____ Altura: _____

Estado Civil: () casado (a)
() solteiro (a)
() amasiado (a)
() divorciado (a)

Religião: _____

Escolaridade: () ensino primário (1ª a 4ª série)
() ensino fundamental (5ª a 8ª série)
() ensino médio (1º a 3º ano)
() ensino superior (graduação, pós-graduação)

Ocupação: _____

Diagnóstico: () Hipertensão
() Diabetes *Mellitus*
() Hipertensão e Diabetes *Mellitus*
() Outros. Quais? _____

Tempo de Diagnóstico: _____

Medicações em uso:

Faz uso de algum tratamento alternativo? Qual ?

Realiza atividade física? () sim () não

Qual? _____

Realiza atividades de lazer? () sim () não

Qual? _____

Hábitos alimentares (descrever)

Como aconteceu a trajetória da doença (desde antes do diagnóstico até hoje)?

Como você se cuida após o diagnóstico? Houve mudança?

O que você conhece a respeito da doença?

O que você deseja saber sobre a doença?

Gostaria de participar de encontros em grupos para discussão a respeito da(s) doença(s)? Qual(is) dia(s) da semana e horário é melhor para você?

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

- a) Você portador de hipertensão arterial e/ou diabetes, usuário da Unidade de Saúde Liberdade: está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “**Repercussões da intervenção educativa do enfermeiro no cuidado pessoal do doente crônico**”. É através das pesquisas que ocorrem os avanços na área da Saúde e da Enfermagem, e a sua participação é de fundamental importância.
- b) O objetivo desta pesquisa é descrever as atividades de cuidado pessoal desenvolvidas pelos usuários.
- c) Caso você participe da pesquisa será necessário responder a uma entrevista, a qual poderá ser aplicada na Unidade de Saúde ou no domicílio, e gravada de acordo com o seu consentimento e com duração de aproximadamente 30 minutos. Assim, como se desejar participar de encontros em grupo para discussões sobre as doenças, com duração de aproximadamente uma hora e meia nos dias previamente divulgados.
- d) Contudo, os benefícios esperados são maior conhecimento sobre a sua doença, melhoria na sua qualidade de vida e acompanhamento da sua pressão e tratamento.
- e) Os pesquisadores Maria de Fátima Mantovani_Enfermeira, professora da UFPR, Elis Martins Ulbrich_Mestranda da UFPR, Janaína Marielen Bandeira, Daniela Gaio, Fernanda Fusuma_Acadêmicas do curso de Enfermagem da UFPR, poderão ser contatadas no telefone 33607243, em Curitiba, das 13:30 às 17:00, de 2ª a 6ª feira, são as responsáveis da pesquisa.
- f) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes, durante e depois do estudo.
- g) A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem liberdade de se recusar a participar do estudo, ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento. Este fato não implicará na interrupção de seu atendimento, que está assegurado.
- h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos membros que executam a pesquisa e pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida.
- i) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade.
- j) Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- K) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____, li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo e as atividades que deverei participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu atendimento. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura do Paciente: _____

Data: ____/____/2010

ANEXO

Anexo 1.....84



Ministério da Educação
Universidade Federal do Paraná
Setor de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa



Curitiba, 27 de agosto de 2008.

Ilmo (a) Sr. (a)
Maria de Fátima Mantovani
Janaina Marielen Bandeira
Nesta

Prezado(a) Pesquisador(a),

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado “**Estratégias educativas de enfermagem e a mensuração da qualidade de vida de portadores de doença crônica**” está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 06 de agosto de 2008 e apresentou pendência(s). Pendência(s) apresentada(s), documento(s) analisado(s) e projeto aprovado em 27 de agosto de 2008.

Registro **CEP/SD**: 578.115.08.07 **CAAE**: 2424.0.000.091-08

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do relatório final ou parcial: 27/02/2009.

Atenciosamente

Prof.ª Dr.ª Liliana Maria Labronici
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

Prof.ª Dr.ª Liliana Maria Labronici,
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa - SD/UFPR