UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO NORDESTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF

JOEL DÁCIO DE SOUZA MAIA

A FORMAÇÃO DE UM GRUPO DE HIPERTENSOS PARA O AUTOCUIDADO: uma pesquisa-ação

NATAL
2016

JOEL DÁCIO DE SOUZA MAIA

A FORMAÇÃO DE UM GRUPO DE HIPERTENSOS PARA O AUTOCUIDADO: uma pesquisa-ação

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família – Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/RENASF - como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Medeiros Júnior

NATAL
2016

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde – CCS

Maia, Joel Dácio de Souza.
A formação de um grupo de hipertensos para o autocuidado: uma pesquisa-ação / Joel Dácio de Souza Maia. - Natal, 2017.
128f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família)- Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste, Centro Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Orientador: Prof. Dr. Antônio Medeiros Júnior.

1. Hipertensão arterial sistêmica - Dissertação. 2. Trabalho com grupo - Dissertação. 3. Educação Popular em Saúde - Dissertação. 4. Autocuidado - Dissertação. 5. Qualidade de vida - Dissertação. 6. Estratégia Saúde da Família - Dissertação. I. Medeiros Júnior, Antônio. II. Título.

RN/UF/BSCCS CDU 616.12-008.331

Joel Dácio de Souza Maia

A FORMAÇÃO DE UM GRUPO DE HIPERTENSOS PARA O AUTO CUIDADO: UMA PESQUISA AÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA

Prof.Dr. Antonio Medeiros Junior – UFRN

(Orientador)

Profa. Dra. Maisa Paulino Rodrigues – UFRN

(Membro Interno)

Profa. Dra. Iris do Ceu Clara Costa – UFRN

(Membro Externo ao Programa)

Prof. Dr. Marcelo Viana da Costa – UEPB

(Membro Externo à Instituição)

Data de Aprovação : 12 de agosto de 2016.

Aos meus pais, que sempre me incentivaram a buscar e a conseguir minhas vitórias lutando honesta, leal e dignamente e me ensinaram que é possível crescer através de esforços e empenho, respeitando os semelhantes e os ajudando quando for possível;

Aos meus colegas de trabalho, que me ajudaram e me incentivaram sempre, dando força quando o desânimo e o cansaço eram fortes inimigos;

Aos meus alunos, que, através da construção mútua do nosso conhecimento, tornam-me, diariamente, um professor melhor, um profissional melhor, um amigo melhor e um ser humano melhor.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar meu sentimento de gratidão a todos os que me ajudaram, direta ou indiretamente, a cursar o Mestrado e a produzir este trabalho. Tenho absoluta certeza de que, sem essas pessoas, eu sequer haveria iniciado essa caminhada. Então, agradeço:

A **Deus**, sem cuja permissão sequer uma folha seca é movida pelo vento... Foi Ele que me deu forma e coragem para ir até o fim e me protegeu em cada viagem a Natal. Continue me abençoando e me ajudando, Pai, pois sem o Senhor nada sou e nada posso;

Aos **meus pais**, ao **meu padrasto** e ao **meu irmão**, por me ajudarem e me incentivarem a tentar ser um profissional melhor e uma pessoa melhor. Vocês são minha base, e sem vocês, eu nunca me sustentaria de pé;

A **minha família**, que sempre torceu por mim e por minhas conquistas, em especial, a minha **tia Rejane**, ao seu esposo **Antônio** e aos **meus primos Renato e Ana Carolina**, por me acolherem no seio do seu lar, ao longo desses últimos dois anos, durante os dias de aula do Mestrado. Vocês não têm ideia da ajuda que me deram e de como isso foi importante para mim;

Ao meu orientador, o **Professor Júnior**, a quem eu perturbei muito durante a construção deste trabalho, mas que teve muita paciência e me ajudou muitíssimo;
Os demais professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família, que sempre foram muito responsáveis e comprometidos com o Programa e conosco;

À servidora do Mestrado, **Flávia**, que nunca mediu esforços para me ajudar com tudo o que eu pedia, fazendo coisas muito mais além de sua função pelo simples ato de ajudar e de ser solidária;

Aos meus **colegas do CEN/CAMEAM**, que me incentivaram, desde a inscrição para a seleção do Mestrado até seu término, e compreenderam minhas ausências e minhas demandas. Gostaria de destacar as **Professoras Andrezza Karine e Janieiry Lima**, que me ajudaram na seleção para o programa, e ao **Professor Marcelo Viana**, por se mostrar sempre à disposição e por ter composto minha banca de qualificação e de defesa;

Aos meus **colegas da Unidade de Coleta e Transfusão de Sangue e Hemoderivados de Pau dos Ferros - RN**, por todo o apoio e a compreensão nesses últimos meses, devido às minhas ausências por causa das atividades do Mestrado, em especial, a **Luciano** e a **Itamar**, pelas inúmeras caronas, atravessando este estado de ponta a ponta nos dias de aula;

Aos meus **colegas da Escola de Enfermagem Catarina de Siena**, por aceitar e me auxiliar nos ajustes da carga horária, para que eu conseguisse dar conta das aulas e das atividades do Mestrado, e, em especial, a **Lenice**, **Lucineide**, **Vilene** e **Soraya Vieira**;

Aos **meus alunos**, de modo geral, que compreenderam as vezes em que não pude estar presente ou me dedicar mais a algumas atividades em decorrência do Mestrado;

Aos **trabalhadores da Unidade Básica de Saúde Joana Cacilda de Bessa**, que me receberam com muito carinho e respeito, abraçaram minha pesquisa e se empenharam para ela se concretizasse, em especial, à **enfermeira Kalliane Fernandes**;

E a algumas pessoas, que prefiro não nomear, por motivos particulares, que sempre me apoiaram e acreditaram em mim, na maioria das vezes, mais do que eu mesmo, e de tanto acreditar me faziam acreditar também.

Muitíssimo obrigado a todos, sem cada um de vocês, nada disso seria hoje realidade.

“A democracia é, como o saber, uma conquista de todos. Toda a separação entre os que sabem e os que não sabem, do mesmo modo que a separação entre as elites e o povo, é apenas fruto de circunstâncias históricas que podem e devem ser transformadas”.

Paulo Freire

RESUMO

Os modos de viver das pessoas mudaram consideravelmente nas últimas décadas, em todo o mundo, sobretudo em países em desenvolvimento como o Brasil. Essas mudanças trouxeram novas formas de adoecer, com destaque para as doenças crônicas e as degenerativas. Uma das doenças crônicas que mais acomete as sociedades contemporâneas, inclusive a brasileira, é a hipertensão arterial sistêmica, que tem alta prevalência e se configura como um grande risco para doenças do sistema circulatório. A Estratégia de Saúde da Família está na primeira linha de enfrentamento dessa patologia e necessita de ações que tenham sustentabilidade nessa empreitada. Por essa razão, consideramos importante desenvolver um estudo para detectar a percepção de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família acerca da formação de grupos, do conceito e da importância do autocuidado e da Educação Popular em Saúde, para, a partir de então, formar um grupo de autocuidado para usuários portadores de hipertensão arterial à luz da Educação Popular em Saúde. Os instrumentos empregados para a coleta dos dados foram uma entrevista com os profissionais da Estratégia Saúde da Família para conhecer sua percepção a respeito do tema foco da pesquisa, e um diário de campo, para captar outras informações. A análise dos dados coletados foi feita com base na Análise de Conteúdo proposta por Bardin. No final do estudo, concluímos que os trabalhadores que compõem a equipe estudada tinham uma percepção limitada de educação em saúde, que a entendem basicamente como forma de prevenir doenças, como uma forma de educar e informar a população e desconhecem o modelo proposto pela Educação Popular em Saúde. As práticas desenvolvidas pela equipe eram basicamente palestras proferidas na comunidade sem cronograma ou regularidade. Problemas como apenas parte da equipe desenvolvendo as ações de educação em saúde, falta de adesão de alguns profissionais a essas práticas e calendários de atendimento muito apertados e incompatíveis foram alguns dos entraves que constatamos na realidade pesquisada. Os trabalhadores da equipe têm alguma experiência com o trabalho com grupos de usuários e boas expectativas quanto aos resultados que um grupo de usuários portadores de hipertensão arterial pode trazer, porém a maioria não sabe o quanto é importante o autocuidado para essas pessoas. Para discutir sobre esse tema com a equipe, ministramos oficinas, por meio das quais pudemos confirmar esses resultados e concluir que a equipe precisa se engajar nas atividades de educação em saúde e ter uma agenda de trabalho para que esses momentos sejam respeitados, além de mais espaços para discutir sobre esses e outros temas. Depois das oficinas de capacitação, a equipe optou por organizar uma ação experimental seguindo os moldes da Educação Popular em Saúde pela equipe para os hipertensos da área de abrangência, a qual trouxe excelentes resultados e sustentabilidade no âmbito local. Acreditamos que essa foi a semente plantada para fundar o grupo de hipertensos, com vistas ao autocuidado, guiado pela Educação Popular em Saúde, e o início da mudança das práticas de educação desenvolvidas pela referida equipe.

Palavras-chaves: Hipertensão arterial sistêmica. Trabalho com grupo. Autocuidado. Educação Popular em Saúde. Qualidade de vida. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Throughout the world the lifestyle of people have changed drastically in the last decades, especially in developing countries like Brazil. These changes brought new ways of getting ill, among these illnesses stand above chronic and degenerative diseases. One of the illnesses of most incidence in contemporary society is hypertension, including in Brazil, which is in high prevalence and is of a great risk to diseases in the circulatory system. Brazil's Family Health Strategy is prioritizing the cope of this pathology and it needs sustainable actions in this matter. Considering this, it turned out to have a great value to develop a study in order to find out the perception of a team of the Family Health Strategy regarding the formation of groups, concept and importance of self-care and Popular Health Education. Promoting from that the formation of a group of self-care to users carriers of hypertension under the light of the Popular Health Education. As data collection instrument an interview was performed in order to acknowledge the perception of such professionals regarding the subject approached. To collect other kinds of information we used a field journal. The data analysis was based on Bardin's content analysis. At the end of the study, we were able to observe that the workers of the chosen team have a limited perception of health education, understanding it as only a way of preventing diseases and as a way of educate and inform the population. They do not understand the model proposed by the Popular Health Education. The practices currently developed by the team are basically lectures performed in the community without schedule, not even following a regular basis. Problems such as only part of the team developing the actions of health education, some professionals not willing to be part of such practices and a very tight or incompatible schedule are some of the existing hinders found in the reality studied. The workers of the team studied presented some experience working with user groups. They have good expectations of which positive results a group of hypertensive patients may bring, however, most of them do not know the importance of self-care to those patients. It was necessary to develop workshops to the discussion of such subjects with this team. These workshops made possible the confirmation of the results of this research. It was possible to observe that the whole team needs a better involvement in health education activities, a proper schedule, and an ongoing education to the discussion of this and other important subjects. After these workshops, the team decided to organize an experimental action following the models of Popular Health Education to the hypertensive patients in their area, showing excellent results locally. We believe this was a seed to the formation of a group of hypertensive patients in order to develop self-care guided by the Popular Health Education, as well as the start of changes in the educational practices developed by the team studied.

Keywords: Hypertension. Teamwork. Self-care. Popular Health Education. Quality of life. Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa de localização geográfica de Pau dos Ferros/RN..... **40**
Figura 2 – Fluxograma de coleta dos dados..... **43**
Figura 3 – Foto da primeira oficina de capacitação com os profissionais..... **98**
Figura 4 – Foto da segunda oficina de capacitação com os profissionais..... **101**
Figura 5 – Foto da segunda oficina de capacitação com os profissionais..... **102**
Figura 6 – Foto da terceira oficina de capacitação (dinâmica da árvore)..... **104**
Figura 7 – Foto da terceira oficina de capacitação (dinâmica da árvore)..... **104**
Figura 8 – Foto da terceira oficina de capacitação com os profissionais..... **104**
Figura 9 – Foto da terceira oficina de capacitação com os profissionais..... **105**
Figura 10 – Foto da ação na comunidade desenvolvida pela equipe de ESF da UBS Joana Cacilda de Bessa..... **108**
Figura 11 – Foto da cartela do “Bingo Saúde desenvolvida pela equipe para a ação na comunidade..... **108**
Figura 12 – Foto da ação na comunidade desenvolvida pela equipe de ESF da UBS Joana Cacilda de Bessa..... **109**

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição das categorias e das subcategorias temáticas..... **46**

Quadro 2 – Distribuição, por gênero sexual, dos profissionais entrevistados da UBS Joana Cacilda de Bessa e NASF - Pau dos Ferros – RN..... **48**

Quadro 3 – Distribuição por tempo de atividade profissional dedicado à ESF dos trabalhadores da UBS Joana Cacilda de Bessa e NASF - Pau dos Ferros – RN..... **49**

Quadro 4 – Distribuição de horas de trabalho semanais pelos trabalhadores da ESF Joana Cacilda de Bessa e NASF - Pau dos Ferros – RN..... **50**

Quadro 5 – Disposição dos temas, dos títulos e das datas para as oficinas.... **97**

LISTA DE SIGLAS

AB	– Atenção Básica
ACF	– Análise de Campo de Força
APS	– Atenção Primária à Saúde
CEP	– Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	– Conselho Nacional de Saúde
DCNT	– Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DIP	– Doenças Infecto-parasitárias
DM	– Diabetes Mellitus
EPS	– Educação Popular em Saúde
ESF	– Estratégia Saúde da Família
HA	– Hipertensão Arterial
HAS	– Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	– Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes
HUOL	– Hospital Universitário Onofre Lopes
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MCP	– Movimento da Cultura Popular
NASF	– Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
NESC	– Núcleos de Estudos em Saúde Coletiva
OMS	– Organização Mundial de Saúde
PA	– Pressão Arterial
PSF	– Programa de Saúde da Família
SIAB	– Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	– Unidade Básica de Saúde
UFRN	– Universidade Federal do Rio Grande do Norte

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... **14**

2 REFERENCIAL TEÓRICO..... **20**

2.1 UMAS DAS PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS DA ATUALIDADE: A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA..... **20**

2.2 A FORMAÇÃO DE GRUPOS NA ATENÇÃO BÁSICA COM VISTA AO AUTOCUIDADO..... **24**

2.3 A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA..... **31**

3 O PERCURSO METODOLÓGICO..... **39**

3.1 TIPO DE ESTUDO..... **39**

3.2 LOCAL DA PESQUISA..... **40**

3.3 POPULAÇÃO PESQUISADA..... **41**

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO..... **42**

3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO..... **42**

3.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS..... **42**

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS..... **45**

3.8 ASPECTOS ÉTICOS..... **47**

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... **48**

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES..... **48**

4.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE..... **50**

4.2.1 A percepção dos profissionais sobre a educação em saúde..... **51**

4.2.1.1 Prevenção de doenças..... **51**

4.2.1.2 Informar e educar em saúde..... **54**

4.2.1.3 A Educação Popular em Saúde: algo ainda desconhecido..... **57**

4.2.2 Práticas desenvolvidas atualmente para os portadores de HAS e a comunidade em geral..... **61**

4.2.2.1 As palestras: principais ações de educação em saúde para os portadores de HAS..... **61**

4.2.2.2 As práticas educativas na comunidade para os portadores de HAS... **65**

4.2.2.3 Falta de cronograma e regularidade nas atividades..... **68**

4.2.3 Entraves para o desenvolvimento da educação em saúde na ESF..... **72**

4.2.3.1 A redução da equipe de saúde da família..... **72**

4.2.3.2 Agendas profissionais apertadas e incompatíveis com as práticas de educação em saúde..... **75**

4.2.3.3 Profissionais com pouca adesão às práticas de educação em saúde..... **79**

4.2.4 A formação de grupos na atenção básica visando ao autocuidado para usuários portadores de HAS..... **83**

4.2.4.1 Autocuidado: não sei do que se trata..... **83**

4.2.4.2 Experiências da equipe em trabalhos com grupos..... **86**

4.2.4.3 A formação de grupos usuários portadores de HAS: perspectivas e opiniões..... **90**

4.3 ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO **95**

4.3.1 RODA DE CONVERSA PARA APRESENTAÇÃO DA PESQUISA E PROPOSTA DE AÇÃO..... **96**

4.3.2 Oficina 1: A Estratégia de Saúde da Família e a importância das ações educativas no âmbito da atenção primária / a formação de grupos como estratégia de educação em saúde..... **97**

4.3.3 Oficina 2: O autocuidado como instrumento indispensável à melhoria do nível de saúde da comunidade..... **99**

4.3.4 Oficina 3: A Educação Popular em Saúde como norteadora das práticas de educação desenvolvidas pela ESF..... **102**

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... **110**

REFERÊNCIAS..... **114**

APÊNDICE A..... **122**

APÊNDICE B..... **123**

APÊNDICE C..... **126**

ANEXO..... **127**

1 INTRODUÇÃO

Modificações ocorridas no estilo de vida e de trabalho da população brasileira, nas últimas décadas, determinaram profundas alterações no processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade. Aliado a esse fato, tem-se o envelhecimento populacional, um fenômeno global, que repercute diretamente na vida e na saúde das pessoas, o que se configura como um problema de saúde pública (LIMA-COSTA; VERAS, 2003). Doenças e agravos, que antes acometiam os brasileiros mais expressivamente, como as doenças infecto-parasitárias (DIP), passaram a ter importância e atenção secundária para as políticas públicas de saúde a partir de meados do Século XX, enquanto que, doenças crônicas não transmissíveis e agravos (DCNT) assumiram a pauta prioritária das autoridades sanitárias. (BARRETO; CARMO, 2007).

Para se ter uma ideia do maior impacto na população das doenças crônicas não transmissíveis em relação às infecto-parasitárias, nos últimos anos, só no ano de 2005 cerca de 35 milhões de pessoas morreram de doenças crônicas e degenerativas no mundo, o que corresponde ao dobro das mortes relacionadas às doenças infectocontagiosas (BRASIL, 2008). A hipertensão arterial (HA) é um dos destaques nas estatísticas das doenças crônicas não transmissíveis e se configura como grande preocupação da gestão do cuidado de saúde. De alta prevalência em todo o mundo, no Brasil, representa 32% desse índice. É um dos principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório, e entre suas complicações mais frequentes, encontram-se o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal crônica e a insuficiência cardíaca (BRASIL, 2013).

É importante mencionar que as doenças cardiovasculares são responsáveis por 65% dos óbitos na população adulta; 40% das aposentadorias precoces, segundo o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), e por 14% das internações na faixa etária de 30 a 69 anos (1.150.000/ano) (BRASIL, 2013). Por isso, um dos maiores desafios que se descortinam nesse terceiro milênio para os governos, os pesquisadores da área de saúde, as instituições e os profissionais dessa área são a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis e o cuidado/tratamento dos indivíduos que já se constituem como portadores das patologias que assim se configuram.

Para enfrentar “essa classe” de doenças, as autoridades e as instituições de saúde, profissionais e usuários devem desenvolver em conjunto de estratégias com as quais seja possível, efetivamente, dirimir e minimizar a incidência e as complicações que elas causam e melhorar a saúde e a qualidade de vida da comunidade em geral. Nesse contexto, a estratégia de saúde da família (ESF), devido à sua conformação, à estrutura, à proposta de trabalho/ação e à proximidade com as pessoas, dispõe de meios e de instrumentos para o desenvolvimento de ações que sejam eficientes e consigam melhorar a saúde dessas pessoas de modo geral, incluindo as que enfrentam problemas com doenças crônicas.

Destacamos aqui a promoção e a educação em saúde, que se configuram como instrumentos capazes de auxiliar significativamente os atores envolvidos no processo de combate às doenças crônicas, entre elas, a hipertensão arterial sistêmica. Diversos autores e relatos de experiências de várias localidades apontam a formação de grupos como uma alternativa eficiente para efetivar a educação em saúde como instrumento de transformação social e melhoramento da saúde e da qualidade de vida. Dentre as estratégias de educação em saúde, foi possível evidenciar as atividades de grupo como uma forma de sistematizar a assistência. O dinamismo que envolve os grupos, considerando as teorizações da promoção e de educação à saúde, é uma alternativa operacional necessária para afirmar os preceitos da integralidade na prática (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

A educação em saúde a que nos referimos não é a tradicionalmente praticada nos mais variados cenários sociais, com palestras, aulas e repasse de conhecimento, em que um personagem é detentor de “todo o saber”, e os demais são meros espectadores e captadores das informações repassadas, mas a que “empodera” os sujeitos participantes e lhes concede condições para gerenciar seus hábitos cotidianos, seus cuidados e sua vida. Em outras palavras, são práticas educativas que, de fato, emancipem os sujeitos, estimulem-nos a buscar a própria autonomia e os coloquem, através do diálogo, no centro do processo de construção do conhecimento (FREIRE, 1992).

Com o emprego dessa abordagem educacional popular e de outras ferramentas, é possível diminuir ou, até, extinguir o déficit de autocuidado existente nos mais diferentes grupos populacionais da nossa sociedade, em especial, os portadores de hipertensão arterial sistêmica, para que essas pessoas possam

desenvolver atividades e práticas em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar (DIÓGENES; PAGLIUCA, 2003).

Este estudo teve como proposta o desenvolvimento de ações, na perspectiva de formar um grupo de usuários com HAS visando ao autocuidado com foco na Educação Popular em Saúde, em uma área coberta pela Estratégia de Saúde da Família da cidade de Pau dos Ferros - RN. A equipe de Estratégia de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde (UBS) Joana Cacilda de Bessa, localizada na zona urbana de Pau dos Ferros – RN - é responsável por uma área de abrangência onde residem 1020 famílias, com, aproximadamente, 4000 mil pessoas, das quais 540 têm o diagnóstico confirmado de hipertensão arterial sistêmica.

Como se pode constatar, a hipertensão arterial sistêmica é um grande problema que a equipe de saúde da referida unidade enfrenta e tem encontrado dificuldades nesse enfrentamento por causa da falta de políticas e ações efetivas e contínuas para controlar essa patologia nos diferentes níveis governamentais e, sobretudo, na própria equipe. A equipe da UBS Joana Cacilda de Bessa desenvolve, atualmente, as seguintes ações para o enfrentamento da hipertensão arterial sistêmica: cadastramento dos usuários portadores da patologia, aferição da pressão arterial na unidade e dispensação de medicamentos e atividades em forma de palestras com uma parte das pessoas acometidas pelo agravo que residem na área adstrita. Como podemos ver, praticamente, todas as ações desenvolvidas pela equipe são as preconizadas pelo Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (HiperDia), pois não há outros projetos para o combate ao agravo dessa doença. Ao observar essa situação, é inevitável não nos questionarmos sobre se essas ações são suficientes para dar conta de um problema de saúde pública tão complexo e tão presente na comunidade local e se haveria outros mecanismos que pudessem auxiliar a equipe para enfrentá-lo.

Na equipe mencionada, da qual fiz parte durante quatro anos, a realidade é bem semelhante à da maioria das equipes de Estratégia de Saúde da Família do nosso país. Os profissionais têm uma agenda semanal preenchida pelos diversos programas que precisam ser desenvolvidos e acompanhados por indicação do Ministério da Saúde e dos demais órgãos afins, além de uma população adstrita que beira o limite superior do que é preconizado. Isso é muito comum entre as equipes de ESF e preenche quase totalmente o horário de trabalho dos profissionais, o que os impossibilita de pensar e de desenvolver ações mais elaboradas e eficientes para

o enfrentamento dos problemas de saúde que assolam a comunidade sob sua responsabilidade sanitária.

Notadamente, os profissionais dessa ESF têm muitas dificuldades de desenvolver o trabalho em equipe, atuam, geralmente, de forma individual ou em subgrupos, onde cada um faz uma parte do trabalho com pouca interação, cujo esfacelamento fica evidente quando há as reuniões da unidade, que acontecem mensalmente, e objetivam expor a situação atual da população da área de abrangência, avaliar as ações desenvolvidas pela equipe e traçar objetivos para se alcançarem melhores patamares em saúde. Nessas reuniões, na maioria das vezes, só estão presentes a enfermeira, a técnica de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. Os demais profissionais e trabalhadores não participam, o que demonstra distanciamento e isolamento. Por causa disso, o modelo de atenção clínico se sobressai em relação aos modelos de cunho mais coletivo e os atendimentos individuais, as ações curativas e a utilização de tecnologias duras estão muito presentes.

A equipe conta com poucas ações de educação em saúde e praticamente nenhuma atividade coletiva ou que envolva a população em seu planejamento e desenvolvimento. Além disso, as ações que existem nesse sentido partem exclusivamente dos profissionais, com base em avaliações e/ou critérios que estes adotam. Como acontece na maioria das ESF do nosso país, os trabalhadores da UBS Joana Cacilda de Bessa têm acesso restrito à Educação Permanente, isso pode ser um fator muito importante na conformação do trabalho desenvolvido por estes. Essas questões acabam fazendo com que os profissionais da unidade desenvolvam poucas ações em conjunto, o que dificulta o enfrentamento de situações de saúde que exigem desprendimento de esforços e olhar multiprofissional, como é o caso das de educação em saúde.

Baseado em estudos e pesquisas e em função do exposto, acreditamos que a formação de grupos de autocuidados para hipertensos em que se utiliza a educação popular em saúde é uma estratégia que poderia contribuir significativamente com a equipe de saúde da unidade já citada para o enfrentamento da hipertensão arterial sistêmica. Porém, nenhum projeto ou ação, por melhor que seja, pode ter sucesso e gerar bons frutos se não for pensado e construído por todos os envolvidos no processo.

Assim, visando obter a opinião dos que formam a ESF pesquisada acerca da proposta idealizada e a viabilidade do projeto que pensamos, solicitamos uma reunião com todos os trabalhadores da USB Joana Cacilda de Bessa para que pudéssemos discutir sobre um projeto cuja finalidade fosse de criar estratégias para que a equipe pudesse melhorar as formas de enfrentar a HAS na comunidade adstrita. Na reunião, que ocorreu no dia 17 de novembro de 2015, discutimos sobre algumas propostas para combater a HAS na área sob a responsabilidade sanitária da referida unidade. Depois de eleger, junto com os presentes na ocasião, a formação de grupo de pessoas com HAS como uma alternativa para trabalhar esse problema de saúde na população, resolvemos conferir a aplicabilidade dessa proposta na realidade da UBS pesquisada. Para isso, aplicamos a Análise de Campos de Força, com base na proposta de Kurt Lewin (1997). Como resultado dessa análise, as forças facilitadoras venceram as forças contrárias, e a proposta de formar grupos de hipertensos foi considerada positiva e viável para a realidade em questão por todos os que estavam presentes na reunião.

Assim, questionamos: qual a atual concepção da Equipe de Saúde da Família da Unidade Joana Cacilda de Bessa acerca das práticas de educação em saúde direcionadas aos hipertensos? A formação de grupos de autocuidado, à luz da educação popular em saúde, é uma boa alternativa para essa equipe enfrentar a hipertensão? Para responder a esses questionamentos, optamos por conhecer a atual percepção dos profissionais da UBS Joana Cacilda de Bessa acerca das práticas de educação desenvolvidas atualmente por estes, a relevância de se formarem grupos para o enfrentamento dos principais problemas e do autocuidado em relação à HAS além, por último, de qual visão deles a respeito dos tipos de abordagem educacional que são possíveis e mais apropriados para o desenvolvimento de atividades em grupo no âmbito da atenção básica.

Conhecer essas percepções foi importante para que pudéssemos sugerir ou desenvolver ações na equipe, com vistas a melhorar a saúde e a qualidade de vida dos hipertensos da área de abrangência da UBS e diminuir as complicações motivadas por essa patologia. Como já referimos, a fundação de um grupo de hipertensos na comunidade foco do nosso estudo foi mencionada em reunião entre os trabalhadores e o pesquisador como um exemplo de estratégia para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, organizar o processo de trabalho,

socializar conhecimentos e saberes e aperfeiçoar a gestão do cuidado em saúde visando à integralidade da atenção.

A relevância deste estudo e sua aplicabilidade para os serviços de atenção básica nessa realidade foram direcionadas para se discutir sobre as percepções dos trabalhadores em saúde acerca das ações de educação em saúde desenvolvidas pela equipe, os possíveis benefícios trazidos pela criação de grupos na atenção primária, a importância do autocuidado no enfrentamento da hipertensão arterial sistêmica e a potencialidade da Educação Popular em Saúde no desenvolvimento das ações em grupo. A importância do estudo se justifica, ainda, por causa da proposta central de formar um grupo de hipertensos para o desenvolvimento de ações que visem ao autocuidado, utilizando como abordagem metodológica a Educação Popular. Acreditamos que essa é uma forma de elevar o nível de saúde e a qualidade de vida das pessoas que são acometidas por HAS na área de abrangência da USB Joana Cacilda de Bessa.

Nessa perspectiva, o objetivo geral do estudo foi de desenvolver ações na perspectiva de formar um grupo de usuários com HAS visando ao autocuidado com foco na Educação Popular em Saúde. Para tanto, é necessário identificar as concepções dos profissionais de uma equipe de saúde da família acerca das atuais práticas de educação em saúde; saber a opinião da equipe pesquisada sobre a formação de grupos de usuários no âmbito da atenção básica; saber a opinião dos componentes de uma unidade básica de saúde acerca da importância do autocuidado para os hipertensos; identificar o conhecimento dos envolvidos na pesquisa sobre a Educação Popular em Saúde no desenvolvimento de ações com a população, em especial, em grupo e capacitar a equipe de saúde da família para formar um grupo de autocuidado à luz da Educação Popular em saúde.

O estudo está disposto nos seguintes tópicos: introdução, referencial teórico, percurso metodológico, resultados e discussão e considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 UMAS DAS PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS DA ATUALIDADE: A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Vivenciamos, atualmente, uma verdadeira epidemia das doenças crônicas não transmissíveis e agravos (DCNT), como patologias cardiovasculares e cerebrovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus. Essas patologias ganharam importância na pauta do planejamento de ações de saúde por parte das autoridades sanitárias de todo o mundo em detrimento das infecto-parasitárias (DIP), já que os índices de morbidade e mortalidade das primeiras vêm disparando e já ultrapassou sobremaneira os das DIP (BRASIL, 2005).

Acometendo milhares de pessoas em todo o mundo, as DCNT constituem um grave problema de saúde pública, presente tanto em países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, e esses últimos atingidos de uma forma mais acentuada, já que, em geral, têm menos possibilidades de garantir políticas públicas que alterem positivamente os determinantes sociais de saúde (SANTOS; MOREIRA, 2012).

Por se configurar como um fator de risco para doenças decorrentes de arteriosclerose e trombose (isquemia cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal), que contribui para o desenvolvimento de patologias que causam déficits cognitivos (doença de Alzheimer e demência vascular) e ser causa direta da cardiopatia hipertensiva, a hipertensão arterial sistêmica pode ser colocada na origem de muitas doenças crônicas degenerativas não transmissíveis (BRASIL, 2013) e é apontada como um dos fatores etiológicos da insuficiência cardíaca, fator de risco para edema agudo de pulmão e para a morte súbita. Williams (2010) exemplifica com clareza a envergadura dos efeitos das HAS nas populações de todo o mundo, em especial, nos países em desenvolvimento:

> Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo a maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010).

Outra complicação que envolve a hipertensão arterial é sua concomitância com outras doenças crônicas, como, por exemplo, o diabetes mellitus (DM), cuja possibilidade de associação é da ordem de 50%, o que, nesse caso, requer o manejo das duas doenças no mesmo usuário, agravado pelo fato de que sua simultaneidade potencializa o dano micro e macro vascular decorrente, que causa alta morbidade cardiocerebrovascular (SANTOS; MOREIRA, 2012). Reis, Ferreira, Prado e Lopes (2012) confirmam essa associação habitual e perigosa entre a HAS e o DM afirmando que essas duas patologias são frequentemente agregadas a ponto de a HAS ser a maior determinante da ocorrência de eventos cardiovasculares em pacientes diabéticos do tipo II e é duas vezes mais prevalente em indivíduos diabéticos.

A pressão arterial é uma variável cardiovascular amplamente pesquisada e investigada pela comunidade científica, devido à sua ligação direta com diversas patologias crônicas e degenerativas e à incidência/prevalência nas diversas populações do globo terrestre. Para se ter uma ideia do impacto dessa patologia na população, estudos estimam que a prevalência global da HAS seja de um bilhão de indivíduos, espalhados por todas as partes, raças e povos do mundo (BRASIL, 2013). No Brasil, sua prevalência varia de 22 a 44% em adultos (média de 32%) e chega a mais de 50% nos adultos com 60 a 69 anos e incríveis 75% em indivíduos com mais de 70 anos de idade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Além de crescer junto com a idade, a probabilidade do surgimento de hipertensão arterial sistêmica é maior em mulheres e em pessoas de raça não branca. Um fator interessante é a associação inversa entre o diagnóstico de HAS com o nível de escolaridade, que aponta para a possibilidade de as pessoas com um grau de instrução maior terem mais probabilidade de desenvolver HAS:

> Enquanto 34,4% das mulheres com até 8 anos de escolaridade referiram diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 14,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença foi menos frequente nos que estudaram de 9 a 11 anos (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, é imprescindível compreender a hipertensão arterial sistêmica para enfrentá-la, portanto a HAS é um agravo multifatorial associado também a fatores metabólicos e hormonais, caracterizado por níveis elevados e

sustentados de pressão arterial (PA) – pressão arterial sistólica igual ou superior a 140 mm Hg e uma pressão arterial diastólica igual ou maior do que 90 mm Hg durante um período contínuo. O diagnóstico da HAS é feito com base na média aritmética de três mensurações da pressão arterial com, no mínimo, uma semana de intervalo entre as verificações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Os valores da pressão arterial que tomamos como referência para nossa discussão, já citados, são os adotados como referência pelo Ministério da Saúde do Brasil e que foram estabelecidos pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. A incidência dessa patologia e seu agravamento estão diretamente ligados a diversos aspectos e hábitos de vida muito presentes na rotina de boa parte da população mundial, tais como: ingestão aumentada de sódio, obesidade, sedentarismo, hábitos alimentares incorretos, tabagismo, uso de álcool, estresse, fatores hereditários, etnia e envelhecimento populacional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Alguns dos fatores etiológicos da HAS são considerados modificáveis, e outros, como não modificáveis. Podemos englobar ao primeiro grupo o excesso de peso, o consumo de álcool, os maus hábitos alimentares, o consumo excessivo de sódio, o tabagismo, o estresse, o sedentarismo, entre outros menos relevantes. Os não modificáveis são envelhecimento populacional, etnia e questões genéticas (SANTOS; MOREIRA, 2012).

Analisando os fatores etiológicos da hipertensão arterial, conseguimos entender o motivo pelo qual essa patologia é uma das maiores prevalências em diversos países do mundo, inclusive no Brasil, já que grande parte da população brasileira e da mundial apresenta dois ou mais dos fatores já citados. Além de alta prevalência, a HAS tem baixas taxas de controle em nosso país, principalmente se for comparada com a de outros países, como Alemanha, Canadá e Cuba. Enquanto nos países da América Latina (incluindo o Brasil) e da África a taxa de controle da hipertensão varia de 1 a 15%, na Alemanha, é de 18,5%, no Canadá (em algumas províncias) 66% dos portadores da hipertensão conseguem controlar os seus níveis pressóricos, e em Cuba, esse controle chega surpreendentemente a 40% dos pacientes acometidos (BRASIL, 2013). Mais do que isso, grande parte dos portadores de HAS (33%) desconhecem a patologia, o que também impede/dificulta que ela seja controlada, porque, não fazem o tratamento adequado, e isso vem se

configurando como um grande desafio para os profissionais da área de saúde (MANTOVANI; MACIEL; PELINSKI *et al*, 2011).

O fato de os portadores de HAS não aderirem ao tratamento nem de mudar seus hábitos é um obstáculo para que melhorem a qualidade de sua vida e o nível de saúde. Isso ocorre por diversos aspectos: alterações de contexto social e familiar, condições sociodemográficas, conhecimentos e crenças do portador sobre a enfermidade, acesso aos serviços de saúde, entre outros (MANTOVANI; MACIEL; PELINSKI *et al*, 2011). É importante mencionar que o não controle dos níveis pressóricos dentro dos limites considerados adequados aumenta consideravelmente os riscos de doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência renal crônica, entre outras. Essas doenças têm altos índices de mortalidade na população e estão diretamente ligadas à elevação da pressão arterial, ou seja, ao seu não controle (BRASIL, 2013).

No Brasil, devido à grande proporção e à magnitude que essa patologia tomou, o Ministério da Saúde instituiu, em 2001, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, materializadas no Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (HiperDia), que é um instrumento de acompanhamento de usuários hipertensos e/ou diabéticos, com funções de vincular o paciente à Unidade Básica de Saúde (UBS) e à Equipe de Saúde da Família (ESF) de sua referência, oferecer uma assistência contínua e de boa qualidade e fornecer medicamentos de maneira regular (FIGUEIREDO JÚNIOR; CARVALHO FILHA; NOGUEIRA *et al*, 2011).

Assim, a proposta do HiperDia é de cadastrar e acompanhar portadores desses agravos que são atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS) e gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados (DATASUS, 2014).

Desde que foi elaborado, o HiperDia foi pensado para ser desenvolvido na Atenção Básica (AB), que é um espaço de produção de serviços e práticas de saúde cuja meta principal é de reduzir os fatores de risco e a morbimortalidade por essas patologias e suas complicações e de priorizar a promoção de hábitos saudáveis de vida, prevenção e diagnóstico precoce e tratamento (BRASIL, 2005). Por essa razão, as equipes de Estratégia de Saúde da Família têm um papel primordial no enfrentamento da hipertensão arterial sistêmica, devido à grande possibilidade de

vínculo que existe entre os profissionais da atenção básica e os portadores de HAS. Esse vínculo é extremamente necessário para a concretização de estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle dessa patologia. Além disso, os profissionais da AB

> Devem, também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, consequentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão (BRASIL, 2013).

Assim, o controle e o enfrentamento da hipertensão arterial requerem atenção aos fatores acima citados e o desenvolvimento de políticas e ações eficientes por parte das autoridades, das organizações não governamentais, dos movimentos sociais, das instituições de saúde e dos profissionais da área, além dos próprios usuários, visando reverter esses fatores, o que impediria, como consequência, o avanço dessa doença crônica sobre a população e as complicações de saúde que ela provoca.

2.2 A FORMAÇÃO DE GRUPOS NA ATENÇÃO BÁSICA COM VISTA AO AUTOCUIDADO

Em outro item deste trabalho, citamos diversos condicionantes que contribuem para o aparecimento e o avanço da hipertensão arterial, evidenciando a dificuldade para o enfrentamento dessa patologia. Algumas situações podem ser complicadoras para o controle e a contenção da HAS, como: diversos e variados fatores etiológicos presentes na rotina de grande parte da população e a dificuldade de enfrenta-los, além do modo como esse problema de saúde pública é encarado pelas autoridades sanitárias do nosso país, pelos serviços de saúde e pelos profissionais.

Em muitos lugares do Brasil, as equipes da Estratégia de Saúde da Família têm como norte, para o desenvolvimento de ações de prevenção e do controle da hipertensão arterial o Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (HiperDia), como indicado pelo Ministério da Saúde. Esse programa deve ser consolidado através da vinculação do paciente portador de hipertensão arterial e/ou do diabetes mellitus à Unidade Básica de Saúde (UBS) e à Equipe de Saúde da Família (ESF) de sua

referência, e que seja prestada uma assistência contínua e de boa qualidade através do rastreamento, da monitorização, do acompanhamento, do aconselhamento a esses usuários e do fornecimento de medicamentos de maneira regular e orientada.

Alguns estudos apontam, no entanto, que muitas dessas ações não são feitas no cotidiano de algumas equipes de saúde da família. Na maioria das vezes, tem-se o rastreamento das HAS e do DM, a observação de comparecimento dos usuários à UBS, o estabelecimento de estratégias que favoreçam a adesão do usuário ao tratamento e as orientações sobre a importância de se fazerem exames periódicos solicitados, sem ter seus espaços garantidos na agenda das ações de algumas equipes por diversos motivos (LIMA; SCHWARTZ; MUNIZ *et al*, 2011).

Para se garantir um cuidado integral à saúde das pessoas com HAS, com resultados efetivamente positivos, e para impedir o crescimento e o avanço dessa patologia, é imprescindível não só cadastrar essas pessoas e distribuir medicamentos prescritos, como ocorre em grande parte das localidades do nosso país, mas também colocar em prática outras ações de saúde para dar conta da complexidade que envolve o cuidado. Entre as estratégias que acreditamos que sejam necessárias, destacamos as que envolvem a promoção e a educação em saúde (MIRANZI; FERREIRA; IWAMOTO *et al*, 2008). Quando falamos em promoção à saúde, referimo-nos à estratégia transversal que confere visibilidade aos fatores que colocam a população em risco, visando criar mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, defender a equidade e incorporando a participação e o controle social na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2006).

A educação em saúde a que nos referimos aqui é uma educação que proponha espaços de reflexão pessoal e coletiva, por meio de questionamentos e planejamento estratégico, resgate de valores, busca por conhecimentos, trabalho, emancipação ideológica e determinação profissional (FERNANDES; BACKES, 2010).

Para isso, devem-se eleger mecanismos para que esse molde educacional que oportuniza mais e melhor interação entre os atores sociais envolvidos no processo de crescimento psicossocial ocorra. Nessa perspectiva, a formação de grupos pelas equipes de estratégia de saúde da família tem se mostrado uma boa alternativa para o enfrentamento dos problemas de saúde de grupos específicos, principalmente através de ações de promoção e educação em saúde, já que a

interação entre profissionais e clientes, nas atividades em grupo, é um instrumento fundamental na troca de experiências e de ajuda mútua entre os participantes, propiciando o enfrentamento dos problemas através de ações que auxiliam a educação em saúde (ROCHA; CEZAR-VAZ; CARDOSO *et al*, 2010).

A formação de grupos viabiliza para os profissionais uma escuta mais qualificada e aconselhamento mais apropriado, respeitando-se as vivências e compreendendo bem mais os problemas dos participantes. Esse espaço de convivência é muito rico, porque possibilita uma interação entre o conhecimento técnico dos profissionais e a vivência prática dos usuários.

> É importante entendermos que “fazer um grupo” não é simplesmente colocar um conjunto de pessoas em um mesmo espaço físico, mas sim possibilitar a criação de redes sociais e compartilhar as experiências. Os grupos são espaços (objetivos e subjetivos) onde se desenvolve uma escuta para as necessidades das pessoas, dos seus problemas e vivências e onde a informação circula entre a experiência técnica dos profissionais e a vivência dos participantes, buscando soluções em conjunto (BRASIL, 2014).

A formação de grupos, no âmbito da atenção básica, é cada vez mais atual e frequente, com diversas modalidades para atender aos usuários com diferentes necessidades: hipertensos, diabéticos, mulheres, gestantes, idosos, entre outros. Embora, em alguns casos, existam problemas com o gerenciamento e a metodologia utilizada, esses grupos acabam se configurando como espaços de diálogo entre a equipe e os usuários, o que aponta para a possibilidade de promover saúde e educação em contextos que permitem a articulação entre os saberes técnicos e os populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários para o enfrentamento dos problemas de saúde (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

Existem três modelos básicos para a formação de grupos: grupos de sala de espera, grupos fechados ou abertos e consultas coletivas. Os grupos de sala de espera são direcionados aos usuários que estão esperando o horário de uma consulta, procedimento ou exame. Nesses casos, os grupos são formados naquele momento e, geralmente, só se encontram uma vez. No grupo fechado, o número de participantes é delimitado previamente, assim como o seu tempo de duração, ou seja, segue um cronograma para acontecer e tem data prevista para se encerrar. Os grupos abertos não têm predefinição de data para encerrar, e os participantes são rotativos, ou seja, dependendo do dia e do local, mudam-se os participantes. A

consulta coletiva consiste em reunir um pequeno número de pessoas para que seja feitos, simultaneamente, uma abordagem clínica, anamnese, exames físicos gerais, avaliação de exames, entre outros. Todos os participantes podem se manifestar, a qualquer momento, durante a atividade, fazendo perguntas e contribuindo. Porém, é necessário que o profissional tenha certo cuidado para evitar exposições demasiadas dos participantes durante a atividade.

As ações com grupos podem ser desenvolvidas através de jogos, brincadeiras, trabalhos manuais, passeios culturais e atividades criativas, pois “a opção pelo lúdico, pela brincadeira e pela conversa informal permite compartilhar experiências, vivências e aprendizados na busca de maior autonomia, autoestima, crescimento e cidadania” (BRASIL, 2014).

A terapia com base em grupos de pessoas tende a aproximar os participantes uns dos outros e todos da equipe de saúde, consequentemente, fortalece o vínculo e a confiança nessa equipe, o que pode resultar em adesão a práticas de saúde mais saudáveis e que diminuam riscos e complicações. Maffacciolli e Lopes (2011) defendem essa ideia acrescentando que as terapias grupais são capazes de viabilizar, por meio do vínculo entre os participantes e deles com a estrutura institucional, a compreensão das situações de vida, saúde e doença, sendo incorporados aspectos importantes que fundamentarão certos comportamentos para promover saúde.

Um desses aspectos importantes é a corresponsabilização entre equipe e os usuários para o enfrentamento da doença e a manutenção do bom nível de saúde deles, já que não é possível enfrentar nenhuma condição patológica e/ou manter um bom nível de saúde de uma população se ela também não for responsabilizada e envolvida nesse processo de modo ativo e contínuo. Acredita-se que a corresponsabilização para o enfrentamento dos problemas e a necessidade de saúde entre o usuário e a equipe de saúde, assim como mais interação entre eles proporcionam a superação das dificuldades relacionadas à manutenção dos hábitos necessários para controlar a doença (LIMA; SCHWARTZ; MUNIZ *et al*, 2011).

Além de facilitar o enfrentamento das condições patológicas, como referido pelos autores, acreditamos que o envolvimento dos cidadãos é de suma importância para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e manter um bom nível de sua saúde. Isso quer dizer que a corresponsabiliação entre a equipe e os usuários, nesse processo, é importante não somente no momento de desequilíbrio fisiológico,

como também, e de forma mais acentuada, na manutenção do equilíbrio do processo saúde-doença de cada um deles. Ao afirmar isso, queremos chamar à atenção para o fato de que as ações educativas grupais frequentemente assumem abordagem focada na doença ou nos problemas de saúde apresentados pelos usuários dos serviços (DIAS; TAVARES, 2013).

Nesse sentido, é importante que a equipe de saúde reflita sobre como está desenvolvendo suas atividades de educação em saúde, de forma a torná-las mais efetivas e consonantes com as necessidades da comunidade, pois a maneira como os profissionais de saúde desenvolvem suas atividades, de modo geral, reflete na maior ou menor participação da população nelas.

Para que essa concepção seja uma realidade nas práticas profissionais cotidianas, nos serviços de saúde e, mais especificamente, na atenção primária à saúde, no Brasil, são necessárias ações que instiguem os modelos de atenção mais responsáveis e estimulem os usuários ao autocuidado, corresponsabilizando-os pela própria saúde (BRASIL, 2002).

O trecho acima cita um aspecto importante quando se fala de envolvimento do usuário na corresponsabilização pelo seu nível de saúde - o autocuidado. Esse termo foi mencionado, pela primeira vez, no campo da Enfermagem, em meados do Século XX e fazia parte da Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado da Enfermeira Dorothea Elizabeth Orem, que era constituída de três construtos: o autocuidado, o déficit do autocuidado e os sistemas de enfermagem (SILVA; OLIVEIRA; SILVA *et al*, 2009).

Podemos entender o autocuidado como um conjunto de ações voltadas para o próprio indivíduo ou para o ambiente, a fim de regular o bom funcionamento corpóreo. Em outras palavras, podemos afirmar que as ações de autocuidado constituem a prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício, com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar (BUB; MEDRANO; SILVA *et al*, 2006).

As ações de autocuidado são voluntárias e intencionais. Isso quer dizer que própria pessoa com o propósito decide contribuir ativamente para que os objetivos e as metas a serem alcançados sejam atingidos. O autocuidado envolve comunicação com o mundo, ações, exercício do desejo humano de saber, de buscar a verdade e de fazer o bem a si mesmo e aos outros (BUB; MEDRANO; SILVA *et al*, 2006).

Vários são os fatores que condicionam o autocuidado, a saber: a idade, o sexo, o estado de desenvolvimento, o estado de saúde, a orientação sociocultural e os fatores do acesso ao sistema de saúde, entre outros. Quanto aos requisitos do autocuidado, temos:

> Os requisitos universais do autocuidado são comuns para todos os seres humanos e incluem a conservação do ar, água e alimentos, eliminação, atividade e descanso, solidão e interação social, prevenção de risco e promoção da atividade humana. (...) Outro requisito do autocuidado é o das alterações da saúde. A doença ou lesão não somente afetam as estruturas e o mecanismo fisiológico ou psicológico, mas o funcionamento integral do ser humano, quando está seriamente afetada (SILVA; OLIVEIRA; SILVA *et al*, 2009).

O trecho evidencia que as ações de autocuidado são necessárias para todos, tanto as que se encontram com algum desequilíbrio na relação saúde-doença, as patologias, por exemplo, como as que não se encontram nessa situação. Isso mostra a importância dessas ações no contexto geral da vida das pessoas, para que possam manter um bom nível de saúde e qualidade de vida.

> As equipes de Atenção Primária em Saúde (APS) devem estimular e empregar procedimentos de colaboração entre elas e as pessoas, já que entendemos o autocuidado apoiado como uma relação de diálogo entre os saberes de cuidar de si e os saberes de cuidar do outro (BRASIL, 2014).

O autocuidado é composto de três pilares que o sustentam e que devem ser construídos/desenvolvidos ao longo do tempo junto com o usuário: o manejo clínico, os estilos de vida e os aspectos emocionais. Essa divisão é mais didática do que prática, haja vista que, no cotidiano dos usuários, principalmente dos portadores de alguma patologia crônica, eles se encontram muito entrelaçados.

O manejo clínico inclui os conhecimentos necessários sobre a doença, os sinais e os sintomas de descompensação, o uso de medicamentos, entre outros. Nesse primeiro grupo de cuidados, estimula-se o usuário “a aprender a conhecer e aprender a fazer” (BRASIL, 2014). O segundo pilar se refere aos estilos de vida e às suas mudanças que, muitas vezes, são necessárias para que se tenha saúde e boa qualidade de vida para os que têm ou não uma condição crônica. Neste trabalho, a intenção primordial é fazer e manter as mudanças ao longo da vida através do “aprender a ser e aprender a conviver” (BRASIL, 2014). O terceiro pilar envolve os

aspectos emocionais dos usuários, que lidam com sentimentos como raiva, frustração, medo, ansiedade e cansaço físico e emocional. Esse pilar tem relação com as perspectivas de futuro do usuário, ou seja, o que ele pode fazer para ter mais expectativa de vida com equilíbrio em seu processo de saúde-doença.

Pode-se desenvolver o autocuidado apoiado de várias formas, individualmente, no contexto da consulta clínica ou da visita domiciliar; nos grupos; em consultas coletivas; a distância, por telefone e/ou por meio da internet (BRASIL, 2014).

O déficit de autocuidado, caracterizado pela relação desproporcional entre a demanda da necessidade de autocuidado e as ações desenvolvidas nesse âmbito, requer ajuda, que pode ser de uma pessoa próxima, um familiar, ou um profissional de saúde, dentre os quais, destacamos os da Enfermagem, que têm como parte de suas funções as ações nesse campo. Em outras palavras, o déficit de autocuidado ocorre quando o ser humano se acha limitado para prover o autocuidado sistemático e precisa de ajuda (DIÓGENES; PAGLIUCA, 2003).

Diante de todo o exposto sobre o autocuidado, é notório que a equipe de saúde da família deve trabalhar e incentivar práticas de educação para o autocuidado com todos os usuários, em especial, com os que já são portadores de patologias crônicas e degenerativas e mais propensos a ter complicações de saúde e perda de qualidade de vida, porquanto “a construção de novos conhecimentos conduz à aquisição de comportamentos preventivos e estimula o indivíduo a compreender seus problemas e escolher a solução apropriada para o gerenciamento dos cuidados com a doença” (TORRES; FRANCO; STRADIOTO *et al*, 2009). Porém, é necessário deixar claro que

> o autocuidado não deve ser entendido como exclusiva responsabilidade do indivíduo e de sua família, mesmo que esses tenham que compreender e aprender a desenvolver atividades que competem somente a esse raio de relação. O autocuidado é também responsabilidade do profissional e das instituições de Saúde, já que estamos falando em dialogar sobre as necessidades de cuidado da pessoa em relação à sua condição crônica (BRASIL, 2014).

Para isso, é necessário repensar as práticas de saúde e os moldes com que são planejadas as ações coletivas e individuais. Não há como se pensar em práticas de incentivo e desenvolvimento de autocuidado sem colocar o usuário no centro das

ações, como um personagem primordial e atuante na elaboração e na implementação dessa proposta. É por essa razão que há uma desconstrução a ser realizada, para que o cuidado não se transforme em objeto ou instrumento de políticas que fazem das práticas em saúde um sequestro da subjetividade (BUB; MEDRANO; SILVA *et al*, 2006).

As instituições e as autoridades sanitárias brasileiras e mundiais corroboram com a ideia da formação de grupos para o autocuidado como estratégia eficiente na mudança dos perfis epidemiológicos, para que as pessoas atinjam uma melhor condição de vida como protagonistas desse processo. Segundo a OMS, o autocuidado apoiado pode incluir em seu processo pacientes experientes (conhecedores e familiarizados com o problema) para apoiar, de diversas maneiras, o autocuidado voltado para outros pacientes e reunir grupos sob a orientação de um membro da equipe e garantir as manifestações e a troca de ideias entre os participantes. Segundo a OMS, entre todos os formatos de intervenção e de apoio ao autocuidado, esse é o que tem obtido os resultados mais sólidos e eficientes (BRASIL, 2014).

Assim, acreditamos que a formação de grupos de autocuidado pela equipe de estratégia de saúde da família pode se configurar como um instrumento eficaz para melhorar o nível de saúde e da qualidade de vida das pessoas de modo geral, em especial, daquelas que são acometidas pelas doenças crônicas, através da implementação de práticas assistenciais e educativas que valorizem o ato de se autocuidar e tenham como bases norteadoras a promoção e a educação em saúde.

2.3 A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

As práticas em educação desenvolvidas nos moldes atuais procuram atender às necessidades do mercado financeiro, seguindo um modelo que visa, basicamente, a empregabilidade, a produção e o avanço do neoliberalismo econômico. Itens como o acúmulo de conhecimento técnico, a especialização demasiada das profissões e a valorização de uma ótica científica positivista estão impregnados na cultura educacional contemporânea em diversas partes do mundo.

No Brasil, além dessa conformação educacional acima citada, contamos com um desnível muito acentuado de educação formal entre os cidadãos, ou seja, existe

uma pequena parcela da população com um nível de instrução e de escolaridade elevado, enquanto a maior parcela não teve acesso à educação formal satisfatoriamente. Esse fato acarreta uma supervalorização da educação formal e técnica em detrimento do conhecimento popular, porquanto ela não tem tido a relevância necessária por estar dirigida aos sujeitos excluídos do processo educativo (MARCIEL, 2011).

Além disso, o processo formativo oferecido pelas instituições brasileiras, nos dias atuais, é limitada e limitante, ao passo que se baseia em transferência de conhecimento, um processo difícil, em que o educando não é visto como parte ativa no processo ensino-aprendizagem, mas apenas com um receptor de informações. Assim, o modelo pedagógico hegemônico de ensino é centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada, isolada, fragmenta os indivíduos em especialidades clínicas, centra as oportunidades de aprendizagem na clínica e incentiva a especialização precoce (MIRANDA, 2010).

A proposta da Educação Popular defendida por Paulo Freire é inversa à educação baseada em simples transferência de saberes, considerando a construção do conhecimento como possibilidade de superar as relações verticais contraditórias e os modelos mecanicistas de análise da realidade social, com novas esperanças que indiquem que é preciso mudar. (MARCIEL, 2011).

Mas que proposta é essa defendida por Paulo Freire? Em que aspectos ela avança em relação às práticas educacionais convencionais? E de que modo ela pode ser útil na elaboração de práticas de educação em saúde mais eficientes? Entendamos um pouco da conformação histórica das práticas de educação no Brasil.

A história da educação no Brasil sempre foi marcada pela intervenção e pela influência direta das elites, visando sempre à imposição de normas e de comportamentos que consolidassem seus interesses econômicos e políticos. “Historicamente, o Brasil teve poucos períodos de reflexão e inquietação com a educação, como vem tendo nas conjunturas atuais. (...) A história da educação é assinalada pelo autoritarismo e pela educação bancária” (ANDRADE, 2012).

A partir de meados do Século XX, o Brasil passou por diversas transformações sociais e econômicas e iniciou a transição de país agroexportador para país urbano e industrial. Isso aumentou a necessidade de mão de obra, de alfabetizar esses trabalhadores e de qualificá-los para o trabalho. Foi nesse contexto

em que começaram as primeiras iniciativas de educação popular, “em função do quadro agravante no qual os sujeitos precisariam ser instrumentalizados para contribuir com o desenvolvimento do país” (MARCIEL, 2011). É importante ressaltar que essas primeiras iniciativas de educação popular foram criadas para os trabalhadores, mas não junto com eles, o que, por si só, já desconfigura e descaracteriza a proposta de educação popular, que pressupõe a participação de todos os envolvidos em sua construção.

Depois do início da década de 1960, a participação popular aumentou, nos diversos âmbitos sociais e políticos e surgiram diversos movimentos e organizações que colaboraram para o desenvolvimento da Educação Popular em Saúde, mesmo em meio ao início da ditadura militar, como a Igreja Católica, o Partido Comunista e a União Nacional dos Estudantes (Une).

Com os governos progressistas, crescia o número de experiências em Educação Popular pelo país, através de iniciativas que visavam, entre outras coisas, alfabetizar os adultos, porque, na época, o percentual de analfabetos era consideravelmente grande. Surgiram, nesse momento, os Círculos de Cultura dentro do Movimento de Cultura Popular (MCP) “quando, a partir da alfabetização de adultos, como um processo educativo e conscientizador, passou-se a discutir sobre a realidade das comunidades carentes do país” (ALBUQUERQUE, 2003).

Percebemos que, nesse momento, as experiências em Educação Popular em Saúde passam a ter um aspecto social e político embutido em seu interior, a fim de organizar a população, principalmente a mais carente, para que essa pudesse conhecer e reivindicar direitos e melhorias para suas vidas. Mas isso perdeu força pelo golpe militar de 1964 e ficou à margem da sociedade, muitas vezes, como forma de resistir ao autoritarismo imposto pelos militares.

Assim, contraditoriamente, o golpe militar acabou criando um espaço fértil de oportunidades para alternativas de enfrentamento dos problemas de saúde das classes populares, baseadas no diálogo e no saber popular, e se tornou a semente do movimento sanitário brasileiro (VASCONCELOS, 2004). Fora do país, outros acontecimentos ocorridos a partir da década de 1970 também se tornariam muito importantes tanto para o crescimento e a consolidação da Educação Popular em Saúde quanto para a reforma que iria ocorrer no setor de saúde do nosso país, como o Movimento de Promoção de Saúde, surgido no Canadá em 1974, que serviu de alicerce para a primeira conferência internacional sobre esse tema, que iria

ocorrer em Ottawa em 1986. Como fruto dessa conferência, foi elaborada a Carta de Ottawa, enfatizando que as ações comunitárias serão efetivas se for garantida a participação popular na delimitação de prioridade, na tomada de decisões e na definição e implementação de estratégias para alcançar um melhor nível de saúde. O documento resgata a dimensão da educação em saúde com a ideia de empoderamento (MONTERIO; VIEIRA, 2009).

No final da década de 1970, os movimentos populares pela redemocratização e pela reforma sanitária começaram a se fortalecer, os movimentos de Educação Popular receberam apoio de profissionais de saúde, o tema saúde passou a ser um tema gerador nesse âmbito e foram iniciadas as discussões e as ações em Educação Popular em Saúde. “Assim, junto aos movimentos sociais emergentes, começaram a surgir experiências de serviços comunitários de saúde desvinculados do Estado, em que profissionais de saúde aprendiam a se relacionar com os grupos populares” (VASCONCELOS, 2004).

Com a redemocratização do país e o surgimento de um novo sistema de saúde - o Sistema Único de Saúde (SUS), essas experiências perderam um pouco o foco, devido às mudanças técnicas, políticas e sociais que começaram a ocorrer em todo o território nacional. Os profissionais se voltaram mais para as instituições e os serviços de saúde e o contato intenso e direto com a população in loco diminuiu consideravelmente, porém não foi esquecido.

É importante mencionar que as Leis Orgânicas da Saúde proporcionaram consideráveis avanços na relação de envolvimento e aproximação dos usuários com os serviços, porquanto legalizaram e instituíram como necessária e indispensável a participação popular no SUS. A Lei 8.080/90 apontou para a necessidade de se trabalharem a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde e de empoderar os cidadãos que, antes, eram apenas pacientes que ficavam esperando a cura, e a partir de então, seria preciso executar estratégias por meio das quais fosse possível prevenir patologias e agravos e promover a saúde, transformando essas pessoas em personagens ativos em seu processo saúde-doença. A Lei 8.142/90, por sua vez, dispôs sobre o financiamento e a necessidade da participação popular no SUS, o que resultou na oportunidade de a população participar, de fato e de direito, da elaboração, da implementação e da avaliação das políticas públicas e de ações de saúde.

Um pouco mais adiante, principalmente através da implementação do então chamado Programa de Saúde da Família (PSF), as ações no âmbito da atenção primária à saúde resultaram em boas experiências de educação e promoção da saúde, através da aproximação dos profissionais das equipes com a comunidade e o desenvolvimento de trabalhos realizados com ela. Assim aos poucos, foram surgindo experiências pioneiras que avançaram sobremaneira na superação do caráter mercantil, biologicista e alienador da prática médica dominante, embora esparsas e pontuais (VASCONCELOS, 2001).

Na maioria dessas experiências exitosas, o empoderamento da população se faz presente, dando protagonismo ao usuário e à comunidade em geral, na relação entre eles e os serviços de saúde, efetivando a promoção à saúde. Monteiro e Vieira demonstram muito bem como esse processo pode ocorrer no seguinte trecho:

> Como estratégia de promoção à saúde, a práxis de Educação em Saúde, nessa conscientização individual e coletiva de responsabilidades e de direitos, deve eleger metodologias de ensino que conduzam a uma transformação dos indivíduos socialmente inseridos no mundo (MONTEIRO; VIEIRA, 2009).

Assim, é imprescindível fazer atividades no âmbito da educação que sejam críticas e comprometidas com os princípios cidadãos e democráticos e estimulem os sujeitos a se emanciparem, a terem autonomia e a melhorarem sua visão do mundo que o rodeia e de si mesmo, inclusive dos determinantes que interferem diretamente no seu processo saúde-doença.

Nesse breve relato histórico, convém notar que, semelhante aos processos da educação formal, a educação em saúde, ao longo da história, também se configurou como prescritiva, vertical e unidirecional, o que Isso tornou as práticas educativas no setor de saúde como inviáveis e ineficientes e, embora tenham como objetivo final melhorar a vida das pessoas, “limitam-se à transferência de informações para a população sobre determinados procedimentos, com caráter coercitivo e traços de autoridade e prescrição” (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

Aliado a isso, o modelo assistencial brasileiro ainda prioriza as ações de cunho curativo que não conseguem ter um grande impacto na melhoria do nível de saúde da população, já que dependem de grande aparato tecnológico e concentração de atividades na figura médica, condicionantes que não são disponibilizados equitativamente entre todos os cidadãos excluem muitos deles. O

modelo assistencial que predomina no Brasil está voltado, principalmente, para as ações de cunho curativo, o que reforça uma medicina de alto custo, que precisa de uma forte estrutura de apoio diagnóstico mesmo para os eventos mais simples do adoecimento humano. Por isso é um sistema excludente e de baixo impacto na melhoria da qualidade de vida da população.

A dimensão biológica do processo saúde/doença é supervalorizada em detrimento da compreensão dos aspectos socioeconômicos e culturais que possam intervir nesse processo (ALBUQUERQUE, 2003). Porém, como temos visto, as práticas tradicionais de educação em saúde não conseguem mais dar conta das necessidades para a construção de um conhecimento crítico que possa mudar concepções e transformar hábitos e estilos de vida, ingredientes indispensáveis para as pessoas melhorarem seu nível de saúde e a qualidade de vida, sobretudo as que são portadoras de doenças crônicas. A educação, nos moldes da transferência de conhecimentos, é um processo complicado, especialmente quando se trata de auxiliar o tratamento de doenças crônicas, e, na maioria dos casos (TORRES; FRANCO; STRADIOTO *et al*, 2009), não tem solução.

Por tudo o que foi exposto até aqui, entendemos que é extrema necessidade e urgência a construção de práticas educativas comprometidas com os princípios de cidadania e democracia e que conduzam os sujeitos rumo a sua autonomia e sua emancipação (MONTEIRO; VIEIRA, 2010).

No atual contexto brasileiro referente às iniciativas educacionais de saúde, existem, segundo Vasconcelos (2010), duas interfaces: “os grandes meios de comunicação de massa e a convivência cotidiana dos profissionais com a população nos serviços de saúde”. A primeira envolve notícias e informações repassadas pelos veículos de comunicação, como rádio, televisão, jornais, revistas, redes sociais, entre outros, sobre os mais diversos temas na área de saúde. A segunda diz respeito ao contato direto entre o usuário e o profissional, durante o dia a dia nos diversos serviços de saúde e até mesmo no meio social e comunitário. Em relação a essas duas tendências, o autor é categórico ao dizer:

> A segunda interface, na medida em que permite um contato muito próximo entre os vários atores envolvidos no processo educativo, permite um rico aprendizado dos caminhos de uma educação em saúde que respeite a autonomia e valorize a criatividade dos educandos. (...) É preciso superar a atual situação, em que as grandes campanhas educativas em saúde são organizadas por

> grandes empresas de comunicação muito pouco articuladas com o cotidiano de relação entre os profissionais de saúde e a população (VASCONCELOS, 2010).

Fica claro que o molde educacional defendido por esse autor e pelos demais que apoiam a Educação Popular em Saúde é aquele que rejeita qualquer forma de discriminação, dominação ou subjugo de um cidadão com outro, empoderando os sujeitos e os tornando capazes de discutir e opinar, crítica e reflexivamente, sobre as dinâmicas sociais que os rodeiam, inclusive no campo sanitário, em que passam de meros “pacientes” a sujeitos ativos no processo de melhoria do seu nível de saúde e da qualidade de sua vida.

Ainda segundo Vasconcelos (2010), existe uma riqueza muito grande no desenvolvimento de iniciativas de Educação Popular em Saúde, que dão muita ênfase à estruturação de instrumentos de ampliação dos canais de interação cultural e de negociação (cartilhas, jornais, assembleias, reuniões, cursos, visitas, etc.) entre os diversos grupos populares e os diversos tipos de profissional, o que faz emergir a necessidade de novos padrões de enfrentamento dos problemas de saúde marcados pela interação entre o saber técnico e o saber popular e pela mútua colaboração.

Esse molde educacional é o defendido pelo estudioso e educador Paulo Freire, que propôs um novo molde de abordagem educacional que visa justamente ao empoderamento e à autonomia dos sujeitos. Para ele, educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é transferência de saber, mas encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados (FREIRE, 1992).

O Círculo de Cultura proposto por Freire é uma ideia que substitui a de “turma de alunos” ou de “sala de aula” e institui uma estratégia de educação libertadora, um lugar onde todos têm a palavra, leem e escrevem o mundo, um espaço de trabalho, pesquisa, exposição de práticas, dinâmicas e vivências que possibilitam a construção coletiva do conhecimento (MONTEIRO; VIEIRA, 2010).

A abordagem educacional de Paulo Freire é condizente com o que acreditamos ser o mais adequado para trabalhar a educação em saúde em grupos no âmbito da atenção básica, pois uma das maiores potencialidades da proposta de Freire para a metodologia em grupo é a participação de todos os que estão envolvidos na atividade, ensinando e aprendendo ao mesmo tempo, valorizando os

conhecimentos e as experiências de vida de todos e construindo, com base nelas, o conhecimento que será emancipatório para os participantes.

A prática de atividades em grupos em que se utiliza a concepção dialógica de Freire, no âmbito do Programa Saúde da Família, visa ensejar uma proposta de intervenção educativa que valorize a experiência em grupo e promova a construção coletiva de conhecimentos, o que pode ampliar as fronteiras de atuação da ESF, com mais resolutividade das ações e melhor impacto nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida (FERNANDES; BACKES, 2010).

A partir do entendimento das ações de educação em saúde como proposta inovadora, articulada entre a concepção da realidade do contexto de saúde e a busca de possibilidades de atitudes geradoras de mudanças (MONTEIRO; VIEIRA 2010) e considerando tudo o que exposto até aqui, acreditamos que a formação de grupos de autocuidado com abordagem em Educação Popular em Saúde para hipertensos, no âmbito da atenção básica, é uma forte estratégia de combate ao avanço e ao agravamento dessa patologia na comunidade assistida. Para isso, a Equipe de Estratégia de Saúde deve entender que é sobremaneira importante empregar a Educação Popular em suas ações e estar capacitada para trabalhar isso.

3 O PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Para alcançar os objetivos que foram pensados para a pesquisa, foi necessário não somente o levantamento de dados e de informações, mas também uma participação ativa por parte do pesquisador assim como dos atores envolvidos neste estudo no desenvolvimento de ações para intervir na realidade em questão.

Assim, a pesquisa-ação foi o método mais apropriado para dar conta da proposta deste estudo. A pesquisa-ação consiste em relacionar pesquisa e ação em um processo em que os atores e os pesquisadores se envolvem, tentando elucidar algum problema ou questão do cotidiano. Dessa forma, a pesquisa-ação não se resume a um simples levantamento de dados, pois permite que os pesquisadores desempenhem um papel ativo na própria realidade dos fatos observados (PRODANOV; FREITAS, 2013) e assume um caráter emancipatório, em que os sujeitos da pesquisa passam a ter a oportunidade de se libertar de mitos e preconceitos e tomam consciência, dia após dia, das transformações que vão ocorrendo em si próprios (THIOLLENT, 2009).

Por fim, é importante mencionar que o estudo tem uma abordagem qualitativa de um cunho descritivo e exploratório e se caracteriza por estudar e descrever um objeto, nesse caso, a percepção dos profissionais de uma USB acerca da formação de grupos de pessoas com doenças crônicas, em especial, com hipertensão arterial, com vistas ao autocuidado para o enfrentamento da hipertensão arterial sistêmica à luz da Educação Popular em Saúde.

O sentido exploratório da pesquisa se concretiza pela pretensão de se aproximar de algo ainda pouco conhecido, para ter uma intimidade com o fenômeno estudado. Já o seu cunho qualitativo se justifica pela tentativa de descrever, compreender e explicar um fenômeno profundamente. Assim, a pesquisa é dita qualitativa, quando busca conhecer, entender e demonstrar os fenômenos a partir de valores individuais, crenças, hábitos opiniões e representações (MINAYO; SANCHES, 1993).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O cenário do estudo foi a Unidade Básica de Saúde Joana Cacilda de Bessa, localizada na zona urbana da cidade de Pau dos Ferros, que fica distante cerca de 400 km de Natal, na região do Alto Oeste - Rio Grande do Norte, Brasil. O município tem uma população de 29.954 habitantes (IBGE, 2015).

Figura 1 – Mapa de localização geográfica da cidade de Pau dos Ferros - RN

Fonte: Wikipedia (<https://pt.wikipedia.org/wiki/Pau_dos_Ferros>)

Pau dos Ferros é uma cidade com intenso fluxo de pessoas e mercadorias na região do Alto Oeste potiguar e considerada como o centro comercial de bens/serviços e referência em diversos âmbitos para mais de 30 municípios da região.

No setor de saúde, a cidade conta com um hospital de médio porte estadual - o Hospital Regional Cleodon Carlos de Andrade - uma maternidade filantrópica, a Maternidade Santa Luíza de Marilac, doze equipes de saúde da família, além da rede de serviços privados com diversas clínicas e um hospital.

Das doze equipes de saúde da família, três se localizam na zona rural, e nove, na urbana. O total de hipertensos cadastrados no município é de 1476, segundo o E-SUS. Já a equipe de saúde da UBS Joana Cacilda de Bessa, foco da nossa pesquisa, é responsável pela área de abrangência onde há mais hipertensos - um total de 485 cadastrados até o mês de outubro de 2015 (SIAB).

Como já referimos, fizemos uma análise de campos de força (ACF), como propõe Lewin (1997), para verificar a viabilidade do projeto de pesquisa com a equipe da unidade de saúde Joana Cacilda de Bessa. Segundo essa análise, uma proposta só pode gerar resultados positivos se o somatório das forças facilitadoras for maior do que o das forças contrárias à realização do evento. Assim, para analisar se uma proposta é viável, é necessário fazer o somatório de tudo o que converge para o sucesso da proposta e comparar com o de tudo o que diverge e verificar, no final, qual o somatório de forças é o maior.

Depois de explicar como funciona a ACF, discutimos com todos os que fazem parte da equipe da referida unidade sobre os fatores favoráveis ao desenvolvimento do projeto e os desfavoráveis. Os facilitadores foram: grande quantidade de pessoas portadoras de hipertensão arterial na área de abrangência da unidade; agravamento do quadro de saúde de alguns usuários hipertensos na área de abrangência; falta de ações de educação em saúde regularmente; vontade dos membros da equipe de realizar mais ações na comunidade; apoio do NASF; estrutura física da unidade e acesso à unidade de saúde. As forças contrárias foram: tempo limitado para a realização de outras atividades; necessidade de organizar o cronograma de funcionamento da unidade para o desenvolvimento das capacitações e das atividades do grupo e escassez de material para o desenvolvimento de atividades nas capacitações e no grupo.

Depois de analisar com a equipe a quantidade e a intensidade das forças facilitadoras e contrárias ao desenvolvimento do projeto, chegamos à conclusão de que o projeto era viável e útil.

3.3 POPULAÇÃO PESQUISADA

A unidade escolhida conta com os seguintes trabalhadores: uma administradora, um médico, uma enfermeira, um odontólogo, dois técnicos em Enfermagem, uma auxiliar de consultório odontológico, sete agentes comunitários de saúde, uma recepcionista/arquivista, duas auxiliares de serviços gerais e dois vigilantes, portanto, dezenove trabalhadores.

Essa equipe recebe o apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, “não se constitui de uma porta de entrada do sistema de saúde, mas sim de apoio às equipes de Saúde da

família” (BRASIL, 2009). O NASF deve atuar em algumas diretrizes da APS, com ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social e educação popular; e promoção da saúde e humanização. Para conseguir atuar de forma efetiva, a equipe de NASF deve utilizar de ferramentas como Apoio Matricial, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular, Projeto de Saúde do Território e Pactuação do Apoio (BRASIL, 2009). É responsável por apoiar a ESF Joana Cacilda de Bessa e composta de: duas fonoaudiólogas, uma assistente social, uma terapêutica ocupacional e uma fisioterapeuta, portanto, cinco profissionais.

Fizeram parte da pesquisa os trabalhadores da Unidade de Saúde Joana Cacilda de Bessa e os profissionais da equipe do NASF, que presta apoio matricial à referida equipe.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

a) Profissionais de saúde da equipe Joana Cacilda de Bessa;
b) Profissionais do NASF ligados à equipe de saúde da família da UBS Joana Cacilda de Bessa.

3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

a) Profissionais que não fazem parte da Unidade de Saúde Joana Cacilda de Bessa;
b) Profissionais que não estavam exercendo suas funções (afastados) no período da pesquisa por quaisquer motivos.

3.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

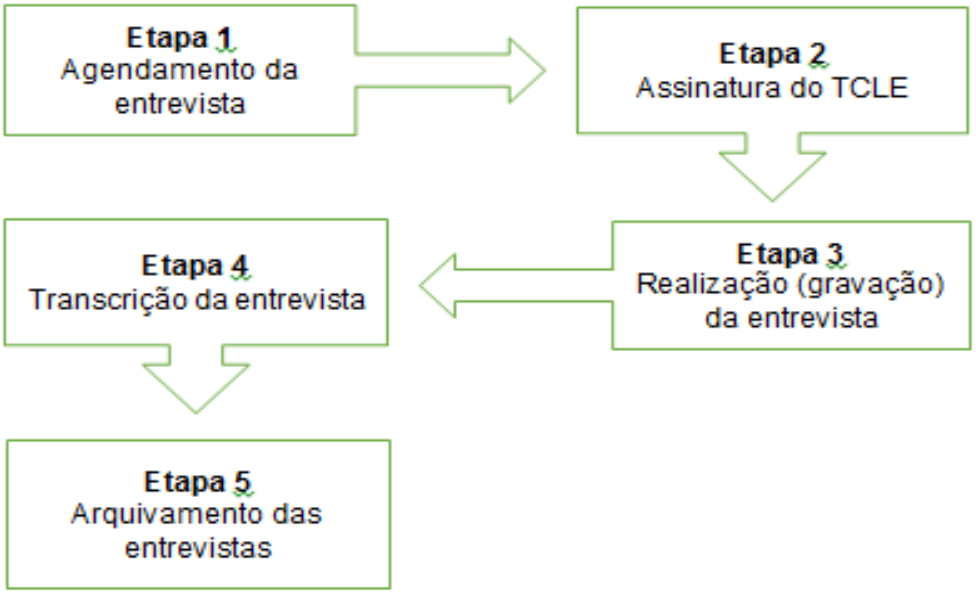
Para dar conta do trabalho que propusemos, entrevistamos o público-alvo (apêndice A) e confeccionamos um diário de campo com base nas observações feitas durante todo o contato que tivemos com a equipe. Os momentos de capacitação (oficinas) também foram ricos, porquanto pudemos observar a realidade pesquisada.

A entrevista (apêndice A) foi composta de perguntas abertas que visavam identificar os aspectos perceptivos dos participantes sobre a possibilidade e a importância de criar estratégias de educação em saúde para o enfrentamento da hipertensão na área de abrangência, da formação de grupos de autocuidado como uma dessas estratégias e da compreensão e do emprego da Educação Popular em Saúde como um molde a ser seguido nessas ações e no grupo.

O instrumento proposto (roteiro de entrevista) foi testado previamente com quatro profissionais para verificar sua clareza e objetividade. Em seguida, foi aplicado com os trabalhadores da Unidade de Saúde Joana Cacilda de Bessa de forma individual e em horários que não coincidiram com as atividades cotidianas da equipe.

A figura abaixo mostra como foi feito o fluxograma de coleta dos dados utilizando-se o roteiro de entrevista.

Figura 2 – Fluxograma de coleta dos dados com o instrumento entrevista



Utilizamos também um diário de campo durante os momentos em que estivemos na UBS com os profissionais para registrar acontecimentos e ocorrências importantes durante o processo de capacitação da equipe. Esse instrumento auxiliou significativamente na descrição e posterior reflexão sobre os momentos de contato com a equipe, principalmente no comparativo entre as respostas dadas nas entrevistas e o observado na realidade. Para Minayo (2007), “o diário de campo

consiste em um caderninho de notas onde iremos registrar todas as impressões pessoais e os comportamentos contraditórios dos sujeitos pesquisados".

Nossa intenção foi de, no final da coleta dos dados, analisar os dados obtidos e discutir sobre os conhecimentos já existentes acerca do tema e o confronto com o referencial teórico disponível. Além disso e devido à ação a que este estudo se propôs, foi necessário realizar três oficinas, distribuídas em quatro momentos, para debater sobre temas e questões importantes para a formação e o desenvolvimento de grupos de autocuidado para clientes com HAS à luz da Educação Popular em Saúde.

Essas oficinas foram desenvolvidas depois da entrevista e com seus participantes, visando ao avanço nas discussões sobre o tema foco do estudo e dando alicerce para a possível formação de um grupo de hipertensos para se trabalhar o autocuidado tendo como base a Educação Popular em Saúde.

As oficinas tiveram como temas os seguintes pontos propostos em ordem cronológica de datas:

- A estratégia de saúde da família e a importância das ações educativas no âmbito da atenção primária e da formação de grupos como estratégia de educação em saúde;
- O autocuidado como forma de melhorar a qualidade de vida da população com HAS e da comunidade em geral;
- A Educação Popular em Saúde como norteadora das práticas de educação desenvolvidas pela ESF (parte I e II).

No final, em um tópico do capítulo sobre a discussão e os resultados, traremos, de forma minuciosa, as atividades desenvolvidas nesses momentos, bem como os subtemas abordados em cada oficina e as avaliações feitas pelos participantes e pelo pesquisador. Esses momentos também se configuraram como uma rica oportunidade de o pesquisador observar a realidade de forma assistemática.

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa e com um número pequeno de participantes, a análise de conteúdo, como propõe Bardin (1997), foi a mais apropriada para interpretar as informações colhidas. É um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visam obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 1997).

As seguintes etapas fazem parte da análise proposta:

1) Pré-análise: É a fase da organização propriamente dita, quando se escolhem os documentos que serão analisados.
   - Leitura flutuante - Analisar e conhecer o texto;
   - Formular as hipóteses e os objetivos;
   - Elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação.
2) Exploração do material: os dados são codificados a partir das unidades de registro.
3) Tratamento dos resultados e interpretação: categorização, que consiste em classificar os elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento em função de características comuns.

Depois de exaustivas leituras e de escutar as falas colhidas nas entrevistas, elencamos algumas categorias que ligam essas falas às questões que norteiam a pesquisa. Seguindo a teoria de Bardin (1997), depois de identificados os núcleos de sentido contidos nas falas dos participantes, eles foram codificados em categorias e emergiram as subcategorias, que foram agrupadas em categorias temáticas de acordo com suas afinidades e aproximações.

Ao final, as categorias temáticas foram interpretadas e discutidas com base no referencial teórico selecionado apropriado.

Com o agrupamento das subcategorias, foram montadas quatro categorias levando em consideração a análise temática. A figura abaixo demonstra a organização das categorias e das subcategorias.

Quadro 1 – Distribuição das categorias e das subcategorias temáticas

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
A percepção dos profissionais sobre a Educação em Saúde	Prevenção de doenças
	Informar e educar em saúde
	A Educação Popular em Saúde: algo ainda desconhecido
Práticas desenvolvidas atualmente para os portadores de HAS e a comunidade em geral	As palestras: principais ações de Educação em Saúde para os portadores de HAS
	As práticas educativas na comunidade para os portadores de HAS
	A falta de cronograma e regularidade nas atividades
Entraves para o desenvolvimento da Educação em Saúde na ESF	A redução da equipe de saúde da família
	Agendas profissionais apertadas e incompatíveis com as práticas de Educação em Saúde
	Pouca adesão dos profissionais às práticas de Educação em Saúde
A formação de grupos na atenção Básica, visando ao autocuidado para usuários portadores de HAS	Autocuidado: não sei do que se trata Ações educativas com grupos
	Experiências da equipe em trabalhos com grupos
	A formação de grupos usuários portadores de HAS: perspectivas e opiniões.

Fonte: Pesquisa de campo - Pau dos Ferros - RN

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), que trabalha com seres humanos, e foi aprovada por estar em conformidade com a Resolução do CNS nº466/12. O parecer de aprovação do presente trabalho, de número 1.535.358, saiu no dia 09/05/2016 com CAAE: 54189416.9.0000.5292. Para a realização da pesquisa, também foi solicitada a permissão prévia da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Pau dos Ferros, para a qual foi enviada uma cópia do pré-projeto deste estudo, em cujos anexos havia uma carta de anuência requisitando a autorização.

Aos participantes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cuja função é de esclarecer ao sujeito da pesquisa todas as informações necessárias sobre a pesquisa de que ele irá participar. Para preservar a identidade dos participantes da pesquisa, eles foram identificados com o termo “Profissional”**,** seguido do número que correspondeu à ordem de transcrição de sua entrevista para o estudo, do número **01** ao **16**, por exemplo, o profissional cuja entrevista foi a primeira a ser transcrita foi chamado, durante toda a pesquisa, de “Profissional 01”.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Inicialmente, é importante frisar que não foi possível entrevistar todos os trabalhadores da área de saúde da unidade selecionada para o estudo. Parte deles (três) preferiu não participar, dois estavam de licença médica, no período da realização da pesquisa, dois estavam de férias, e um, de licença prêmio. Assim, dos vinte e quatro participantes que formavam o espaço amostral foram entrevistados dezesseis, um percentual de 66,66%.

Os profissionais entrevistados são formados em diversas áreas e têm níveis de escolaridade também variados, desde o fundamental até a pós-graduação. No tocante ao gênero, a maioria dos entrevistados é do feminino, como mostra o quadro a seguir:

Quadro 2 – Distribuição, por gênero, dos profissionais entrevistados da UBS Joana Cacilda de Bessa e NASF - Pau dos Ferros - RN

Sexo	Total	Percentual
Feminino	15	93,75%
Masculino	1	6,25%

Fonte: Maia (2016)

O tempo médio de atuação na ESF entre os entrevistados é de, aproximadamente, 8,1 anos, porém é bem variável entre os profissionais, e o quadro a seguir demonstra bem isso:

Quadro 3 – Distribuição por tempo de atividade profissional dedicado à ESF dos trabalhadores entrevistados da ESF Joana Cacilda de Bessa e NASF - Pau dos Ferros - RN

Profissional	**Tempo médio de ESF (em anos)**
Enfermeira	13
Médico	15
Cirurgiã-dentista	8
Fonoaudióloga	0,5
Fonoaudióloga	2
Fisioterapeuta	2
Tec. em Enfermagem	6
Tec. Higiene Dental	6
Recepcionista / Arquivista	7
Agente Com. de Saúde	12
Agente Com. de Saúde	5,5
Agente Com. de Saúde	5
Agente Com. de Saúde	7
Agente Com. de Saúde	16
Agente Com. de Saúde	16
Diretora da Unidade	10

Fonte: Maia (2016)

No tocante à forma de vínculo empregatício, a maior parte dos participantes (81,25%) está vinculada à Prefeitura Municipal de Pau dos Ferros - RN - através de concurso público, e 18,75% mantêm um contrato temporário de trabalho com o referido órgão governamental.

Quanto à carga horária de trabalho dentro da ESF, a maioria dos trabalhadores afirmou que estava em atividade durante quarenta horas semanais. Mas outra parcela deles alega não trabalhar quarenta horas e fica menos tempo na USB. O quadro a seguir nos traz uma visão sobre essa distribuição:

Quadro 4 – Distribuição de horas de trabalho semanais pelos trabalhadores entrevistados da ESF Joana Cacilda de Bessa e NASF - Pau dos Ferros - RN

Participantes da pesquisa	Horas de trabalho semanais na UBS
Doze participantes	40 horas
Três participantes	20 horas
Um participante	12 horas

Fonte: Maia (2016)

4.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE

A partir das transcrições das falas dos participantes da pesquisa e, com base em análises feitas a luz do referencial teórico adotado, surgiram doze subcategorias. Posteriormente a isso, essas subcategorias foram agrupadas em quatro categorias temáticas, levando em consideração a afinidade e proximidade dos temas e discussões nelas desenvolvidas. As quatro categorias temáticas foram assim nomeadas: 1 – “A percepção dos profissionais sobre a educação em saúde”; 2 – “Práticas atualmente desenvolvidas para os portadores de HAS e a comunidade em geral”; 3 – “Entraves para o desenvolvimento da educação em saúde na ESF”; 4 – “A formação de grupos na atenção básica visando ao autocuidado para usuários portadores de HAS”. A primeira categoria é formada por três subcategorias à saber: prevenção de doenças, informar e educar em saúde, a Educação Popular em Saúde: algo ainda desconhecido. A segunda categoria também é composta por três subcategorias: as palestras: principais ações de educação em saúde para os portadores de HAS, as práticas educativas na comunidade para os portadores de HAS, a falta de cronograma e regularidade nas atividades. A categoria de número três também é formada com base em três subcategorias: redução da equipe de saúde da família, agendas profissionais apertadas e incompatíveis com as práticas de educação em saúde, profissionais com pouca adesão às práticas de educação em saúde. A quarta e última categoria, assim como as demais, também é composta por três subcategorias: autocuidado: não sei do que se trata, experiência da equipe em trabalhos com grupos, a formação de grupos usuários portadores de HAS: perspectivas e opiniões.

4.2.1 A percepção dos profissionais sobre a educação em saúde

A categoria “a percepção dos profissionais sobre a educação em saúde” foi montada com base em três subcategorias relativas à forma como os profissionais da ESF pesquisada compreendem as práticas da educação em saúde, especialmente em seu âmbito de trabalho. Assim, essa categoria adquire importância extra, pois trata diretamente de um dos questionamentos centrais deste estudo. Ela foi dividida nas seguintes subcategorias: prevenção de doenças, informar e educar em saúde e a Educação Popular em Saúde: algo ainda desconhecido.

4.2.1.1 Prevenção de doenças

Esta subcategoria discute sobre a forma como a educação em saúde é compreendida pelos profissionais entrevistados como um ato voltado quase que exclusivamente para a prevenção de doenças e aponta a importância da educação em saúde como uma forma de evitar o adoecimento. As falas abaixo confirmam essa assertiva:

> [A importância da educação em saúde no contexto da estratégia de saúde da família é] na minha opinião, informar a população sobre os problemas de saúde que existem para que as pessoas não adoeçam muito, porque se elas souberem como se pega as doenças, ela podem se prevenir (Profissional 9).

> Eu acho que a educação em saúde é muito importante no sentido da prevenção, de orientar as pessoas com relação a prevenção das doenças e eu acho que é um dos principais pontos a ser trabalhado aqui na atenção básica... (Profissional 2).

> [A importância da educação em saúde no contexto da estratégia de saúde da família é] eu não sei bem, mas, na minha opinião, acho que educar a população para a prevenção de doenças, de problemas de saúde.... Quando ela é educada desse ponto de vista, elas adoecem menos, elas se cuidam mais (Profissional 10).

A percepção apresentada pelos profissionais se aproxima da concepção da saúde pública tradicional, segundo a qual “a educação em saúde está voltada basicamente para a finalidade de prevenir doenças” (SOUZA; COLOMÉ; COSTA *et al,* 2005). Convém enfatizar que, certamente, a educação em saúde é um importante

instrumento para prevenir patologias e agravos à saúde. Porém não se podem reduzir a importância e a envergadura da educação em saúde a questões preventivas ou curativas, pois, dessa forma, se estará assumindo um modelo de educação tradicional, em que o foco de ação é na doença, e a abordagem é prioritariamente curativa. Esse modelo é centrado na mudança de comportamento individual, na prescrição de modos de pensar e de agir, ceifando a reflexão e a autoavaliação acerca dos melhores modos de viver (SOUZA; COLOMÉ; COSTA *et al,* 2005).

Nas falas apresentadas, fica evidente a imagem que se tem da maioria dos sujeitos ou participantes do estudo, no tocante à educação em saúde, uma percepção que destoa do sentido da essência da educação de modo geral, como uma prática política que pode transformar a dinâmica e o contexto social. Nessas falas, não se mostra a dimensão da educação em saúde com a ideia de empoderamento, ou seja, o processo de aquisição de poder técnico e consciência política pelo usuário para atuar em prol de sua saúde (MONTEIRO; VIEIRA, 2009).

Apresentamos outras falas que ligam a educação em saúde, primordialmente, à prevenção de doenças e a questões como diminuição do número de atendimentos, contenção de gastos e redução da carga de trabalho para a equipe. Vejamos:

> [A importância da educação em saúde no contexto da estratégia de saúde da família é] porque além de prevenir doenças na população, com educação e orientação você diminui gastos, chegando até mesmo a diminuir o uso de medicamentos... (Profissional 04).

> A educação é importante, no meu ponto de vista, porque ajuda as pessoas a compreenderem determinados problemas, ajuda a gente na nossa forma de trabalhar... Eu acredito que, de certa forma, as pessoas adoecem menos, é uma forma de trabalhar a prevenção (...) até porque se você leva informação é uma forma de prevenir, se você prevenir é uma das formas das pessoas não procurarem o serviço para curar (Profissional 06).

As falas evidenciam que alguns sujeitos não conseguem ver a educação em saúde como um processo emancipador para os usuários, importante para implementar mudanças resolutivas na Atenção Primária, mas como uma forma de otimizar o serviço de saúde, a partir de uma perspectiva economista, focada na abordagem individual, no controle e na redução dos custos em saúde. Vasconcelos discute isso muito bem e assevera:

> Num contexto pós-moderno de desencanto com as utopias sociais, desprestígio dos projetos de intervenção ampliada do Estado sobre a dinâmica social e de crise orçamentária, em que se passa a ressaltar os crescentes custos de assistência médica e os limites da medicina tecnológica, assiste-se ao renascimento e a uma crescente ênfase dessas estratégias individuais de abordagem comportamental dos problemas de saúde (VASCONCELOS, 2010).

Contrariamente a isso, a educação em saúde deve ser vista como um processo comprometido com os princípios da cidadania e da democracia, que levam o indivíduo a se emancipar como sujeito (VASCONCELOS, 2010).

É importante enfatizar que a educação não é nem deve ser uma ferramenta utilizada apenas na Atenção Primária à Saúde, deve fazer parte de todos os serviços e momentos de interação entre profissionais e usuários, devido à necessidade de assumirem o controle de suas vidas e de seus destinos, o que só será possível através do encorajamento, da emancipação e do desenvolvimento da consciência crítica, atributos desenvolvidos pela educação (VASCONCELOS, 2010).

Assim, a atenção primária só pode cumprir seu papel de reorientadora do sistema de saúde se for capaz de implementar uma prática educativa crítica, comprometida com o princípio da democracia, e que rejeite qualquer forma de descriminação e dominação (MONTEIRO; VIEIRA, 2009), por acreditar na ideia de que é possível mudar o meio social com a participação ativa e permanente dos cidadãos.

Considerando o exposto, constata-se que as práticas educativas não são vistas pela equipe de saúde pesquisada como um caminho para despertar a autonomia e a criticidade dos sujeitos, mas, essencialmente, para prevenir doenças, o que, consequentemente, traz o desenvolvimento de ações educativas que não promovem o empoderamento, mas dificultam o desenvolvimento da consciência crítica dos sujeitos (SOUZA; COLOMÉ; COSTA ET AL, 2005).

4.2.1.2 Informar e educar em saúde

Essa subcategoria agrega as concepções apontadas pelos sujeitos da pesquisa acerca da educação em saúde como instrumento de repasse de informações e de educação da população. Para isso, foram utilizados meios verticais, como a transmissão de conhecimentos. Nas falas, ficam claras as ideias de educação em saúde como forma de moldar o comportamento dos usuários para que eles tenham saúde.

> [A educação em saúde é] uma estratégia muito relevante na atenção básica, porque você vai informar a população a respeito das doenças, dos riscos de contrair as doenças (Profissional 7).

> [A educação em saúde é importante porque] Com a informação, elas podem melhorar e muito. Só não melhora quem não quer, porque se fizer o que é certo, melhora com certeza (Profissional 9).

> [A educação em saúde é importante porque] através dela as pessoas recebem informações sobre a doença delas e aprendem a se tratar melhor (profissional 11).

As falas acima nos apresentam uma visão reducionista e alienante da educação em saúde pelos trabalhadores pesquisados, haja vista a ausência do caráter emancipatório e democrático e a presença marcante das concepções teóricas e metodológicas da chamada “educação bancária”, “em que o processo educativo é resumido ao ato de transmitir informações e conhecimentos aos usuários” (PEREIRA, 2014).

Nessa concepção de educação em saúde, ainda tão presente nos dias atuais, há uma redução no processo educativo, em que o usuário é apenas “paciente”, na essência da palavra, esperando e recebendo toda a ação desenvolvida exclusivamente pelo ator principal nesse contexto, o profissional. Freire refere que, na educação bancária, “em lugar de comunicar-se, o educador faz ‘comunicados’, e depósitos que os educandos, meras incidências, recebem pacientemente, memorizam e repetem (...)” (FREIRE, 2011a).

Seguem algumas falas que demonstram o subjugo dos usuários aos profissionais de saúde no processo de educação em saúde desenvolvido na UBS estudada.

> [A educação em saúde é importante porque] quando a gente educa a população você tá, consequentemente, trabalhando a questão da prevenção, você diminui a questão de doenças, de incidências de patologias (Profissional 3).

> Bom eu não sei bem, mas [A educação em saúde é importante porque] acho que é educar a população para a prevenção de doenças, de problemas de saúde. Quando elas são educadas do ponto de vista da saúde, elas adoecem menos, elas se cuidam mais (Profissional 10).

> Bom, a importância [da educação em saúde] é promover qualidade de vida à comunidade, ou seja, reeduca-los ser for necessário, porque na maioria das vezes é isso que é necessário, reeducar a população para que ela aprenda a levar uma vida (Profissional 14).

Esse modelo de educação faz parte das práticas tradicionais de educação em saúde, em que as pessoas são vistas como desprovidas de todo o conhecimento "e que é preciso preencher os espaços vazios da sua mente, depositando nessas os conhecimentos que se julgam importantes" (SOUZA; COLOMÉ; COSTA *et al,* 2005).

Assim, na educação bancária, o profissional de saúde é detentor de todo o conhecimento e precisa transmiti-lo aos pacientes, que devem assimilar e seguir o que foi proposto, muitas vezes, sem entender o porquê de tais indicações. Argumentações contrárias ou questionamentos por parte dos pacientes nunca são bem vindos nessa abordagem educacional. Nesse tipo de prática, o que se quer é instruir a população, ensinar o modo de viver e de se comportar com vistas a mudar os modos de vida que não são considerados compatíveis com as regras adequadas. Não é preciso questionar o outro e saber sua opinião sobre o que está sendo proposto, pois não há o que se negociar, não há diálogo, somente o profissional fala e dita as regras que devem ser seguidas sem contestação pelos demais ouvintes (PEREIRA, 2014).

Se observarmos bem, a postura do profissional com o usuário, nessa perspectiva de educação em saúde, configura-se como autoritária, dominante e opressiva, ao passo que, em primeiro lugar, "as ações de educação em saúde são feitas para os usuários, mas não a partir dele e com eles" (VASCONCELOS, 2010). Em segundo lugar, que estão "calçadas em alinhamentos que sempre preferem linhas retas impostas e restritivas, esvaindo o aprendiz de sua autonomia endógena"

(DEMO, 2005), e por último, desconsideram toda e qualquer influência do meio em que vivem esses usuários e chegam a não respeitar as diferenças socioculturais que influenciam diretamente nas escolhas dos diferentes comportamentos, colocando apenas os indivíduos como únicos responsáveis (e culpados) por suas condições de saúde e de vida (SOUZA; COLOMÉ; COSTA *et al*, 2005).

Essas questões aparecem, mesmo que sutilmente, na seguinte narrativa:

> Sim, eu tenho total convicção que se eles seguirem todas as orientações e dicas que são passadas durante as palestras, eles conseguirão melhorar consideravelmente. Eu não tenho a menor dúvida. O grande problema é que boa parte deles, eu poderia dizer até que seria a maioria, não segue o que nós orientamos, ai o problema não se resolve. Eles têm que entender que tudo o que a gente fala, fala para o bem, fala pensando na saúde deles, então eles tem que tentar seguir, se não a situação deles só irá piorá (Profissional 5).

Nessa fala, a intenção do profissional é de mudar o comportamento dos indivíduos para que eles sigam uma "receita" elaborada e pronta, tendo como recompensa a promessa de uma vida saudável. Assim, o que é considerado para que se atinja um bom nível de saúde é apenas a mudança de hábitos por parte do usuário, que não leva em consideração toda a dinâmica social que o envolve.

Sabe-se que as questões culturais, sociais e econômicas interferem direta e constantemente na vida das pessoas e podem ou não provocar mudanças de hábito e de atitudes, porém é preciso sempre considerá-las, mas sem reduzir a saúde ou os comportamentos saudáveis a escolhas por parte dos indivíduos. É importante lembrar que a saúde sofre interferência direta de fatores sociais, políticos e econômicos, fatores que, nem sempre, estão à disposição dos indivíduos (SOUZA; COLOMÉ; COSTA *et al*, 2005).

Em algumas das falas proferidas pelos entrevistados, especialmente nesta última, fica evidente uma característica bem marcante da educação em saúde tradicional - a transferência de toda a responsabilidade pelos problemas de saúde para os indivíduos, retirando-se do Estado, dos serviços e dos profissionais a responsabilização coletiva pelos problemas de saúde que existem no meio social. Desse modo, o itinerário do cuidado é individualizado para tentar explicar os problemas de saúde, geralmente frutos de vários fatores sociais e culturais vivenciados pela comunidade. Essa culpabilização atribuída aos usuários

desconsidera os fatores culturais, políticos e econômicos, transfere toda a responsabilidade das necessidades de saúde e seus desafios para os indivíduos e retira-a do Estado e das instituições, o que afeta a todos os cidadãos, principalmente os mais pobres, “responsabilizando as vítimas pelo seu próprio sofrimento” (VASCONCELOS, 2010).

Por tudo isso, é possível inferir que as concepções dos profissionais acerca da educação em saúde ainda se remetem às práticas tradicionais, o que, provavelmente, acaba por determinar o desenvolvimento de ações com essa mesma orientação teórica e metodológica, ineficiente, com resultados, questionáveis.

Fica evidente a necessidade de se repensar essa percepção, pois, para ser um instrumento de transformação, a educação “não pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres vazios a quem o mundo encha de conteúdos” (FREIRE, 2011a). Nessa perspectiva, os participantes desse estudo precisam refletir sobre a educação em saúde como algo que tenha como base a cidadania, a autonomia e o empoderamento dos usuários do serviço, a fim de que se tornem sujeitos ativos nas mudanças dos processos de trabalho e contexto das práticas de saúde.

4.2.1.3 A Educação Popular em Saúde: algo ainda desconhecido

Nessa subcategoria, agregamos as narrativas colhidas que remetem ao conhecimento ou desconhecimento da Educação Popular em Saúde (EPS) por parte dos trabalhadores da ESF pesquisada. Através das narrativas, constatamos que a maioria dos atores envolvidos nesse estudo desconhece a Educação Popular em Saúde ou tem uma percepção equivocada e/ou reduzida dessa estratégia metodológica.

> [Você sabe o que é educação popular em saúde?] Não, não sei o que é educação popular em saúde. Na verdade, nunca ouvi falar nisso... (Profissional 1)

> [Você sabe o que é educação popular em saúde?] Não. Particularmente eu nunca ouvi falar nessa modalidade de educação (Profissional 4).

> [Você sabe o que é educação popular em saúde?] Sei não... Sinceramente, eu não sei... (Profissional 10).

Observando as falas acima, constatamos que grande parte, oito, ou seja, 50% dos profissionais da ESF foco da nossa pesquisa não têm noção do que seja a Educação Popular em Saúde. É um número considerável que nos chama à atenção para o fato de que como o tema ainda é pouco disseminado, discutido e trabalhado entre os profissionais que estão nos serviços de saúde, em geral, mais especificamente, na atenção primária a saúde (APS).

Isso pode ser fruto de diversos fatores, desde a "complexidade do modelo de educação popular em saúde e das dificuldades de se colocar em prática os seus pressupostos inovadores" (SOUZA; COLOMÉ; COSTA *et al*, 2005), principalmente tendo em vista o arcabouço atual dos serviços de saúde em que a racionalidade do modelo biomédico ainda impera, até outra questão que parece ser capital no impedimento do avanço da Educação Popular nos diversos espaços de saúde do nosso país.

Os cursos de formação acadêmica e os de educação continuada, oferecidos pelas instituições de saúde dos entes federados, pouco priorizam as discussões sobre a educação em saúde com uma abordagem dialógica, voltada para o envolvimento dos diversos atores no processo de construção do conhecimento (VASCONCELOS, 2004). Há que se ressaltar que o modelo que orientou e ainda orienta o processo de formação dos profissionais na área da saúde, ao menos na maioria das instituições desse país, tem uma abordagem biologicista, medicalizante e centrada em procedimentos clínicos. A formação é organizada em grades curriculares fechadas e fixas, o ensino é dividido em conteúdos e organizado de maneira compartimentada, e a busca pela aprendizagem da prática clínica e pela especialidade exacerbada é estimulada (MIRANDA, 2010).

Como bem enunciam os autores, a formação acadêmica dos profissionais de saúde é um problema de grande impacto para o desenvolvimento de práticas sanitárias construídas coletivamente, mais resolutivas e que englobam a participação social na construção de uma sociedade mais justa, como é o caso da EPS. Isso ocorre porque a formação ainda é pautada fortemente "no modelo biomédico tradicional que, ao invés de questionar, tem reforçado as estruturas geradoras de doença presentes na forma como a vida hoje se organiza"

(VASCONCELOS, 2004). A necessidade de qualificar os trabalhadores de saúde, quando se trata de EPS, é uma importante questão atualmente e um desafio para as Instituições de Ensino Profissionalizantes e Universidades, haja vista a incipiência de políticas de qualificação, no interior do SUS, que assegurem ao conjunto de seus atores capacitação suficiente para o exercício das ações de Educação em Saúde (AMARAL; PONTES; SILVA, 2014).

Essas questões principalmente, mas também outras menos importantes acabam impedindo que as práticas pautadas na Educação Popular façam parte dos diversos cenários de saúde do nosso país, em especial, da ESF, instância reorientadora do modelo assistencial.

Em outras falas dos entrevistados, observamos um pequeno avanço em relação ao entendimento ou à proximidade com a Educação Popular em Saúde, mesmo que com algumas confusões de sentido ou problemas conceituais. Vejamos:

> Eu já ouvi falar. Não sei se vou saber explicar a educação popular em saúde... Mas educação popular em saúde é o que a gente chama dessas ações educativas, é exatamente você, de uma certa forma, romper barreiras para levar informação para as pessoas tá?! Tipo, essas ações que a gente faz, não importa o local, o importante é que eu esteja ali pra levar essa informação pra essas pessoas. Basicamente isso (Profissional 6).

> Sim, eu tenho noção do que seja... É o saber adquirido ao longo do tempo, pela convivência na sociedade... Acertei? Risos... (Profissional 12).

> Sim sei... Se refere à comunicação informal voltada para um grupo específico, o qual facilite a interação entre o profissional e os pacientes (Profissional 14).

Nos depoimentos acima, os entrevistados não apresentam uma discussão mais apurada sobre o tema pesquisado. Parte deles tenta expor um conceito de Educação Popular em Saúde baseado na semântica das palavras que compõem o nome, e não, através de uma organização de ideias que se tem acerca do tema.

As falas que mais se aproximaram, mesmo que minimamente, das discussões e das teorias que compõem a EPS foram as seguintes:

> Sei... É uma metodologia que trabalha com a população de uma determinada área verificando suas especificidades, ou seja, respeitando as diferenças de cada população (Profissional 15).

> Eu acho que é a educação com a participação da população... Pelo nome, é mais ou menos isso né?! (Profissional 16).

Nas exposições conseguimos observar alguns dos ingredientes que fazem parte da Educação Popular em Saúde, o que demonstra que ao menos superficialmente, esse tema é conhecido de parte da equipe do estudo, o que, provavelmente, ainda é insuficiente para o desenvolvimento de práticas nesse âmbito.

A falta de práticas de Educação Popular em Saúde de modo efetivo pela presente ESF se confirma na fala a seguir, em que há uma mistura da EPS com os moldes tradicionais de educação em saúde.

> Eu não tenho certeza, mas posso tentar dizer o que sei, certo?! Eu acho que são ações como palestras e atividades educativas que são voltadas para um grupo de pessoas tentando resolver ou melhorar uma situação problema que elas estão passando. Acredito que é mais ou menos isso... (Profissional 5).

Há uma mistura de significados e conceitos e a confirmação do tipo de prática (palestras) educativa que é utilizada pela equipe estudada para o desenvolvimento de ações, acreditando ser EPS. Os trabalhadores pesquisados não entendem que a EPS deve ser “compreendida como um modo particular de reconhecer e enfrentar os problemas de saúde mediante o diálogo com as classes populares, o respeito às suas culturas e o reconhecimento dos seus saberes como válidos” (AMARAL; PONTES; SILVA, 2014).

Infere-se que os trabalhadores da UBS, foco da nossa pesquisa, demonstraram um conhecimento mínimo e insuficiente sobre a EPS para desenvolver práticas nessa perspectiva metodológica. Portanto, é necessário “encontrar os caminhos administrativos e de formação profissional que permitam que as práticas de saúde mais integradas à lógica de vida da população se generalizem institucionalmente” (VASCONCELOS, 2004).

Finalmente, afirmamos que as subcategorias aqui elencadas nos foram úteis para identificar as percepções dos profissionais acerca da educação em saúde e

que quase todas as ações, nesse âmbito, são desenvolvidas com o objetivo de prevenir doenças através da informação e da educação (comportamental) rígida dos usuários e pouco se sabe sobre a EPS, o que impede totalmente de implementar ações nessa perspectiva teórica e metodológica.

4.2.2 Práticas desenvolvidas atualmente para os portadores de HAS e a comunidade em geral

Essa categoria foi alicerçada com base em três subcategorias que dizem respeito às práticas de educação em saúde que são realizadas atualmente pela ESF que estamos estudando e direcionadas aos usuários de modo geral, mais especificamente, aos que são portadores da hipertensão arterial sistêmica e fazem parte da sua área sanitária adstrita. As questões selecionadas para discutir nessa categoria foram: Quais ações de educação em saúde são realizadas atualmente para os portadores de HAS? Como são realizadas essas ações? Quais as práticas metodológicas utilizadas para tal e como estão organizadas cronologicamente?

A importância dessa categoria se encontra na aproximação e no conhecimento das práticas no âmbito da educação que verdadeiramente fazem parte do cotidiano da equipe, sobretudo para as direcionadas aos usuários com diagnóstico de HAS, o que nos dá a base para reflexões acerca disso. A categoria foi composta das seguintes subcategorias: as palestras: principais ações de educação em saúde para os portadores de HAS; as práticas educativas na comunidade para os portadores de HAS e a falta de cronograma e regularidade nas atividades.

4.2.2.1 As palestras: principais ações de educação em saúde para os portadores de HAS

Essa subcategoria discute sobre o método utilizado nas práticas de educação em saúde desenvolvidas pela equipe da UBS e direcionadas aos portadores de HAS. Ademais, agrega as narrativas colhidas durante as entrevistas que demonstram os principais meios utilizados pelos profissionais para realizar essas práticas e destaca a palestra, já que ela foi mencionada pela maioria dos

entrevistados, sendo passível de questionamentos quando utilizada como método de educação em saúde.

> [A equipe desenvolve ações de educação em saúde para os usuários hipertensos da área? Como são essas ações?] Sim, acontecem em palestras, explicando toda uma situação, que os hipertensos podem levar a vida normalmente (...) as vezes através de um encontro de uma palestra, de um comentário que o enfermeiro diga sobre questão alimentar, sobre uma rotina melhor para eles, eles vão modificando a vida deles ne?! (Profissional 1)

> [A equipe desenvolve ações de educação em saúde para os usuários hipertensos da área? Como são essas ações?] Sim, sim... Nós realizamos algumas ações com esse público. Realizamos ações educativas em cada área como palestras, ações diretas com os hipertensos, orientações... São momentos muito ricos, pelo menos no meu ver... (Profissional 5)

> [A equipe desenvolve ações de educação em saúde para os usuários hipertensos da área? Como são essas ações?] Sim, a equipe realiza palestras para informar a população como se deve fazer para evitar doenças e manter uma boa saúde (Profissional 9).

Como podemos observar nas falas acima, as palestras se configuram como o principal método de educação em saúde direcionado aos hipertensos pela equipe de ESF que estamos pesquisando. Nesse tipo de método, os participantes são apenas ouvintes, espectadores que não participam ativamente da ação. No final, acredita-se que isso foi o suficiente para que o “aprendizado” tenha ocorrido. Porém é importante enfatizar que o simples fato de se estar presente durante o desenvolvimento de uma atividade de educação não quer dizer que se está aprendendo ou construindo conhecimentos, porquanto a construção do conhecimento requer muito mais do que ouvir e memorizar conteúdos e ensinamentos repassados por outras pessoas (VYGOTSKY, 1984).

A crítica que se faz a esse método é de que ele só serve para transmitir conhecimentos, receitas prontas e acabadas para serem seguidas pelos ouvintes, o que é insuficiente para efetivar o processo de construção do conhecimento. O que vemos, nas práticas de educação, é a predominância da exposição de temas e conceitos, aulas primordialmente expositivas, palestras e monólogos que reforçam uma postura autoritária centrada na figura de um protagonista, o professor, enquanto os demais só escutam (SOUZA; IGLESIAS; PAZIN-FILHO, 2014).

Além disso, a transferência de conhecimentos é um processo complicado, especialmente como forma de auxiliar o tratamento de doenças crônicas, como é o caso da HAS, que, na maioria dos casos, não tem solução (TORRES; FRANCO; STRADIOTO *et al*, 2009).

Um dos trabalhadores entrevistados reforça e ainda dá detalhes sobre como aconteciam as palestras, demonstrando que o formato das atividades era semelhante aos da educação em saúde tradicional, em que o profissional é detentor de toda a sabedoria, e os usuários são apenas espectadores da ação.

> [A equipe desenvolve ações de educação em saúde para os usuários hipertensos da área? Como são essas ações?] Sim, aqui são realizadas algumas palestras... Eu vejo mais isso. O NASF e os agentes de saúde e a enfermeira sempre fazem... Eles usam o data show para explicar e falar sobre as doenças e os meios de se prevenir. Às vezes, quando a diretora consegue, tem lanche, as vezes tem brinde... Mas as vezes não tem nada, só a palestra mesmo. O povo gosta mais quando tem lanche.... Risos... (Profissional 10).

Algumas questões devem ser destacadas e analisadas nessa fala, além da presença marcante dos métodos tradicionais de educação em saúde, que são: a repetida associação destas práticas com as doenças e as questões eminentemente preventivas, além da desmotivação e desinteresse dos usuários da Atenção Básica, por este tipo de abordagem, que têm predileção pelos momentos de ações em que recebem algum tipo de benefício ou vantagem, nesse caso, brinde e/ou lanches. A associação das práticas educativas com a prevenção de doenças se deve ao tradicional modelo de atenção biomédico, em que é marcante a ênfase nas estratégias individuais de abordagem comportamental dos problemas de saúde (VASCONCELOS, 2010). Já a falta de interesse dos participantes provavelmente está ligada ao método utilizado, que se “limita à transferência de informações para a população sobre determinados procedimentos, com caráter coercitivo e traços de autoridade e prescrição” (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

É fato, porém, que alguns profissionais citaram outros métodos utilizados para o desenvolvimento de ações em saúde pela equipe em questão, como podemos ver a seguir:

> [A equipe desenvolve ações de educação em saúde para os usuários hipertensos da área? Como são essas ações?] Sim, aqui nós sempre

> tentamos desenvolver atividades educativas. Geralmente, acontecem palestras com alguns pacientes, como idosos, fumantes, diabéticos, hipertensos... E as vezes, fazemos também umas rodas de conversa, mas as o que mais temos são as palestras (Profissional 8).

> [A equipe desenvolve ações de educação em saúde para os usuários hipertensos da área? Como são essas ações?] Sim, nós aqui fazemos muitas palestras, rodas de conversas e ações educativas de modo geral (Profissional 14).

> [A equipe desenvolve ações de educação em saúde para os usuários hipertensos da área? Como são essas ações?] São organizadas através de palestras, algumas rodas de conversas, panfletagem... (Profissional 15).

Como pode ser observado, outros métodos, que não a palestra, foram citados por alguns dos trabalhadores pesquisados, porém, ao que parece, ele ocorrem de maneira complementar às palestras, como se fossem ações secundárias. É capital se utilizarem outras estratégias para o desenvolvimento de atividades no âmbito da educação em saúde com foco no enfrentamento da HAS, pois as atividades educativas verticais de transferência de conceitos não dão conta da complexidade que permeia a vida das pessoas portadoras dessa patologia.

Por essa razão, é necessário empregar métodos inovadores, que coloquem os sujeitos no centro das ações, através da corresponsabilização e da autonomia em relação ao processo saúde-doença. É preciso que desloquemos o foco do educador para o educando e valorizemos o que ele sabe e traz de visão de mundo, suas experiências e vivências, na perspectiva de que desenvolva sua autonomia e suas habilidades para o diálogo e a negociação (SOUZA; IGLESIAS; PAZIN-FILHO, 2014).

Assim, os métodos utilizados por essa ESF são claramente tradicionais e devem ser repensados e reformulados, com vistas à instauração de práticas educativas em que se utilizem metodologias ativas, que fortaleçam as “formas coletivas de aprendizado e investigação, de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento” (VASCONCELOS, 2004).

Tendo em vista tudo o que foi abordado e observando a fala dos profissionais pesquisados, entendemos que, além de ser preciso inovar os métodos utilizados, é necessário fazer uma reflexão para se redesenhar o papel do educador em saúde,

para que ele passe a ter “o papel de facilitador das descobertas e reflexões dos sujeitos sobre a realidade, facilitando o processo de construção ou reconstrução dessa realidade, juntamente com os indivíduos da comunidade” (SOUZA; COLOMÉ; COSTA *et al*, 2005).

Infere-se que a equipe de saúde da família pesquisada desenvolve ações de educação em saúde como forma de enfrentar a HAS nos moldes tradicionais, utilizando largamente as palestras para isso. Assim, seus trabalhadores precisam entender que devem ser implantados métodos inovadores nesse âmbito, capazes de estimular formas ativas de intercambio social e comunitário, identificando as potencialidades locais e as implicações da HAS nas diversas formas de viver existentes na realidade.

4.2.2.2 As práticas educativas na comunidade para os portadores de HAS

Essa subcategoria reúne discursos que foram proferidos durante as entrevistas e que afirmaram que a maioria das ações de educação em saúde desenvolvidas pelos profissionais que fazem parte da ESF Joana Cacilda de Bessa e voltadas para os cidadãos com o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica são não são feitas dentro dos muros da UBS, mas nas ruas, nas casas, nas calçadas, nos espaços públicos e na comunidade. Vejamos alguns desses discursos:

> [Como são organizadas essas ações educativas?] Geralmente é na comunidade mesmo, os agentes de saúde levam o enfermeiro até a área deles, juntam um grupo específico, que é os hipertensos, no caso, e faz a palestra. O Pessoal do NASF está entrosando juntamente (Profissional 1).

> [Como são organizadas essas ações educativas?] Aqui nesse bairro a gente faz ações nas calçadas, a gente vai, a agente comunitária convoca a área dela e alguém cede a sua garagem, a sua área e a gente faz a ação lá (...) (Profissional 4).

> [Como são organizadas essas ações educativas?] Na maioria das vezes é assim: nós nos reunimos em um local, uma casa, uma garagem, embaixo de uma planta e chamamos os hipertensos e diabéticos daquela área para a palestra. Eles veem e fazemos aquela ação de uma hora, uma hora e meia. Na outra vez, já fazemos em outra rua, em outra microárea e assim por diante... (Profissional 11).

Observando essas narrativas, vemos que as práticas de educação em saúde estão sendo realizadas, de fato, no seio da comunidade, o que é interessante e salutar, por diversos motivos: a necessidade de expandir as ações da equipe de saúde da família para além dos muros das instituições de saúde, visando efetivar várias dessas ações e aumentar sua eficácia; os vários benefícios trazidos pelo conhecimento do meio social e comunitário onde vivem as pessoas para as quais essas ações vão ser direcionadas, gerando o conhecimento por parte da equipe das potencialidades e precariedades desse meio, que devem ser levados em consideração no planejamento de qualquer ação; e a aproximação, que propicia a formação de vínculo entre profissionais e usuários, em que os primeiros saem das suas pequenas salas e podem conhecer a imensidão da comunidade para a qual trabalham e onde vivem os segundos, tomando conhecimento das complexidades e das dinâmicas que os rodeiam.

Enfim, o fato de a maioria das ações de educação em saúde estar sendo realizadas na comunidade, e não, na unidade, é importante, porquanto “permite ao profissional da saúde conhecer a realidade e as potencialidades do meio, o que deve facilitá-lo o trabalho no campo da educação em saúde” (SOUZA; COLOMÉ; COSTA *et al*, 2005) e pode levá-lo a se aproximar das metodologias ativas, já que estará privilegiando ações longitudinais e criando espaços mais permanentes para que os sujeitos possam ressignificar e coproduzir conhecimentos necessários ao alcance do processo de emancipação ou de empoderamento esperados como resultados dessas ações (FLISCH; ALVES; ALMEIDA *et al*, 2014).

Outro fator positivo é que, com o desenvolvimento de ações na comunidade, talvez mesmo sem perceber, a equipe de ESF pesquisada deu um pequeno passo em direção ao desenvolvimento de uma prática mais próxima dos preceitos da Educação Popular em Saúde, tendo em vista que abriu mais canais de interação e de contato com os usuários, o que é um preceito da Educação Popular, já que ela se dedica “à ampliação dos canais de interação cultural e negociações (cartilhas, jornais, assembleias, reuniões, cursos, visitas, etc.) entre os diversos grupos populares e os diversos tipos de profissionais e instituições” (BRASIL, 2007).

Em tempo, é necessário esclarecer que, ao que nos parece, o motivo que levou a equipe a desenvolver essas práticas na comunidade foi o insucesso em ações de educação em saúde realizadas antes dentro da unidade, e não, a intenção

de aproximar a equipe da realidade da comunidade e aumentar os canais de interação. Isso fica claro nas seguintes falas:

> [Como são organizadas essas ações educativas?] Bom, no início nós tentamos fazer as reuniões dos grupos aqui mesmo na unidade, mas quase ninguém vinha.. Aí tivemos a ideia de fazer nas áreas dos agentes de saúde, ai passamos a fazer em calçadas, em garagens, debaixo de plantas... A adesão tem sido bem melhor (Profissional 3).

> [Como são organizadas essas ações educativas?] Olhe, na maioria das vezes, organizamos as palestras por micro áreas, porque fica mais fácil para fazer e os pacientes gostam mais do que se for feita aqui na unidade. Nós já percebemos que quando se faz aqui, da poucas pessoas, quando faz na área deles, na rua, na casa de alguém, eles participam bem mais... (Profissional 8).

> [Como são organizadas essas ações educativas?] (...) nós começamos a fazer aqui na unidade e a participação da população era muito pouca, vinha pouca gente e vimos que não ia dar certo. Ai tivemos a ideia de ir fazer na rua, numa calçada, numa escola, em qualquer canto que fosse mais perto da população. E os resultados foram bem melhores, então desse dia para cá, fazemos só mais lá, perto da população (Profissional 12).

Todas essas exposições sugerem que as ações de educação em saúde verticalizadas, que visaram repassar conceitos e comportamentos e foram feitas em um nível diferente em relação aos dos participantes, não trazem, na maioria das vezes, os resultados esperados e tendem ao fracasso. É nesse aspecto que a Educação Popular em Saúde avança em relação às práticas tradicionais, pois se mostra mais efetiva e eficiente, ao passo que o seu argumento central é de que “a aproximação e a troca de conhecimento entre a equipe e a comunidade propiciam o compartilhamento de ideias e concepções de vida diferentes. O resultado esperado é o alcance de práticas educativas efetivas” (FLISCH; ALVES; ALMEIDA *et al*, 2014).

Essas trocas de conhecimento são vitais para uma prática efetiva e exitosa de educação em saúde, pois, se isso não for feito entre os diversos atores envolvidos nesse processo, corre-se um alto risco de executar práticas sem impacto efetivo baseadas em erros de interpretação por parte dos profissionais a respeito da realidade (VALLA, 1999).

Vejamos o relato a seguir:

> [Como são organizadas essas ações educativas?] Assim, essas ações acontecem as vezes aqui na unidade, mas também acontecem nas casas do bairro... As que acontecem nas casas são mais produtivas e dão mais gente, acho que é porque o povo não gosta muito de vir para o posto para escutar palestra, eles gostam mais quando é perto deles (Profissional 9).

Outra questão a ser abordada é o método utilizado no desenvolvimento dessas ações na comunidade, haja vista que o fato de estar sendo desenvolvida no seio da comunidade não quer dizer que sejam ações em que se utilizam metodologias ativas, que propiciem a participação efetiva e o empoderamento dos usuários. É certo que fazer as ações de educação em saúde nas ruas, nas calçadas, nas casas e demais localidades próximas da população é importante e positivo, porém é preciso um método que seja capaz de propiciar e sustentar "o dever principal da educação [que] é de armar cada um para o combate vital, para a lucidez" (MORIN, 2011).

Essa discussão é necessária porque, mais uma vez, aparece nas falas a proposta de palestra como um método utilizado mesmo quando as ações ocorrem na comunidade. Como já referimos em subcategorias anteriores, as palestras "estão atreladas ao modelo tradicional de educação em saúde que concretizam um monólogo, onde o profissional de saúde fala e dita ordens a serem cumpridas" (PEREIRA, 2014).

Assim, considerando tudo o que foi exposto e discutido, inferimos que o fato de desenvolver práticas de educação em saúde na comunidade pela ESF pesquisada é uma estratégia acertada do ponto de vista da EPS, porém ainda é necessário avançar muito para que realmente se desenvolvam práticas com essa base teórica e metodológica e se repensem os métodos utilizados nessas ações. "É importante construir espaços de reflexão coletiva com os sujeitos das nossas ações acerca das suas realidades (SOUZA; COLOMÉ; COSTA *et al*, 2005).

4.2.2.3 Falta de cronograma e regularidade nas atividades

Nessa subcategoria, agregamos fragmentos dos depoimentos dos participantes da pesquisa sobre a avaliação deles acerca da forma como estão sendo organizadas as ações de educação em saúde desenvolvidas pela equipe

visando, em especial, as direcionadas aos usuários portadores de HAS. Um ponto sempre mencionado foi o que envolve a falta de cronograma para essas atividades, o que, por conseguinte, gera falta de regularidade em sua ocorrência.

> [Como são essas ações? Avalie] Assim, eu só sinto falta da periodicidade dessa parte, mas uma coisa assim quando tem algum evento, aí chamam a gente... Não é uma coisa assim, rotineira, mas tem... (Profissional 2)

> [Como são essas ações? Avalie] Eu acho que o acompanhamento deve ser mensal, deve acontecer sempre... Porque as vezes, fazemos uma ação e passa vários dias, várias semanas para fazer outra, ai fica complicado. Na minha opinião, deveria ser todo mês, bem certinho (Profissional 11).

> [Como são essas ações? Avalie] Acho que ter mais regularidade nas atividades para que seja possível promover educação em saúde de qualidade e eficiente. Só assim será possível oferecer uma assistência em saúde boa aos usuários, evitando que eles adoeçam ou pelo menos adoeçam menos (Profissional 15).

A falta de um cronograma organizado, que mantenha a regularidade das ações de educação em saúde, parece ser um grande problema na realidade pesquisada. A maioria dos trabalhadores entrevistados apontou esse item como algo que traz descontinuidade no processo de educação, o que, por sua vez, diminui sua eficácia e compromete seus resultados.

Outros profissionais entrevistados reforçam essa ideia e sugerem formas de superar esse problema, como podemos observar nas falas a seguir:

> Então o que eu acho que a gente poderia fazer para melhorar era exatamente ter um calendário regular, para que essas ações elas fossem realizadas e isso iria fortalecer tanto o vínculo como o grupo. Então fazer um calendário, ter regularidade e fazer com que essas coisas aconteçam (...) (Profissional 6).

> A minha sugestão é fazer constantemente essas ações educativas nas microáreas com esses pacientes para que eles possam ter consciência do que tem que fazer para controlarem a doença. Acho que essas reuniões deveriam ser todos os meses ou até mesmo de quinze em quinze dias (Profissional 8).

> Eu acho que era preciso mais reuniões, mais palestras... Porque não adianta fazer uma palestra hoje e uma daqui a 3 meses. Isso não resolve, tem que ser uma coisa certa, com dias certos e que não

> sejam tão longes um do outro. Acho que deveria ter toda semana ou de quinze em quinze dias, porque ai sim, daria para acompanhar direitinho esses pacientes e evitar que a pressão deles subisse (Profissional 9).

É marcante e quase unânime por parte dos entrevistados a opinião de que é necessário repensar a cronologia das ações de educação em saúde direcionadas aos usuários hipertensos da área de abrangência da unidade, para que seja possível obter uma regularidade nessas ações. As últimas falas apresentadas, além de reforçar essa questão, trazem algumas sugestões de intervalos cronológicos para serem respeitados no desenvolvimento das ações.

É certo que a falta de um planejamento cronológico de atividades que sustentem uma regularidade pode comprometer os resultados e a eficiência desses momentos. Porém é importante não restringir a educação em saúde a momentos pontuais ou ocasiões, porque “todos os momentos que envolvem interação com e entre as pessoas usuárias dos serviços de saúde devem ser considerados propícios para desenvolver ações de educação em saúde” (SALCI; MACENO; ROZZA *et al*, 2013).

Então, não se pode conceber a educação em saúde nem pensar em trabalhá-la apenas em momentos específicos, pois, dessa forma, ela estará sendo reduzida a uma atividade prática pontual e, ao fazer isso, nós nos aproximamos dos moldes tradicionais de educação em saúde que, como já discutimos em outras subcategorias deste trabalho, não consegue dar conta da complexidade do verdadeiro processo educativo.

Sendo assim, a educação em saúde precisa ser vista como um processo ou um conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo e emancipatório, que perpassa vários campos de atuação e tem como objetivo primordial mobilizar todos os envolvidos para o enfrentamento de situações individuais e coletivas que interferem direta ou indiretamente na qualidade de suas vidas e em seus processos de saúde e doença (SALCI; MACENO; ROZZA *et al*, 2013).

A educação, como um processo que propõe a autonomia e a emancipação dos sujeitos evidenciando as questões culturais, políticas e sociais, foi defendida também por Paulo Freire, ao propor a Pedagogia Libertadora. Essa abordagem pedagógica entende a educação como um processo que pressupõe ação e reflexão sobre a ação, para, em seguida, desenvolver uma nova ação que, baseada na

experiência do primeiro momento e da reflexão sobre ele, é desenvolvida de modo mais exitoso. É uma forma de construir o conhecimento capacitando as pessoas a refletirem sobre o seu papel dentro de sua realidade, levando em consideração as questões culturais, sociais e políticas e procurando superar os problemas e as necessidades para se atingirem níveis mais elevados de desenvolvimento (FREIRE, 2011a).

Desse modo, a educação em saúde deve propiciar uma estreita relação entre o profissional e o usuário em todos os momentos, e não, apenas, durante ações e ocasiões previamente determinadas para tal. O diálogo horizontalizado serve de base para a construção da emancipação dos sujeitos para o desenvolvimento da saúde individual e coletiva (SALCI; MACENO; ROZZA *et al*, 2013).

Com isso, infere-se que a equipe não dispõe de um cronograma para realizar as ações de educação em saúde, o que acaba por não instaurar uma regularidade na ocorrência dessas ações. Essa questão é percebida pela maioria dos trabalhadores da equipe, que acredita ser esse um dos maiores problemas que permeiam as ações.

A visão demonstrada pelos profissionais, nesse aspecto, é reduzida, porquanto só consideram como momentos de educação em saúde os planejados e desenvolvidos através de encontros coletivos com a comunidade, sem que se conceba a educação em saúde como um processo permanente e contínuo, que deve ser desenvolvido em todos os momentos de contato entre profissionais e usuários, sejam esses momentos individuais ou coletivos, na unidade ou fora dela, planejados previamente ou não.

É inegável a importância de um planejamento cronológico de atividades coletivas e/ou individuais que visem à educação em saúde voltada para os diversos aspectos, inclusive para os portadores de hipertensão arterial sistêmica. Porém os profissionais da equipe pesquisada precisam entender a educação em saúde para além de ações momentâneas e “considerar a amplitude que abrange todas as questões que a envolvem (SALCI; MACENO; ROZZA *et al*, 2013).”

Por fim, é referir que as subcategorias que foram elencadas neste tópico serviram para elencar o método, as formas e a rotina das práticas de educação em saúde desenvolvidas pelos profissionais da ESF que estamos pesquisando. Ficou claro que as palestras foram o principal método utilizado pela equipe para a realização desses momentos; que, motivadas por experiências anteriores, a maioria

das ações atualmente são desenvolvidas na comunidade, e não, na unidade através de ações planejadas e que os profissionais da equipe reconhecem que as atividades de educação em saúde não seguem um calendário, o que acaba por deixar essas atividades sem regularidade e não se reconhecem outros momentos como possibilidades de realizar e efetivar a educação em saúde, o que restringe a educação em saúde a atividades e momentos pontuais.

4.2.3 Entraves para o desenvolvimento da educação em saúde na ESF

Essa categoria foi montada a partir de três subcategorias que trazem à tona os problemas e as fragilidades mais marcantes das práticas de educação em saúde, na realidade da equipe de ESF que é alvo do nosso estudo, e discute sobre elas. Os problemas aqui expostos foram elencados pelos trabalhadores da própria equipe durante a entrevista realizada.

Essa categoria tem uma relevância considerável, porque nela se apresenta uma espécie de autoavaliação por parte da equipe no tocante as suas ações na área de educação em saúde, em que se expõem as opiniões e até sugestões dos trabalhadores sobre como avançar nesse âmbito e elucidar o motivo de essas ações ainda apresentarem tantas fragilidades nessa realidade.

A categoria foi composta das seguintes subcategorias: redução da equipe de saúde da família, agendas profissionais apertadas e incompatíveis com as práticas de educação em saúde e profissionais com pouca adesão às práticas de educação em saúde.

4.2.3.1 A redução da equipe de saúde da família

A subcategoria que aqui se apresenta reúne falas, comentários e argumentos sobre a redução dos profissionais da equipe de saúde analisada, quando ela se propõe a desenvolver ações de educação em saúde, principalmente as realizadas na comunidade. Essa equipe, composta de um número de trabalhadores superior a vinte, é diminuída para menos da metade desse número durante o planejamento e a implementação dessas atividades, o que as torna pobres em interdisciplinaridade e multidisciplinaridade, além de provavelmente terem sua eficiência minimizada.

Algumas falas nos mostram essa redução da equipe durante o desenvolvimento dessas ações:

> [Quais os profissionais da equipe que geralmente participam das ações educativas?] Os profissionais somos nós do NASF juntamente com a enfermeira e os agentes de saúde. Geralmente somos nós quem vamos (Profissional 4).

> [Quais os profissionais da equipe que geralmente participam das ações educativas?] Geralmente, quem participa somos nós do NASF e alguns profissionais da equipe da unidade, a enfermeira, alguns agentes de saúde... É mais a gente... (Profissional 5)

> [Quais os profissionais da equipe que geralmente participam das ações educativas?] (...) geralmente participa é a enfermeira e nós, agentes de saúde. Teve umas vezes que o pessoal do NASF também foi, mas certo mesmo é a gente (Profissional 11).

Pelo que podemos observar nesses discursos, as ações de educação em saúde, principalmente aquelas desenvolvidas com a comunidade, são desenvolvidas não pela equipe como um todo, mas por uma pequena parcela dela, e isso tem sido encarado como um problema pela própria equipe.

Outra questão que se mostra nisso é o fato de os envolvidos no desenvolvimento dessas ações serem, quase sempre, os mesmos. E além de um número reduzido de profissionais da equipe participar das ações, os que participam são sempre os mesmos, como mostram claramente estas falas:

> [Quais os profissionais da equipe que geralmente participam das ações educativas?] As meninas do NASF, a enfermeira e os agentes de saúde são quem mais participam. Os outros profissionais dificilmente vão (Profissional 10).

> [Quais os profissionais da equipe que geralmente participam das ações educativas?] Quando você fala “equipe” né, seria interessante que a equipe se envolvesse... Quando você fala em equipe seria médico, enfermeiro, todos os profissionais da unidade, mas, na verdade, é enfermeiro e agentes de saúde (Profissional 6).

Analisando as narrativas, fica evidente que os momentos de educação em saúde, na comunidade, ficam, quase sempre, sob a responsabilidade da enfermeira e dos agentes comunitários de saúde da unidade, com o suporte do NASF, que,

aparentemente, tem prestado esse suporte através de um rodízio dos profissionais que o compõem, como vemos a seguir:

> [Quais os profissionais da equipe que geralmente participam das ações educativas?] Nós temos feito um rodízio de profissionais, uma vez vai a fisioterapeuta junto com a enfermagem e os agentes, uma vez vai a fono (fonoaudióloga), uma vez vai a assistente social... Então é em forma de rodízio entre nós aqui (Profissional 3).

Essa realidade é preocupante, primeiramente pela responsabilização de apenas alguns profissionais para fazerem uma tarefa que necessita de múltiplos olhares e contribuições e pelo rodízio realizado por um grupo que deve prestar apoio matricial à equipe.

O poder de transformar e de reorientar as práticas do setor saúde, funções delegados à atenção primária, pode ser comprometido sobremaneira quando se reduz a equipe durante o desenvolvimento de suas atividades, principalmente quando a atividade em questão é educação em saúde, uma “atribuição básica e essencial da equipe de saúde da família” (BRASIL, 2007).

Convém enfatizar que a Enfermagem tem uma ligação muito forte com a educação em saúde, por manter, em geral, uma relação muito próxima com os usuários e se configurar como uma prática social que tem como objetivo promover o ser humano em todos os seus aspectos, fomentando sua autonomia, sua cidadania, sua dignidade e sua saúde (ZOBOLI; SCHVEITZER, 2013).

Nesse sentido, a educação em saúde faz parte da rotina diárias dos profissionais de Enfermagem nos mais diversos cenários de atuação dessa categoria e se configura como um ponto forte no estabelecimento da formação de vínculo entre o usuário e o profissional. Esse processo é muito importante no setor de saúde, porque, além de contribuir para o alcance de melhores resultados, faz o usuário refletir e perceber sua importância nesse processo e se tornar, de fato, sujeito ativo na transformação da própria vida e do seu processo saúde-doença (PINHEIRO, 2011).

A relevância dos agentes comunitários de saúde também é considerável no processo de educação em saúde, já que o seu trabalho é uma ponte que liga a equipe aos cidadãos, levando e trazendo informações, “desenvolvendo assim atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e vigilância à saúde, por

meio de visitas domiciliares e ações educativas a serem implementadas para as famílias acompanhadas” (BRASIL, 2012).

Assim, as figuras do enfermeiro e dos agentes comunitários de saúde são imprescindíveis quando se trata de Educação Popular em Saúde, porém é algo preocupante colocar a cargo apenas dessas duas categorias a grande responsabilidade de planejamento, executar e avaliar as atividades de educação em saúde que a equipe precisa desenvolver, já que “essa prática é prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe deve ser desenvolvida por todos conforme definição de suas atribuições básicas" (BRASIL, 2007).

Smeke e Oliveira (2001) defendem o envolvimento de toda a equipe nas atividades de educação em saúde porque compreendem que todo profissional de saúde é um educador em potencial, para cuja prática é condição essencial o próprio reconhecimento como sujeito do processo educativo. Na realidade analisada, a equipe de saúde é reduzida quando se executam práticas de educação em saúde de modo geral e, em especial, nas que são desenvolvidas na comunidade. Isso é percebido pela maioria dos profissionais entrevistados, que colocam essa questão como um problema para o desenvolvimento e até o avanço dessas atividades.

Nesse contexto, é imprescindível o envolvimento de todos os que fazem parte da equipe de saúde, afinal, “as práticas educativas são uma responsabilidade de todos os profissionais” (VASCONCELOS, 2010) e para efetivar essa prática, é necessário o envolvimento de múltiplos olhares, para dar conta integralmente da dinâmica que envolve a complexidade da construção do conhecimento humano.

4.2.3.2 Agendas profissionais apertadas e incompatíveis com as práticas de educação em saúde

Essa subcategoria reúne falas colhidas durante as entrevistas concedidas pelos profissionais da ESF Joana Cacilda de Bessa acerca de um problema do cotidiano da equipe e, segundo eles, tem atrapalhado e até impedido o desenvolvimento de atividades no âmbito da educação em saúde. Além de apresentar essa questão, essa categoria discute à luz do referencial teórico, fazendo um paralelo entre a realidade apresentada e o preconizado pelas autoridades no assunto.

As primeiras falas apresentadas já nos mostram um dos problemas - a incompatibilidade de agendas de trabalhos entre os profissionais:

> Acho que poderiam ser feitas mais ações em conjunto com a equipe da unidade (equipe de saúde da família), porque ainda são poucas ações e acontecem as vezes assim: eles fazem as deles e nós fazemos as nossas ações, ou seja, acontecem muitas vezes dividido. Só que isso não é porque nós queremos, mas os horários não batem muitas vezes. Então eu acho que se juntasse sempre as duas equipes (ESF e NASF) as coisas sairiam melhor e mais produtivas (Profissional 5).

> (...) às vezes eu noto o médico e a equipe um pouco distante. O médico, o que eu vejo no PSF atualmente é mais consulta. (...) Até porque é como eu lhe falei, muitas vezes o médico é forçado a atender um total de pacientes para consultas que o impede de participar de qualquer outra coisa dentro da equipe. É só consulta e consulta... (Profissional 7)

> (...) Seria tão bom se o médico fosse, mas nunca vai... Nunca dá tempo, porque ele não está aqui todos os dias, ai quando tá só dá para fazer as consultas, que são muitas também (Profissional 13).

Como pode ser observado facilmente pelas falas dos profissionais, a incompatibilidade de agendas de trabalho entre eles dificulta e, até, impede o desenvolvimento de ações educativas que envolvem todos os integrantes da equipe simultaneamente. Isso denota que os trabalhadores dessa equipe não discutem e/ou negociam sobre a organização de suas agendas de trabalho. Pelo que percebemos, cada profissional organiza sua agenda de acordo com suas opiniões e comodidade, sem que a equipe se organize como um todo para isso, o que, provavelmente, motiva essa incompatibilidade.

Isso se configura como uma falta de interação e de planejamento coletivo dentro da equipe, que causa problemas graves para o desenvolvimento das ações conjuntas, de modo geral, pela equipe. O planejamento na ESF é uma ferramenta muito importante, pois, além de organizar o serviço, contribui significativamente para a identificação, o monitoramento e posterior avaliação dos principais problemas e necessidades de saúde que a comunidade apresenta. Com um planejamento bem feito, é possível desenvolver ações mais efetivas para a população, melhorar o desempenho da equipe e reorganizar o processo de trabalho dos seus profissionais.

Por tudo isso, o processo de planejamento é indispensável no cotidiano das equipes de ESF e em suas diversas ações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Vendruscolo *et al* (2010) constatou em seu estudo sobre o planejamento situacional na estratégia de saúde da família, que os conflitos entre profissionais, sua falta de integração, a falta de organização e a falta de conhecimento acerca dos princípios e normas da ESF, se configuram como os principais problemas relacionados ao planejamento.

Outro problema foi apontado pelos profissionais pesquisados como responsável pelas escassas atividades de educação em saúde realizadas pela equipe - a grande demanda de serviços e procedimentos que eles têm que fazer diariamente na unidade.

> O grande problema é que eu acho, assim, os profissionais, pelo menos o enfermeiro ele é muito sugado na atenção básica por outros fatores, nós hoje somos muito encharcados de fichas, de programas e as vezes essa questão da educação ela fica um tanto que atrás dessas outras prioridades e eu acho que isso é muito complicado, embora seja muito importante, mas as vezes a gente acaba não dando uma visibilidade tão grande como deveria ter por causa desses outros afazeres que a gente tem (Profissional 6).

> (...) os profissionais da equipe devem ter tempo disponível para isso [ações de educação em saúde], se não é impossível qualquer tipo de ação nesse sentido (Profissional 7).

> Acho que deveria ter mais momentos educativos e que mais profissionais participassem, como o médico e o dentista. Mas para isso acontecer, é preciso que o calendário de atendimento da unidade seja refeito e seja seguido por todos, ai sobraria tempo toda semana para se trabalhar a educação em saúde com vários tipos de pacientes. Porque nesse aperto que estamos, é muito complicado viu?! Fazemos com muita força de vontade, e os que tem uma carga horária mais apertada como o médico, não consegue. A minha principal sugestão é essa, é melhorar o cronograma da unidade para termos condições de fazer essas ações mais vezes (Profissional 16).

Lendo as observações feitas pelos profissionais, podemos afirmar que o quantitativo de tarefas de responsabilidade deles é uma barreira para a realização das ações conjuntas de educação em saúde, principalmente para os profissionais com carga horária mais curta, como é o caso do médico da unidade, que trabalha

apenas vinte horas, e para aqueles que assumem a coordenação de programas de saúde pública orientados pelo Ministério da Saúde, como é o caso do enfermeiro.

O acúmulo de trabalho não é exclusividade dos profissionais da UBS Joana Cacilda de Bessa, porquanto diversos estudos têm apontado para uma exacerbação na quantidade de atribuições dos trabalhadores em saúde, incluindo os da atenção básica, que, não raras vezes “enfrentam situações conflituosas, como controle supervisionado, excesso de trabalho e acúmulo de tarefas” (OLIVEIRA; CUNHA, 2014).

Destarte, os profissionais de saúde e, principalmente, os da atenção básica, acabam sacrificando os espaços na agenda de trabalho que poderiam ser destinados às ações coletivas de educação em saúde ou a outras atividades conjuntas, em nome do cumprimento de metas e de indicadores exigidos pela gestão. Isso faz o profissional ceder as orientações e relegar as demais atividades a segundo plano. O controverso nisso é que sempre há discursos nas instituições de saúde e por parte de quem se encontra na gerência dos serviços sobre a importância de mudar a forma de se pensar e fazer saúde, porém ao mesmo tempo em que isso ocorre, os trabalhadores são pressionados para ter mais produtividade e aumentar o número de atendimentos individuais e de procedimentos curativos, o que limita o tempo e a disponibilidade desses para a elaboração, execução e avaliação de atividades com vistas na educação em saúde (VASCONCELOS, 2010).

É importante mencionar, porém, que, quando o profissional tem formação em saúde orientada pelas discussões do modelo contra-hegemônico de educação em saúde, como as da Educação Popular em Saúde, ele busca parte deles, de alternativas e adaptações nas agendas e cronogramas para que os momentos de atividades coletivas nos diversos âmbitos, inclusive de educação em saúde, sejam mantidos e respeitados.

Ao contrário, quando a equipe é composta de profissionais com formações guiadas pelo modelo biologicista, centrado na doença, na mudança de comportamento e nas ações individuais, a tendência é de que se use o argumento do acúmulo de atividades e tarefas na atenção básica para justificar a não realização de momentos coletivos de educação em saúde, quando, na verdade, o real motivo é a aproximação do perfil desses profissionais com o modelo hegemônico de educação em saúde (VASCONCELOS, 2010).

Assim, as atividades de educação em saúde desenvolvidas pelos profissionais recebem influência direta das teorias educacionais que circulam nas instituições de Ensino Superior e nas práticas de educação continuada. Em lados opostos, temos a Educação Popular, pautada na priorização de trabalho com grupos e na valorização do saber e de vivências trazidas pelos diversos participantes e o desenvolvimento de ações de educação em saúde com foco nas mudanças individuais de comportamento e estilo de vida, apoiado no discurso científico contemporâneo (VASCONCELOS, 2010).

A partir de tudo o que foi exposto e discutido nessa subcategoria, inferimos que as agendas de trabalho dos profissionais da equipe de saúde foco do nosso estudo são incompatíveis entre si, em termos de horário, o que impossibilita o desenvolvimento de atividades de educação em saúde em que se reúnem todos simultaneamente. Potencializando essa barreira, a equipe afirma que há uma exagerada quantidade de tarefas a serem desenvolvidas diariamente por seus trabalhadores. Percebe-se lacunas na gestão do processo de trabalho local dificultando o planejamento e a realização das atividades coletivas de educação em saúde, ou que alguns profissionais participem delas.

Então, é necessário que ocorram discussões entre a equipe para que as agendas de trabalho dos profissionais possam ser ajustadas, além de um planejamento idealizado e seguido por todos, que promova a participação da totalidade do grupo de profissionais nas ações coletivas de educação em saúde, pois essas necessitam da participação maciça da equipe e são responsabilidade de todos que a compõem, sem exceção.

4.2.3.3 Profissionais com pouca adesão às práticas de educação em saúde

Essa subcategoria foi formada com base nos depoimentos colhidos nas entrevistas feitas com os trabalhadores que fazem parte da UBS pesquisada e nas discussões que envolvem uma problemática muito presente em diversos serviços de saúde espalhados pelo nosso país - os profissionais com pouca adesão às práticas de educação em saúde.

Várias são os condicionantes para isto, e pretendemos abordar os principais, na tentativa de entender os reais motivos que envolvem o fato, para que seja possível pedir sugestões para o caso.

Veja-se o que pudemos colher nas entrevistas que têm afinidade com essa subcategoria:

> Quem geralmente participa é a enfermeira e os agentes comunitários de saúde. Os demais quase nunca têm tempo para participar dessas ações [de educação em saúde] (Profissional 8).

> O certo era participar toda a equipe, mas você sabe como é, tem profissionais que nunca vão [para as atividades de educação em saúde coletivas]... (Profissional 12).

Nessas duas falas, vimos que existem profissionais que fazem parte da equipe, mas que não participam de nenhuma etapa do desenvolvimento das atividades de educação em saúde que ela realiza. Em uma dessas falas, ainda se argumenta a falta de tempo dos demais profissionais como a causa dessa omissão.

Porém é estranho o fato de somente a enfermeira e os agentes comunitários de saúde terem tempo disponível para executar ações de educação em saúde, principalmente se considerarmos o fato de que todos os trabalhadores da ESF, salvo o médico, em algumas situações, são contratados com a mesma carga horária de 40 horas semanais. Então, deve haver outros problemas que impedem o envolvimento desses profissionais nessas atividades.

Alguns depoimentos nominam, inclusive, quais os profissionais que não participam das implementações coletivas de educação em saúde, como podemos ver a seguir:

> (...) eu acho que o médico também deveria participar desses momentos [de educação em saúde], porque seria muito bom se durante essas ações tivesse um médico presente para dar um apoio, fazer uma consulta com quem tivesse precisando, olhar um remédio de um, mudar a medicação de outro que não tivesse controlando a pressão... Eu acho que isso é importante. Com o médico lá as pessoas vinham mais, participavam mais e se sentiam mais seguras... (Profissional 10).

> (...) alguns profissionais não participam muito... O médico, o dentista e a auxiliar do dentista nunca vão com a gente para as ações, mas seria bom se fossem porque todos tem sua contribuição para dar e é importante (Profissional 16).

Essas afirmações deixam claro que existem alguns integrantes da equipe de saúde pesquisada que não se engajam nas práticas educativas em saúde e, ao que parece, os apontados são sempre os mesmos.

A equipe, como mencionado em algumas falas, sente falta de sua completude nos momentos de ações coletivas de educação, e esse fato parece, além de comprometer os resultados dessas ações, desestimular a continuidade da participação dos que hoje realizam essas atividades, o que é preocupante.

A necessidade do envolvimento de todos os profissionais da equipe nas atividades comunitárias, de modo geral, e, principalmente, nas atividades de educação em saúde, é capital para que elas prosperem, haja vista os muitos esforços investidos para a realização desses momentos. Quando se desenvolvem atividades com grupo de pessoas, a complexidade dessas atividades exige o empenho e a disponibilidade de todos os interessados, caso contrário, a tendência é de que as ações não prosperem, e o projeto fracasse (VASCONCELOS, 2010).

Um dos entrevistados afirma a própria ausência nas atividades de educação em saúde:

> Eu vou ser bem claro nisso, aqui eu não faço educação em saúde, e até faço, (...) mas é uma educação em saúde individual, mas coletivamente eu não vejo ações organizadas nesse sentido (Profissional 7).

O que podemos analisar e nos questionar são os motivos que levam alguns profissionais a não participarem das atividades de educação em saúde, o que pode ser motivado, em alguns casos, pela incompatibilidade de horários, como já foi debatido na subcategoria anterior, ou pela aproximação desse sujeito com o modelo hegemônico de saúde, centrado em procedimentos individuais, ações e procedimentos curativos.

Sabemos e já discutimos em subcategorias anteriores, das muitas atribuições que existem sob a responsabilidade dos profissionais da atenção básica, que acaba gerando problemas para o desencadeamento de ações na ótica educativa, porém o profissional precisa reconhecer a importância dessas ações e promover alterações e adaptações nos calendários junto com a equipe, visando manter seus espaços.

O outro lado da moeda é se o motivo para o afastamento de alguns desses profissionais das ações coletivas de educação em saúde for a formação centrada na

tradição científica, voltada para as práticas de saúde hegemônicas. Isso é o que acontece em muitos dos casos, em que “a maioria dos profissionais não tem condições, nem se dispõe a ter contato mais profundo com a dinâmica popular” (VASCONCELOS, 2010).

Os profissionais com esse perfil não entendem as diversas atividades coletivas, entre elas, as de educação em saúde, como momentos ricos em interação equipe/usuário, que podem promover saúde com base na autonomia dos sujeitos envolvidos nesse processo. Por essa razão, em certas circunstâncias não se envolvem nesse processo, e quando se envolvem, só visam “sair da rotina diária de atendimento”, pois nos dias marcados para essas ações, os procedimentos rotineiros não ocorrem (VASCONCELOS, 2010). Porém, ações educativas com esse intuito são, geralmente, orientadas pelas tradicionais práticas de educação em saúde, através de palestras, repasse de conceitos, indicações de mudanças comportamentais, autoritarismo e submissão, que chegam a ser até mesmo aberrantes (VASCONCELOS, 2010).

Para que a atenção básica exerça o seu papel de reorientadora dos serviços de saúde, intervir na dinâmica social, empoderar os sujeitos e colocá-los no centro das discussões do setor de saúde com voz ativa nesse processo, “é fundamental a mudança de cultura dos trabalhadores de saúde e dos usuários para se conseguir essa reorientação das políticas de saúde” (VASCONCELOS, 2010).

Podemos afirmar que, na equipe pesquisada, há profissionais ausentes das atividades de educação em saúde desenvolvidas pela referida equipe e não se sabe ao certo os reais motivos para essa questão. Mesmo assim, todos os que compõem a UBS devem se engajar para que se alcancem os objetivos dessas ações - participação, parceria, corresponsabilização, protagonismo, empoderamento e cidadania de todos os sujeitos envolvidos.

Enfim, entendemos que as subcategorias que formaram essa categoria temática foram úteis para identificar os principais problemas e entraves que pairam sobre a ESF Joana Cacilda de Bessa, no tocante às ações coletivas de educação em saúde. O estudo mostrou que, no atual cenário, as práticas de educação em saúde são desenvolvidas por apenas parte da equipe de saúde, notadamente a enfermeira, os agentes comunitários de saúde e a equipe do NASF. Isso se justifica por alguns motivos, a saber: incompatibilidade de cargas horárias dos profissionais ou quantidade inadequada de atividades cotidianas, o que pode estar causando

sobrecarga nos profissionais; a possibilidade de haver, entre os profissionais da equipe, alguns que se distanciam das práticas de educação em saúde motivadas, hipoteticamente, por uma formação guiada pelo modelo hegemônico de saúde.

De certo, temos que o envolvimento de todos os que fazem parte da UBS é necessário para consolidar as práticas de educação em saúde mais efetivas, que sejam capazes de atingir seus verdadeiros objetivos na atenção primária à saúde, a promoção da saúde, a prevenção de agravos, a emancipação, o empoderamento, o protagonismo e a participação efetiva de todos os sujeitos envolvidos nesse processo.

4.2.4 A formação de grupos na atenção básica visando ao autocuidado para usuários portadores de HAS

Essa categoria trata do aspecto central desta pesquisa - a aplicabilidade da formação de grupos de portadores de HAS pela atenção básica visando ao autocuidado. Sua importância é primordial para nos responder uma das questões centrais desse estudo - a percepção dos profissionais da ESF Joana Cacilda de Bessa acerca dessa temática. Foi montada com base em três subcategorias relativas às questões que envolvem a compreensão dos profissionais acerca do autocuidado, as experiências dessa equipe com o trabalho feito com grupos de pessoas e as perspectivas e opiniões dos profissionais envolvidos no estudo sobre possíveis ações desenvolvidas com grupos de portadores de HAS.

As subcategorias elencadas foram: autocuidado: não sei do que se trata, experiências da equipe em trabalhos com grupos, a formação de grupos usuários portadores de HAS: perspectivas e opiniões.

4.2.4.1 Autocuidado: não sei do que se trata

Essa subcategoria reúne as questões e os depoimentos colhidos durante as entrevistas realizadas que envolvem o conhecimento e a proximidade dos trabalhadores em saúde que compõem a ESF Joana Cacilda de Bessa acerca do autocuidado. Como o título da subcategoria antecipa, existe uma fragilidade considerável, pelo menos por parte da maioria dos entrevistados, no tocante ao que

permeia o autocuidado, que dificulta sua estimulação por parte deles com os usuários.

Estes discursos proferidos pelos profissionais entrevistados corroboram essa afirmativa:

> [Você sabe o que é autocuidado?] Não, não conheço isso (Profissional 2).

> [Você sabe o que é autocuidado?] Não, não sei o que é (Profissional 3).

> [Você sabe o que é autocuidado?] Não, não sei do que se trata. (Profissional 4).

> [Você sabe o que é autocuidado?] Não, autocuidado... Sei não. (Profissional 6).

> [Você sabe o que é autocuidado?] Não, sei não. Mas deve ser cuidar de si mesmo né?! Pelo nome... Risos (Profissional 10).

As falas apresentadas acima demonstram que grande parte da equipe não tem noção do que seja autocuidado, tampouco das discussões que existem em volta desse tema ou de sua importância nas ações coletivas de educação em saúde, visando aumentar o nível de saúde da população e melhorar a qualidade de sua vida.

Os motivos desse desconhecimento quase que total por parte da equipe acerca desse importante tema para o setor saúde talvez possa ser explicado nas falas a seguir:

> [Você sabe o que é autocuidado?] Não, eu não sei ao certo o que é autocuidado. Isso nunca foi discutido na minha formação (Profissional 8).

> [Você sabe o que é autocuidado?] Não sei... Nunca estudei isso e também nunca tivemos estudos sobre isso (Profissional 11).

Com base nessas falas, fica claro que a formação desses profissionais não abordou discussões referentes ao tema em questão, por isso, provavelmente, existe essa lacuna tão marcante na maioria dos trabalhadores entrevistados.

Outro motivo complementar a esse primeiro pode ser a falta de atividades de Educação Permanente em Saúde para os profissionais que continuam com algumas fragilidades vindas da Academia ou percebidas durante sua experiência profissional. Essas fragilidades dificultam ou, até, impedem o desenvolvimento de atividades importantes na área de atuação dos profissionais, compromete sua eficiência em relação ao que fazem e impede a produção e o oferecimento de um serviço de saúde de boa qualidade.

Assim, é importante que haja oportunidades de aperfeiçoar, atualizar e adquirir novos conhecimentos para os profissionais dos serviços de saúde em geral, visando à crítica e à reflexão acerca das situações que eles enfrentam no cotidiano dos seus serviços, para que seja possível desenvolver habilidades alinhadas com a promoção, a prevenção e a reabilitação da saúde, pautadas nas teorias de saúde e de educação que deem as respostas mais plausíveis sobre as necessidades de saúde de nossa população (JESUS; FIGUEIREDO; SANTOS *et al*, 2011). Porém, alguns dos profissionais entrevistados conseguiram demonstrar certa proximidade, mesmo que ainda com uma visão minimizada do que permeia o conceito de autocuidado, como podemos observar nestas falas:

> [Você sabe o que é autocuidado?] Sei. São cuidados voltados para si mesmo... Tipo assim, a capacidade da pessoa se cuidar (Profissional 12).

> [Você sabe o que é autocuidado?] Acho que é a pessoa ser responsável por cuidar de si próprio, cuidar de si mesmo, entende?! (Profissional 13).

> [Você sabe o que é autocuidado?] Sim, são pessoas orientadas a cuidar de sal saúde, responsáveis pelo seu próprio bem estar (Profissional 14).

Na fala desses profissionais, há um pouco do que seria a prática do autocuidado - as atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício, com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar (BUB; MEDRANO; SILVA *et al*, 2006). As ações de autocuidado envolvem a decisão

da própria pessoa, ou seja, do próprio usuário, com o propósito de contribuir ativamente para manter seu equilíbrio no processo saúde-doença.

Assim, estimular a comunidade para desenvolver práticas de autocuidado deve ser uma tarefa constante das equipes de ESF, nas mais variadas áreas, tanto para as pessoas que estão equilibradas em seu processo saúde-doença quanto para as que não estão, como por exemplo, as que, momentânea ou permanentemente, estão com alguma patologia em curso.

Ações com esse cunho instigam a corresponsabilização dos usuários no processo de manutenção da qualidade de sua vida e precisam ser desenvolvidos em todos os âmbitos do setor de saúde (BRASIL, 2002). Em outras palavras, a corresponsabilização, incremento base do empoderamento, da autonomia e do protagonismo dos sujeitos para gerenciar seu processo saúde-doença, tem como um dos seus pilares o autocuidado.

O empoderamento, matéria-prima do autocuidado, segundo Paulo Freire, é baseado na pedagogia da problematização e "sustenta-se basicamente em três etapas processuais: escutar e ouvir, problematizar e voltar à realidade" (BRASIL, 2014). Por essa razão, o desconhecimento por parte dos trabalhadores da equipe pesquisada sobre o que é autocuidado e sua importância na saúde da comunidade é preocupante e incapacitante, do ponto de vista do desenvolvimento de práticas sanitárias e de educação que propiciem a ruptura com a visão hegemónica do setor saúde. Partindo dessa realidade, é imperativa a aproximação desses profissionais com as discussões sobre autocuidado, construindo conhecimentos, habilidades e atitudes nesse âmbito para que possam mudar hábitos, comportamentos e práticas profissionais com vistas a ter maios eficiência no que fazem e na construção de ações em saúde inovadoras.

A maioria dos profissionais de saúde que fazem parte da equipe pesquisada não tem aproximação com as discussões sobre autocuidado, o que pode ser motivado por deficiências na formação e/ou ausência de Educação Permanente em Saúde. Esse fato, provavelmente, está comprometendo o desenvolvimento de práticas sanitárias e de educação em saúde que promovam a corresponsabilização dos usuários em seus processos de saúde-doença, por isso é necessário aproximar esses profissionais das discussões sobre o tema em questão.

4.2.4.2 Experiências da equipe em trabalhos com grupos

Essa subcategoria reúne as falas e discute sobre as experiências anteriores da equipe de saúde foco da nossa pesquisa possui em relação aos trabalhos com grupos de pessoas. Ela é necessária porque essa equipe já tem certa vivência com atividades com grupos, e a perspectiva desses profissionais acerca dessa metodologia de trabalho faz parte da questão central desta pesquisa.

Durante as entrevistas, os profissionais apresentaram suas vivências e, principalmente, as da equipe, e mencionaram os pontos positivos e os negativos, os avanços e os retrocessos e deram algumas sugestões baseadas no que foi observado nesses momentos, como mostram as primeiras falas apresentadas:

> [A equipe de saúde a qual você faz parte já trabalhou com grupos de pessoas? Se sim, como eram as atividades desenvolvidas pelo grupo? Avalie] A gente tem, na verdade a gente já faz, né?! Tem o grupo de tabagismo aqui, que é bem exitoso com relação a isso e a gente tá pensando em montar, na verdade já tem até o projeto, um de controle de obesidade, a gente vai montar esse grupo porque ai a gente tem uma resposta maior, porque vai ser um grupo fechado, ai a gente tem um controle maior, ai a gente tem essa resposta (Profissional 3).

> [A equipe de saúde a qual você faz parte já trabalhou com grupos de pessoas? Se sim, como eram as atividades desenvolvidas pelo grupo? Avalie] Bom, nós temos um grupo de tabagismo e pensamos ainda em criar um de controle de obesidade. Como se sabe, esses dois problemas aumentam a pressão, então quando estivermos trabalhando nesses dois grupos, estaremos automaticamente trabalhando o controle da hipertensão arterial (Profissional 4).

> [A equipe de saúde a qual você faz parte já trabalhou com grupos de pessoas? Se sim, como eram as atividades desenvolvidas pelo grupo? Avalie] Sim... Nós temos um grupo de gestantes e o NASF tem um grupo de tabagismo... São muito produtivos e dá muito resultado. Muitas pessoas já pararam de fumar e outras já diminuíram muito o vício... O de gestante sempre ensina direitinho como se cuidar e cuidar do bebê e é muito importante, principalmente para aquelas mães de primeira viagem (Profissional 13).

Como podemos observar, a equipe de saúde pesquisada já desenvolve trabalhos com grupos de pessoas. A última fala apresentada demonstra que os resultados são animadores, na visão da própria equipe, o que chama à atenção para

a formação de grupos como estratégia para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde exitosas.

O processo de educação em saúde é complexo e exige uma série de meios e instrumentos, metodologias apropriadas, disposição e esforços por parte da equipe para que, no final, a prática educativa possa gerar resultados satisfatórios e capazes de responder aos objetivos para os quais foi pensada.

A maior parte das atividades de educação em saúde atualmente desenvolvidas pelos profissionais e pelos serviços de saúde em geral, ainda se aproximam das práticas educacionais tradicionais, verticalizadas, autoritárias, excludentes, em outras palavras, baseadas no modelo biomédico de saúde. Assim, “no cotidiano dos serviços, há uma sobreposição das abordagens tradicionais de educação em saúde” (SOUZA *et al*, 2005), e isso é muito preocupante, principalmente para os serviços de atenção primária.

Várias estratégias já foram sugeridas para o enfrentamento dessa realidade, entre elas, o trabalho com grupos de pessoas, pois tende a quebrar a relação vertical historicamente construída entre o profissional e o usuário e os aproxima, o que facilita o processo de educação em saúde (SOUZA; COLOMÉ; COSTA *et al*, 2005). A estratégia do trabalho em grupo para a educação em saúde facilita a exposição e a discussão dos principais problemas e necessidades de saúde dos participantes e possibilita o compartilhamento e a sugestão de possibilidades para resolver ou minimizar as questões apresentadas. Tudo isso é feito através da troca de experiências e da construção de novos saberes, com base não somente nas indicações trazidas pelos profissionais de saúde, mas também em outros usuários que enfrentam problemas semelhantes (SOUZA; COLOMÉ; COSTA *et al*, 2005).

Nesse sentido, a estratégia de formação de grupos na atenção básica pode ser uma arma poderosa no combate à dominação exercida pelos serviços de saúde, com atividades educativas que se limitam a transferir informações com caráter coercitivo e traços de autoridade e dominação (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

Outras falas seguem demonstrando as experiências da equipe que foi alvo do nosso estudo a respeito da formação de grupos na atenção básica.

> [A equipe de saúde a qual você faz parte já trabalhou com grupos de pessoas? Se sim, como eram as atividades desenvolvidas pelo grupo? Avalie] Já, aqui tem um grupo de tabagista que é coordenado pelo NASF... É bem participativo. As vezes fazem ações com os

> hipertensos e diabéticos da área, mas não é sempre como com os tabagistas que tem toda semana... (Profissional 9).

> [A equipe de saúde a qual você faz parte já trabalhou com grupos de pessoas? Se sim, como eram as atividades desenvolvidas pelo grupo? Avalie] Sim, nós já trabalhamos com grupos de gestantes e com grupos de tabagistas. É bem interessante. (...) Já o grupo de tabagistas tem um cronograma de reuniões que eles seguem, e acontecem aqui mesmo na unidade. É bem frequentado... Ah, nós também temos uns encontros com os hipertensos e diabéticos. Não é bem um grupo, mas as ações acontecem com grupos de pessoas, tipo, não são as mesmas pessoas todas as vezes, mas é algo bom também, só que vem caminhando a passos mais lentos, não tem um cronograma certo para as reuniões e isso atrapalha bastante (Profissional 14).

> [A equipe de saúde a qual você faz parte já trabalhou com grupos de pessoas? Se sim, como eram as atividades desenvolvidas pelo grupo? Avalie] Sim, nós temos aqui um grupo de fumantes que é o único regular que temos. Eles se reúnem regularmente e tem todo um planejamento para a sequência das reuniões. As demais ações em grupo são pontuais, como eu falei há pouco tempo... Falta muito isso, um cronograma, uma sequência... Acontecem uma vez ou outra... (Profissional 15)

Depois de analisar essas falas, percebemos que as experiências com grupos de pessoas por parte da ESF Joana Cacilda de Bessa são duas, já que se pode questionar sobre se as ações desenvolvidas com usuários hipertensos e diabéticos que foram citadas nas falas são feitas com grupos de pessoas, haja vista a falta de regularidade, cronograma, continuidade, avaliação, entre outros requisitos que uma atividade com grupos deve ter para ser assim denominada. As atividades feitas com hipertensos e diabéticos que foi mencionada parece ser pontual, centrada na doença e tem como objetivo a mudança comportamental dos usuários portadores desses agravos, características que a aproximam das atividades de educação em saúde tradicionais.

Quando se trabalha com grupos na atenção básica, uma questão deve ser observada atentamente - a utilização dessa metodologia para se trabalharem questões que focam doenças e problemas de saúde. A dinâmica do trabalho com grupos foi pensada para se trabalhar o autocuidado, questões subjetivas, trocas de experiências e construção de saberes úteis no equilíbrio do processo saúde-doença. Porém, em muitos serviços de saúde, tem sido feito o inverso, e as ações educativas grupais frequentemente têm assumido uma abordagem focada na doença e nos

problemas de saúde apresentados pelos usuários dos serviços (DIAS; TAVARES, 2013).

As atividades de grupo entraram na rotina dos serviços de saúde, porém é necessário inovar seu foco de abordagem e remover a centralidade na doença, o que, comumente, ocorre e o coloca no usuário, para que ele e suas necessidades sejam o objetivo dessas ações. Na maioria dos serviços, todas as atividades em grupo visam ao controle de alguma patologia, à prevenção de alguma doença ou o tratamento de algum problema de saúde. Então, questiona-se: a quem se está direcionando os serviços de saúde: aos usuários ou às patologias e aos agravos à saúde? Quem é o centro desse processo? (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

Na realidade posta pelos profissionais participantes da entrevista deste estudo, não ficou muito claro como seria o desenvolvimento dessas atividades em grupos, o que nos impede de fazer uma análise mais minuciosa sobre elas. Porém as falas apontam uma grande probabilidade de elas se aproximarem das ações de educação em saúde tradicionais, haja vista que utilizam meios e instrumentos muito utilizados por esse modelo de prática hegemônico. Todavia, independentemente disso, reafirmamos a importância de fazer atividades com grupos de usuários que tenham como objetivo o desenvolvimento crítico dos indivíduos a respeito do seu meio social e suas condições de vida e saúde (SOUZA *et al*, 2005).

A partir da exposição dessa subcategoria, infere-se que a equipe de saúde da família estudada nesta pesquisa já tem experiência com trabalhos com grupos de pessoas, embora não vasta. Pelo que vimos, existem dois grupos de usuários formados e em funcionamento, com planejamento de atividades e cronograma - um direcionado para usuários tabagistas e o outro, para mulheres gestantes. Citou-se também a prática de reunir alguns usuários hipertensos e diabéticos, porém ficou clara a falta de critério de seleção, de cronograma, de regularidade e o caráter pontual da ação, o que acaba por descaracterizá-la como atividade com grupos.

Reforçamos a ideia do trabalho com grupos como algo que pode render muitos e bons frutos para a ESF, com vistas à educação em saúde, pois, como refere Freire (1983), “com esse método profissional e indivíduo são sujeitos do processo de educação em saúde”. Mas, para isso, o método aplicado deve ser direcionado ao empoderamento dos participantes.

4.2.4.3 A formação de grupos usuários portadores de HAS: perspectivas e opiniões

A subcategoria aqui apresentada foi construída com base nas falas colhidas dos profissionais entrevistados, no momento em que expuseram suas opiniões e perspectivas acerca da possível formação de grupos de usuários portadores de HAS pela atenção básica, mencionando possíveis potencialidades e debilidades dessa alternativa levantada durante a entrevista.

A importância dessa categoria está em discutir sobre possíveis formas de a equipe de ESF enfrentar a HAS, tendo em vista que essa condição é muito comum na área de abrangência da referida equipe, e os usuários que são portadores dessa patologia precisam de ações que os ajudem a ter uma vida melhor.

Acerca desse ponto, vejam-se estas falas da equipe:

> [Você acha que as pessoas hipertensas conseguem melhorar com as atividades em grupos? Fale um pouco sobre isso] Eu acho que sim... Na minha opinião, se os hipertensos tivessem um grupo onde fossem repassadas as informações que eles precisam, eles estariam bem orientados sobre a doença que tem e poderiam se cuidar melhor.

> [Você acha que as pessoas hipertensas conseguem melhorar com as atividades em grupos? Fale um pouco sobre isso] Sim, com certeza... Porque ele tiram as dúvidas, recebem informações sobre a doença deles e aprendem a se tratar melhor. Muitos deles não se cuidam porque não sabem como devem fazer as coisas, o que devem comer e o que não podem. Então com as atividades educativas em grupos eles podem fazer isso bem melhor e evitar que coisas mais graves aconteçam, como infarto... É muito perigoso hipertensão... É preciso muito cuidado, muita atenção (Profissional 11).

> [Você acha que as pessoas hipertensas conseguem melhorar com as atividades em grupos? Fale um pouco sobre isso] Sim, porque a partir do conhecimento adquirido nessas atividades, elas vão modificando seus hábitos de vida para evitar o agravamento da sua hipertensão. Porque como sabemos, a hipertensão não tem cura, tem apenas tratamento. Então para tratar bem é preciso conhecimento e é isso que elas aprendem nesses momentos (Profissional 12).

Observando e analisando as falas acima, proferidas pelos profissionais entrevistados, notamos que, entre eles existe, uma consonância acerca da visão de que a formação de grupos para o enfrentamento da HAS pode ser uma boa alternativa no âmbito da atenção básica. Porém, refletindo sobre as respostas apresentadas, notamos que a visão desses profissionais sobre a metodologia a ser

utilizada nas ações de grupo para usuários hipertensos é pautada no modelo tradicional de educação, porquanto aponta para práticas verticais e prescritivas voltadas para a mudança de hábito e para o estilo de vida que são centradas nos saberes técnicos dos profissionais e na doença.

O que é proposto pelos modelos de educação em saúde contra hegemônicos, como a Educação Popular em Saúde, é o inverso dessa visão, ou seja, a formação de grupos que possibilite a quebra da relação vertical existente entre profissionais e usuários (SOUZA *et al*, 2005), e que eles passem a ser os protagonistas no gerenciamento do seu processo saúde-doença.

O trabalho em grupo, que segue os preceitos da Educação Popular em Saúde, proporciona o diálogo entre as partes envolvidas, os trabalhadores da saúde e os usuários e possibilita uma relação horizontal e igualitária muito importante na interação entre as partes que se contraponha à opressão e à dominação dos serviços com os usuários. Esse diálogo conduz à construção de uma consciência crítica sobre a realidade, porque parte das reflexões sobre os problemas e as necessidades do próprio meio em que as pessoas vivem, ou seja, é uma ação pedagógica baseada na realidade concreta vivida pelos cidadãos (FREIRE, 2003).

Outras falas colhidas nas entrevistas trazem aspectos diferentes dos apresentados nas primeiras. Vejamos:

> [Você acha que as pessoas hipertensas conseguem melhorar com as atividades em grupos? Fale um pouco sobre isso] Com certeza, principalmente pelo fato de troca de experiências. Quando você vai falar com um grande grupo, sempre tem alguém que acrescenta algo, naquele momento, dentro da sua realidade que pode ser a realidade de um outro, que por sua vez esteja ali caladinho só absorvendo a informação, acho que é um momento muito rico (Profissional 6).

> [Você acha que as pessoas hipertensas conseguem melhorar com as atividades em grupos? Fale um pouco sobre isso] Sim, pois a troca de experiências é uma coisa muito boa, um motiva o outro a aderir ao desafio da dieta, a prática de exercícios, a tomar os remédios direitinho... Enfim, as atividades em grupo ajudam a quebrar as barreiras nas informações e ajuda na interação da comunidade com a gente e entre ela mesma (Profissional 14).

Se compararmos essas falas com as apresentadas anteriormente, veremos que os profissionais que as proferiram têm uma visão mais ampla da formação de

grupos e das potencialidades desse método nas atividades de educação em saúde com a população.

A interação entre a equipe de saúde e o usuário e a possibilidade de haver trocas de experiências entre os participantes foram pontos abordados pelos entrevistados que demonstram uma aproximação de sua visão com as práticas inovadoras e contra-hegemônicas de educação em saúde.

Certamente, o aumento da interação entre os profissionais e a comunidade, uma relação mais horizontal, o protagonismo dos usuários no processo e a troca de experiências são alguns dos pontos fortes da formação de grupos usuários pelos serviços de saúde. Os participantes podem e, geralmente, são beneficiados com essas trocas de experiências e com as sugestões que surgem ao longo das atividades do grupo, o que possibilita a reflexão sobre o seu modo de pensar e suas atitudes no âmbito individual e no coletivo (SOUZA; COLOMÉ; COSTA *et al*, 2005).

A interação entre os participantes é outra potencialidade que a formação de grupos pode viabilizar, além do desenvolvimento da habilidade de lidar com o outro, o que é fundamental para um bom convívio em comunidade. Além disso, a contribuição de cada participante desperta sua autonomia e enriquece o momento. Souza, Iglesias e Pazin-Filho (2014) atestam isso afirmando que, “no trabalho em grupo, é fundamental a interação, o compartilhamento, o respeito à singularidade, a habilidade de lidar com o outro em sua totalidade, que resultará em aquisição progressiva de autonomia e maturidade”.

Mesmo com todas as potencialidades mencionadas acerca da formação de grupos, ainda existem muitos profissionais que não acreditam nesse método como uma boa alternativa para o desenvolvimento de ações de educação em saúde e são resistentes a ele, como podemos observar na fala a seguir:

> [Você acha que as pessoas hipertensas conseguem melhorar com as atividades em grupos? Fale um pouco sobre isso] É bom e assim, é bem mais prático, digamos assim, a formação de grupos. Só que como a gente sabe que a questão da informação, principalmente em educação em saúde é muito precária, então se você tivesse um acesso de forma individualizada a cada pessoa, seria bem mais eficaz, entendeu?! (Profissional 3).

É visível a resistência do profissional sobre a formação de grupos pela atenção básica. Ele deixa claro que as ações individuais são mais eficazes em

relação às ações em grupo, principalmente por causa da precariedade da educação em saúde. Ao se posicionar dessa forma, o profissional demonstra uma opinião pautada na educação em saúde tradicional, em que se acredita que as ações individuais são mais eficientes do que as atividades coletivas. Esse posicionamento é muito frequente entre os profissionais de saúde, ainda fruto de uma formação acadêmica compartimentalizada, demasiadamente clínica e focada em procedimentos individuais.

Contrariamente a esse pensamento, Souza, Iglesias e Pazin-Filho (2014) afirmam que “o trabalho em grupo mais do que a junção de alunos, pode proporcionar desenvolvimento inter e intrapessoal, por meio do estabelecimento de objetivos compartilhados”.

Quando Paulo Freire pensou no recurso técnico-metodológico do Círculo de Cultura e o propôs, também considerou o aprendizado com grupo como muito mais rico, participativo, emancipatório e cidadão do que o individual, pois esse tem como propósito uma vivência participativa com ênfase no diálogo, que é a maior qualidade desse tipo de método, e estimula a participação de todos. “É de cultura, porque os círculos extrapolam o aprendizado individual, produzindo também modos próprios e renovados, solidários e coletivos de pensar” (BRANDÃO, 2005).

Assim, o profissional tem uma visão não alinhada à proposta de Educação Popular em Saúde, aproximando o seu discurso das práticas hegemônicas de educação em saúde, já excessivamente comprovadas como incipientes e irresolutivas em relação à complexidade do processo de educação em saúde nos dias atuais.

É importante enfatizar que as práticas de educação em saúde individuais também podem ser utilizadas na rotina dos serviços sem que isso se configure, obrigatoriamente, como uma prática tradicional de educação. Em outras palavras, as ações individuais podem e até devem ser usadas como forma complementar no processo de construção de conhecimentos e consciência crítica na população, porém as ações coletivas devem ser colocadas em primeiro plano, haja vista a potencialidade dessa estratégia no desenvolvimento crítico e reflexivo dos envolvidos no processo (SOUZA; IGLESIAS; PAZIN-FILHO, 2014).

Infere-se, então, que a maioria dos trabalhadores da equipe de saúde foco do nosso estudo tem uma postura a favor da formação de grupos de usuários para o desenvolvimento de ações de educação em saúde. Uma parte deles tem uma visão

reduzida acerca da metodologia mais apropriada para ser empregada nos grupos, enquanto que outra parcela de entrevistados apresentou um entendimento mais apurado sobre o tema. Ainda houve discurso cujo teor se aproximava das práticas de educação em saúde tradicionais, com predileção por atividades educativas individualizadas, verticais e com protagonismo do profissional. Isso se configura como uma necessidade eminente, um aprofundamento dos profissionais de modo geral no tocante à temática abordada, devido a sua importância para os serviços de atenção básica de saúde.

Finalmente, ressaltamos que as subcategorias aqui elencadas serviram de base para essa categoria temática e foram necessárias para apresentar as potencialidade e debilidades da formação de grupos na atenção básica, visando ao autocuidado para os usuários portadores de HAS, na opinião dos entrevistados.

Ficou evidente que a maioria dos profissionais de saúde que compõe a referida ESF desconhece o autocuidado e as discussões que permeiam esse tema, bem como sua importância no cotidiano das práticas da equipe. Outra constatação foi de que já existem alguns trabalhos com grupos de pessoas na referida unidade, embora ainda existam ações pontuais, sem regularidade ou cronograma definido. A última evidência apresentada foi de que a maioria dos trabalhadores da área de saúde que fazem parte da ESF pesquisada é a favor do desenvolvimento de atividades em grupos com vistas à Educação Popular em Saúde, embora existam, nesse meio, profissionais sem muito domínio teórico e prático da metodologia ideal para efetivar esses grupos, além de haver profissionais que preferem ações individuais. Mesmo assim, ficou destacado que “a experiência do trabalho em grupo pode facilitar a produção coletiva de conhecimento e a reflexão acerca da realidade vivenciada pelos seus membros” (BRANDÃO, 2005).

4.3 ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

A partir do que foi colhido durante as entrevistas, observado e anotado no diário de campo, durante os momentos em que houve contato direto com a equipe, e com base na proposta do estudo, a formação de grupos com vistas ao autocuidado de usuários portadores HAS, à luz da Educação Popular em Saúde, foi necessário desenvolver três oficinas, distribuídas em quatro momentos, para a aproximação e

posterior construção de conhecimentos por parte dos sujeitos envolvidos sobre os temas que centram esta pesquisa.

Os momentos das oficinas foram organizados de acordo com as possibilidades da equipe e planejados com base em discussões e temas que foram propostos pelos próprios profissionais no primeiro contato para todos os envolvidos apresentarem a pesquisa e, posteriormente, discutir sobre ela no dia 17 de novembro de 2015.

4.3.1 RODA DE CONVERSA PARA APRESENTAÇÃO DA PESQUISA E PROPOSTA DE AÇÃO

Nesse primeiro momento, foram apresentadas algumas informações sobre a atual situação de saúde da população da cidade de Pau dos Ferros – RN - e alguns dados da comunidade sob a responsabilidade sanitária da UBS pesquisada, como, por exemplo, a quantidade de hipertensos, o número de óbitos no último ano, que tiveram como causa as complicações pela hipertensão e/ou patologias secundárias que têm a hipertensão como doença base.

A proposta da pesquisa foi bem aceita pelos trabalhadores da UBS. Depois da apresentação dos objetivos e do seu plano de ação, a equipe sugeriu três temas, para que fossem discutidos entre todos ao longo do estudo: práticas de educação em saúde na atenção básica, autocuidado e Educação Popular em Saúde. Com base na proposta da pesquisa, sugerimos - e equipe acatou - o acréscimo de mais um tema, a formação de grupos na atenção básica.

Nesse mesmo encontro, discutimos sobre um cronograma de atividades para o desenvolvimento do plano de ação da pesquisa e o aprovamos. Notamos, no diário de campo, que, nesse primeiro momento, a maioria dos trabalhadores da equipe esteve presente - aproximadamente dezessete pessoas - alguns demonstrando empolgação, e outros, meio alheios ao que estava acontecendo ali.

Outro fato que observamos foi que o tempo disponibilizado para esse primeiro momento pela equipe foi pouco - cerca de uma hora e meia - e a maioria dos profissionais externou sua insatisfação com o próprio cronograma de atividades, que não disponibilizou um tempo maior para essa apresentação. A sobrecarga de trabalho na ESF já foi discutida em uma subcategoria temática deste trabalho e foi visualidade na prática durante o desenvolvimento da pesquisa.

O quadro a seguir demonstra como foram planejadas e dispostas cronologicamente as oficinas.

Quadro 5 – Disposição dos temas, dos títulos e das datas para as oficinas

Tema proposto	Título da oficina	Data proposta
Práticas de educação em saúde na atenção básica / A formação de grupos na atenção básica	A estratégia de saúde da família e a importância das ações educativas no âmbito da atenção primária / a formação de grupos como estratégia de educação em saúde	19/05/16
Autocuidado	O autocuidado como forma de melhorar a qualidade de vida da população com HAS e da comunidade em geral	23/05/16
Educação Popular em Saúde	A Educação Popular em Saúde como norteadora das práticas de educação desenvolvidas pela ESF (Partes I e II).	02/06/16 e 06/06/16

Fonte: Maia (2016)

4.3.2 Oficina 1: A Estratégia de Saúde da Família e a importância das ações educativas no âmbito da atenção primária / a formação de grupos como estratégia de educação em saúde

Essa oficina foi pensada para se discutir sobre a importância das ações de educação em saúde no campo da atenção primária e as contribuições que a formação de grupos de usuários pode dar para melhorar o desempenho dessas ações. Aproveitamos a oportunidade para discutir sobre as experiências obtidas pela equipe de saúde da família com as práticas já realizadas ao longo dos últimos anos, fazendo uma autoavaliação coletiva a respeito delas e aproveitando para, através de uma discussão entre todos, pensar sobre meios e instrumentos com vistas ao avanço e ao melhoramento dessas ações.

A oficina desenvolveu-se na seguinte ordem de roteiro:

- Apresentação do tema;
- Miniexposição dialogada sobre a importância da educação em saúde no contexto da atenção básica;
- Exposição e avaliação das experiências práticas de educação em saúde da equipe – roda de conversa;

- Sugestões para o desenvolvimento de ações de educação em saúde mais eficientes e efetivas – roda de conversa;
- Apresentação e discussão sobre a metodologia de trabalho com grupos de pessoas – leitura compartilhada de uma síntese feita com base no texto: “A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde” (SOUZA, *et al* 2005).
- Roda de conversa sobre as possíveis vantagens e desvantagens da utilização do trabalho com grupos na realidade desta equipe;
- Avaliação da oficina através de dinâmica: cada participante pronunciava apenas uma palavra que representasse sua avaliação sobre o momento vivido.

Nessa oportunidade, contamos com a presença de uma quantidade de pessoas (oito) bem inferior, comparando com as que compareceram ao primeiro encontro. Por outro lado, o tempo disponível para o desenvolvimento da ação foi bem superior - quatro horas e quinze minutos. Isso foi motivo de muita satisfação de todos os que participaram. Todos os participantes permitiram que a oficina fosse fotografada.

Figura 3 – Foto da primeira oficina de capacitação com os profissionais

Fonte: Arquivo pessoal

As palavras mais pronunciadas na avaliação do momento foram: “aprendizado”, “conhecimento” e “crescimento”. Isso demonstra que houve uma boa avaliação da oficina. No nosso diário de campo, anotamos alguns pontos positivos da oficina realizada nesse dia: boa receptividade pela equipe, boa participação dos profissionais presentes nas atividades desenvolvidas, construção de objetivos e metas com a participação de todos os presentes, tempo disponibilizado suficiente para o desenvolvimento da ação, apoio da gestão da unidade e bom andamento do trabalho entre o grupo.

Por outro lado, ocorreram alguns problemas e situações que se conformaram como pontos negativos ou desafios a serem superados, a saber: ausência de muitos profissionais e trabalhadores da equipe, resistência à adesão a novas práticas de educação em saúde por parte de alguns profissionais, que relutam em reconhecer que as tradicionais práticas não dão conta da complexidade do setor de saúde nem da educação em saúde e dificuldade de cumprir o cronograma elaborado, já que tivemos que mudar a data da próxima oficina devido à incompatibilidade dos horários e da agenda dos profissionais. Mesmo assim, a ação foi muito valiosa e rica, porquanto nos proporcionou aproximação com a equipe e discussões que serviram de base para a construção de conhecimentos no âmbito dos temas propostos.

4.3.3 Oficina 2: O autocuidado como instrumento indispensável à melhoria do nível de saúde da comunidade

Esse momento foi pensado para análises das questões que envolvem o autocuidado e sua importância em relação aos desafios enfrentados cotidianamente pelos profissionais de saúde, visando à corresponsabilização, ao protagonismo e à emancipação dos usuários, tanto dos que desfrutam de uma boa qualidade de vida como, principalmente, dos que estão com algum nível de desequilíbrio no processo saúde-doença.

O que justificou essa oficina foi o distanciamento do tema demonstrado pela maioria dos profissionais membros da equipe nas entrevistas realizadas, o que caracterizou a necessidade de fazer uma oficina em que fosse abordado o referido tema envolvendo esses profissionais.

A oficina teve como sequência os seguintes pontos:

- Apresentação prévia do tema;
- Leitura compartilhada e análise de um texto sobre autocuidado: “Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira” (DIÓGENES, PAGLIUCA, 2003);
- Roda de conversa sobre o autocuidado: perspectivas e opiniões;
- Confecção de um painel que continha o conhecimento adquirido pelos participantes acerca do autocuidado;
- Avaliação realizada com a entrega de uma folha com três tópicos: “que bom, que pena e que tal?”.

Na avaliação proposta, os participantes recebiam a folha com os três tópicos já mencionados e eram estimulados a escrever o que acharam bom, o que foi ruim na ação e quais as sugestões deles para as próximas vezes. É importante mencionar que foi esclarecido que eles não precisavam se identificar no formulário de avaliação. O tópico ‘que bom’ teve uma variedade de respostas, e as mais comuns foram:

> [Que bom...] A forma como foi conduzida a ação e a participação dos presentes.

> [Que bom...] Que novas práticas então sendo aprendidas e para serem colocadas em prática e melhorar o nosso trabalho.

> [Que bom...] Que tivemos a oportunidade de nos reunirmos e trocar experiências e nos ajudou tentar a melhorar a nossa prática.

Já o tópico ‘que pena’, tive como resposta quase uma unanimidade que foi:

> [Que pena...] A participação da equipe foi deficiente.

O último tópico era o ‘que tal’, e esse teve uma variedade bem maior de respostas, tais como:

> [Que tal?] Construir mais conhecimentos sobre outras temáticas.

> [Que tal?] Realmente colocar em prática o que discutimos aqui.
>
> [Que tal?] Termos mais momentos como esse.
>
> [Que tal?] Ampliar para toda a equipe da unidade, já que vieram poucas pessoas.

Baseados na avaliação feita pelos profissionais, observamos que a oficina foi bem vista pelos profissionais que dela participaram e que os objetivos pensados foram atingidos.

Como observação do diário de campo, vimos que parte da equipe continua com um calendário de atividades muito apertado e incompatível com outras atividades, como as de educação permanente. Isso, aliado à resistência que ainda se tem às práticas inovadoras e contra-hegemônicas do setor de saúde ou ao desinteresse que parte da equipe ainda parece ter, talvez explique a baixíssima participação nessa oficina, que contou apenas com sete pessoas. A oficina teve registro fotográfico permitido por todos os participantes.

Figura 4 – Foto da segunda oficina de capacitação com os profissionais

Fonte: Arquivo particular

Figura 5 – Foto da segunda oficina de capacitação com os profissionais

Fonte: Arquivo particular

Como pontos positivos, podemos elencar: a presença de alguns profissionais do NASF, que, até então, não haviam participado de nenhum momento, boa receptividade pelos presentes, bom diálogo e interação entre todos, excelente interesse e participação dos que estavam no momento e tempo disponível suficiente para o desenvolvimento das atividades planejadas. O ponto negativo foi a pouca adesão dos trabalhadores da equipe ao momento. Porém cinco profissionais justificaram a ausência por motivo de força maior, o que, embora tenha culminado com a não participação deles na oficina, demonstra atenção, respeito e compromisso com o plano de ações proposto e seu cronograma.

Independentemente de tudo isso, a oficina foi um momento muito bom e rico em construção de conhecimentos e de experiências para todos os envolvidos, sobretudo para mim.

4.3.4 Oficina 3: A Educação Popular em Saúde como norteadora das práticas de educação desenvolvidas pela ESF

Essa oficina foi pensada para dar suporte à proposta da pesquisa, que é a formação de um grupo para usuários portadores de HAS com vistas ao autocuidado, tendo a Educação Popular em Saúde como orientação. Não seria possível atingir esse objetivo com equipe sem esse momento de discussão, aproximação e

construção de conhecimentos sobre o tema, haja vista o distanciamento que os trabalhadores da referida equipe apresentaram durante a entrevista.

Por se tratar de um tema central para a pesquisa e o alcance dos seus objetivos e tendo em vista a necessidade de mais espaço de tempo para a saturação das discussões e as atividades para esse conteúdo, resolvemos, em conjunto com a equipe, dividir a oficina em dois dias: o primeiro, com um cunho mais conceitual e de discussões entre a equipe; e o segundo, mais prático, em que a equipe iria pensar, planejar e executar uma atividade de Educação Popular em Saúde.

O primeiro encontro seguiu o roteiro disposto abaixo:

- Apresentação geral do tema;
- Dinâmica da árvore (parte 1): montagem da árvore com base na exposição dos conhecimentos prévios acerca do tema;
- Leitura compartilhada e roda de conversa para debater sobre os textos. Os textos utilizados foram sínteses dos textos: “Educação Popular: uma prática alternativa e uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde” (VASCONCELOS, 2004) e “O pensamento de Paulo Freire na trajetória da Educação Popular” (MARCIEL, 2011).
- Dinâmica da árvore (parte 2): remontagem da árvore com base nos novos conhecimentos construídos após as leituras e as discussões;
- Rodas de conversa sobre Educação Popular em Saúde;
- Elaboração de atividade prática de Educação Popular em Saúde na comunidade (feita pela equipe);
- Avaliação individual da oficina.

Como havíamos mencionado, a intenção era de desenvolver, no primeiro momento da oficina, algumas atividades que possibilitassem a aproximação dos profissionais participantes com o tema, para que, em seguida, fosse possível fazer uma atividade mais prática.

Nessa primeira parte, deixamos um espaço para o planejamento dessa ação prática, para que todos os participantes pudessem participar e opinar sobre ela mesma. A ação foi planejada na perspectiva de se aproximar dos moldes da

Educação Popular em Saúde e marcada para quatro dias depois, que se configurou como o segundo momento da oficina. Todos os participantes permitiram que a primeira parte fosse fotografada.

Figuras 6 e 7 - Foto da terceira oficina de capacitação com os profissionais (dinâmica da árvore)

Fonte: Arquivo pessoal

Figura 8 - Foto da terceira oficina de capacitação com os profissionais

Fonte: Arquivo pessoal

Figura 9 - Foto da terceira oficina de capacitação com os profissionais

Fonte: Arquivo pessoal

A avaliação desse momento foi feita individualmente. Pedimos que cada participante escrevesse, numa folha sem identificação, os pontos positivos e negativos que haviam percebido durante a oficina. Os pontos positivos mais mencionados foram: boa metodologia, boa participação da equipe e planejamento de atividade prática. Já os pontos negativos mais lembrados foram: a não participação de todos da equipe e conversas paralelas.

Esse momento foi bem mais participativo do que a última oficina realizada, porquanto contamos com a presença de doze pessoas, sendo dois alunos da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), que se encontravam em estágio supervisionado naquele momento na UBS Joana Cacilda de Bessa.

Os pontos positivos lembrados pelo nosso diário de campo foram: aumento do número de participantes em relação a outras oficinas, participação e interação de todos os presentes, boa adesão às atividades e às leituras propostas, empolgação com o planejamento e a implementação da atividade prática de Educação Popular em Saúde e ricos momentos de discussões e troca de experiências entre os presentes. Já os negativos foram: ausência de alguns trabalhadores da equipe, que foram os mesmos de outros momentos e falta de consenso para planejar a atividade prática, o que causou alguns desentendimentos.

A primeira parte da oficina foi muito produtiva e ensejou a construção de muitos conhecimentos novos, experiências e discussões salutares para todos os que

estavam presentes. Como fruto desse momento, a equipe da UBS Joana Cacilda de Bessa planejou a primeira atividade de Educação Popular em Saúde.

A segunda parte da oficina consistiu em implementar uma atividade prática de Educação Popular em Saúde voltada para o desenvolvimento do autocuidado para usuários portadores de HAS na área de abrangência da UBS Joana Cacilda de Bessa. Esse momento foi planejado, implementado e avaliado integralmente pela equipe, com apenas a presença do pesquisador como mero observador.

A ação ocorreu na comunidade, na calçada de uma residência da microárea 03 da área de abrangência sob a responsabilidade sanitária da UBS citada. O planejamento feito pela equipe obedeceu ao seguinte roteiro de implementação:

- Apresentação geral do tema;
- Dinâmica de apresentação dos participantes;
- Bingo educativo;
- Momento de troca de experiências;
- Lanche;
- Despedida e marcação do próximo momento.

A implementação da ação planejada pela equipe foi surpreendentemente boa, muito ligada a alguns preceitos da Educação Popular em Saúde e focada no autocuidado. Escolheram atividades muito agradáveis e divertidas, que envolviam conhecimentos e práticas reconhecidamente usuais dos participantes e a melhor forma de utilizá-las para manter seus níveis de saúde e melhorar a qualidade de sua vida. Por exemplo, no bingo educativo, cada participante recebia uma cartela confeccionada pelos profissionais com nove números aleatórios; depois, cada um sorteava um número que correspondia a uma pergunta usual sobre modos de vida, alimentação, medicação, lazer, atividade sexual, complicações de saúde, enfim, diversos assuntos sobre a vida e a rotina dos participantes. O participante que sorteava a pergunta li-a para todos e respondia com base em suas experiências de vida. Se alguém discordasse ou quisesse fazer algum acréscimo ao que foi colocado, era dado espaço para isso. No final, os que tinham o número da pergunta sorteada marcavam-no na sua cartela, até que alguém preenchesse toda a cartela. Eles ganhavam um pequeno brinde pela sua vitória.

O momento de troca de experiências foi outro ponto forte na ação. As perguntas e as dúvidas sobre qualquer temática que envolvesse a vida e a saúde foram escritas e depositadas em uma caixa sem identificação. Quando todos fizeram as suas indagações, os papéis foram misturados na caixa e, um a um, foram sendo sorteados. O profissional sorteava, lia e pedia a algum dos participantes para, voluntariamente, responder à pergunta com base em sua experiência de vida. Outras pessoas sempre completavam, acrescentavam e, às vezes, até contestavam as respostas dadas, davam outros exemplos e ensejavam a discussão sob um novo ponto de vista. Os profissionais intermediavam o processo e ajudavam sempre que era preciso.

No final, foi aberto um espaço para se avaliar a atividade. A equipe, no planejamento, optou por uma avaliação que fosse fácil e rápida, para que fosse possível a participação de todos os presentes ou, ao menos, da maior parte deles. Assim, escolhemos uma avaliação verbal, para que todos que desejassem expor suas opiniões acerca da ação pudessem fazê-lo de forma voluntária.

Para os que não quisessem expor abertamente a sua opinião, a equipe distribuiu uma folha de papel para que escrevessem as suas considerações acerca do momento ali vivenciado. Foi notória a satisfação tanto dos usuários quanto dos próprios profissionais e estagiários, e a ação foi muito bem vista, porquanto diversos elogios foram tecidos por parte dos usuários sobre a atividade realizada, bem como a metodologia adotada. Praticamente todos os participantes optaram por falar e dar os parabéns à iniciativa da equipe e a forma adotada para o desenvolvimento da atividade.

Ao todo, dezessete usuários e seis profissionais de saúde - dois estagiários - participaram da ação. O número de usuários foi satisfatório, era próximo do que a equipe esperava, porém o número de profissionais foi pequeno, e mais uma vez, a agenda de trabalho da maioria dos trabalhadores da UBS impediu a presença de alguns, que ainda justificaram a ausência. Outros ainda não se engajaram nas atividades de educação em saúde e continuam centrados apenas em procedimentos técnicos, atendimentos individuais e usando tecnologias duras.

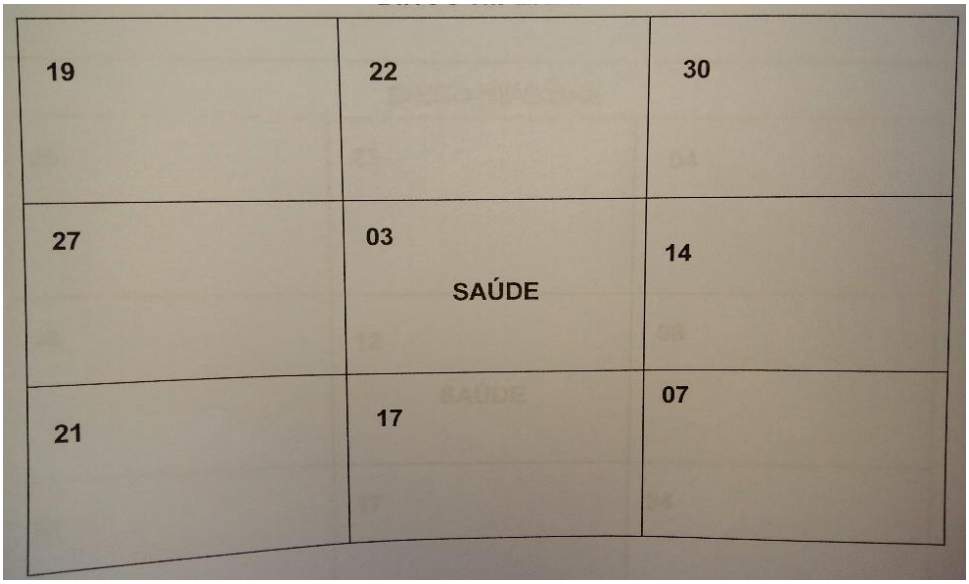
Mesmo assim, os momentos foram muito proveitosos, ricos em experiências e discussões, e serviram para plantar a semente do trabalho com grupos visando ao autocuidado e, sobretudo, da Educação Popular em Saúde dentro de, ao menos, parte da equipe. É possível que isso possa mudar as práticas de educação em

saúde desses profissionais. A segunda parte da oficina também foi fotografada com a permissão de todos os participantes.

Figura 10 – Foto da ação desenvolvida na comunidade pela equipe de ESF da UBS Joana Cacilda de Bessa

Fonte: Arquivo pessoal

Figura 11 – Foto da cartela do “Bingo Saúde” desenvolvida pela equipe para a ação na comunidade



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 12 – Foto da ação na comunidade desenvolvida pela equipe de ESF da UBS Joana Cacilda de Bessa

Fonte: Arquivo pessoal

Os profissionais que participaram das oficinas e do desenvolvimento da ação na comunidade relataram a vontade de desenvolver e aprimorar as ações em grupos, à luz da Educação Popular em Saúde, com vista ao autocuidado, principalmente com usuários portadores de doenças crônicas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças de vida das pessoas, de modo geral, têm provocado o aparecimento de doenças crônicas e degenerativas, como a hipertensão arterial sistêmica. Essa patologia tem grande incidência e prevalência na população brasileira e na mundial, e seus índices vêm aumentando muito nos últimos anos. Isso demonstra que as políticas e as ações executadas, nos mais diferentes âmbitos e esferas governamentais, têm dificuldades para enfrentar a magnitude desse problema, melhorar o nível de saúde e a qualidade de vida para seus portadores, e tem acarretado um crescimento expressivo por serviços e ações de saúde.

Certamente, um dos motivos pelos quais essas ações não vêm dando os resultados esperados é o fato de estarem atreladas ao desenvolvimento de práticas em saúde nos moldes tradicionais, que precisam ser mudadas para que se tenha a disponibilidade de um serviço de saúde acessível, resolutivo, focado nos sujeitos, e não, na doença. Por essa razão, são necessárias ações cujas bases sejam o empoderamento, o protagonismo dos usuários, a cidadania, o controle social e a corresponsabilização.

Entre as ações que podem contribuir para mudar o panorama dos serviços de saúde oferecidos, podemos destacar as do âmbito da educação em saúde, sobretudo as comprometidas com os princípios da cidadania e da democracia, que contribuem para que o indivíduo tenha autonomia e emancipação, ao contrário das que são desenvolvidas na maioria dos serviços de saúde atualmente. Os serviços de atenção básica são um campo fértil para o desenvolvimento de ações com essa abordagem, devido à proximidade, ao vínculo e ao conhecimento dos usuários e da comunidade a que servem. Além disso, a educação em saúde está na essência da ESF e faz parte do seu cotidiano.

O empoderamento, a corresponsabilização e a emancipação são fundamentais para que os usuários participem da cogestão dos serviços de saúde e do gerenciamento das próprias vidas. Nessa perspectiva, é preciso desenvolver e estimular esses preceitos, e uma importante ferramenta para isso é o autocuidado, que significa buscar a verdade e fazer o bem a si mesmo e aos outros.

A prática educativa libertadora, aliada à formação de grupos de pessoas visando ao autocuidado, pode se configurar como uma estratégia de grande

envergadura no desenvolvimento de um serviço de saúde capaz de intervir criticamente no mundo, respeitando os princípios da cidadania e da democracia.

O serviço de saúde pesquisado é responsável por uma área sanitária adstrita que tem uma quantidade de usuários portadores de HAS acima da média regional e, até, da nacional. Mesmo assim, não existem atividades ou ações direcionadas para esse público, a não ser as instituídas pelas esferas governamentais superiores, como é o caso do Programa Hiperdia.

Na realidade pesquisada, repetem-se as situações presentes na maioria dos serviços de saúde em atenção primária do Brasil, onde existem poucas atividades de educação em saúde e até essas seguem os preceitos da educação tradicional em saúde, com metodologias centradas nos profissionais, verticais e focadas exclusivamente na doença e em seus desdobramentos, como é o caso da palestra.

Há que se ressaltar que as discussões acerca da educação popular em saúde, autocuidado e outras afins ainda não se fazem presentes, de forma marcante, na maioria das Instituições de Ensino Superior, o que pode explicar, em parte, o distanciamento dos profissionais da equipe em estudo destes temas e a sua aproximação dos métodos tradicionais.

Outro problema que ficou bem evidente foi a questão da agenda de trabalho dos profissionais que fazem parte da ESF foco deste estudo. A sobrecarga de tarefas e de obrigações foi mencionada enfaticamente na pesquisa pelos sujeitos da pesquisa como algo que dificulta e, às vezes, até impede que os mesmos se engajem em atividades de educação em saúde, e eles se limitam a procedimentos, a atendimentos individuais e a questões burocráticas.

Como a proposta desta pesquisa foi de formar grupos de portadores de HAS visando ao autocuidado, à luz da Educação Popular em Saúde, foram necessárias três oficinas para aproximar os trabalhadores da ESF estudada dessas temáticas. Mesmo com esses momentos, que foram sugeridos pela equipe, grande parte dos profissionais não participou das ações desenvolvidas, o que demonstrou que ainda resistem às práticas inovadoras em saúde, reduzindo a equipe nesses momentos.

As oficinas foram realizadas, e embora não tenha feito parte delas uma parcela considerável dos trabalhadores da UBS pesquisada, os momentos ocorridos foram muito ricos em trocas de experiências, discussões e construção de conhecimentos para todos os envolvidos e deram subsídio para o planejamento da

primeira ação tendo como norte a Educação Popular em Saúde desenvolvida pela equipe, com vistas ao autocuidado de usuários com HAS.

Pelo observado durante a realização da pesquisa-ação, entendemos que é necessário continuar o processo de aproximação dos profissionais com temas importantes para a atenção básica, sobretudo os ligados à educação libertadora e às práticas em saúde inovadoras. Dessa forma, os profissionais que ainda não têm uma aproximação com as práticas de educação em saúde poderiam construir novas concepções e introduzir mudanças em suas práticas de trabalho, aderindo às atividades educativas, preferencialmente as de cunho libertador. Isso poderia ocorrer através da elaboração de um plano de Educação Permanente em Saúde oferecido pela gestão municipal aos profissionais e aos trabalhadores em saúde, com incentivos e condições para que todos tivessem a oportunidade de participar.

Outra questão é o ajuste que precisa ser feito na programação de atividades da equipe, para que seja possível respeitar os espaços de desenvolvimento de práticas de educação em saúde e as atividades coletivas, o contato com a comunidade e as visitas domiciliares, enfim, todas as atividades necessárias para que se preste um serviço de saúde de boa qualidade e que respeite os cidadãos.

Entre os desafios que ainda serão enfrentados, temos a continuidade de aproximação por parte dos profissionais dos temas relacionados às práticas inovadoras em saúde, o envolvimento de todos os trabalhadores da equipe nas atividades de educação em saúde e a consolidação da formação do grupo de hipertensos, visando ao autocuidado, seguindo os preceitos da Educação Popular em Saúde, do qual só foi plantada uma semente, que precisa germinar e frutificar para que se possa avaliar e saber se esses frutos correspondem as nossas expectativas.

Finalmente, é importante mencionar que os objetivos deste estudo foram atingidos, o grupo foi criado e, embora ainda seja necessário para a sua continuidade, a elaboração de um plano de trabalho construído coletivamente, encorajando a participação dos membros da equipe de saúde e usuários, além dos planos de cuidado individuais, capazes de agregar os aspectos clínicos, psicossociais e de cidadania, no enfrentamento dos problemas de saúde dos indivíduos, família e comunidade.

A consolidação deste estudo contribuiu sobremaneira para agregar valor à minha carreira profissional e me aproximou de temas de muita relevância para o

desenvolvimento do trabalho na Atenção Primária à Saúde, o que ajudará a melhorar minha atuação nesse campo. Também me fez refletir sobre minha postura em relação às outras pessoas no momento do trabalho e em minha vida pessoal, me mostrando que todas são detentoras de conhecimentos, são importantes e devem ser consideradas em todos os momentos.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C. **A educação popular em saúde no município de Recife - PE:** busca da integralidade. Tese original. Recife / PE, 2003.

AMARAL, M. C. S.; PONTES, A. G. V.; SILVA, J. V. O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS**:** experiência de articulação entre graduandos de Enfermagem e agentes comunitários de saúde. **Interface**. Comunicação em saúde e educação. Natal/RN. 2014; 18 Supl. 2:1547-1558.

ANDRADE, N. M. A. S. **Educação popular em saúde:** as interfaces com as equipes de saúde da família. Jequié / BA, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Presses Universitaires de France. Ed. 70. Lisboa, Portugal, 1997.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. **Padrões de adoecimento e morte da população brasileira:** os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. Ciênc. e Saúde Coletiva 2007.

BRANDÃO, C. R. **O que é o método Paulo Freire**. 7ª ed. São Paulo: Brasiliense; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informe da Atenção Básica. **Intersetorialidade e integralidade:** prioridade no cuidado aos hipertensos e diabéticos. Brasília, ano VI, julho/agosto de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde:** dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 199 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos - Cadernos de Atenção Básica, n. 21).

_____. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Operação HIPERDIA** - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil, 2011:** vigilância de fatores de risco e proteção paradoenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wpcontent/uploads/2012/09/VIGITEL-SAUDE-SUPLEMENTAR_2011.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília (DF): MS/SAS/DAB; 2012 Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em: 16 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

BUB, M. B. C.; MEDRANO, C.; SILVA, C. D. *et al*. **A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na Enfermagem**. Texto contexto enferm, Florianópolis, 2006; 15 (Esp): 152-7.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114p.

CUNHA, R. M.; SOUZA, C. O. S.; SILVA, J. F. *et al*. Nível de atividade física e índices antropométricos de hipertensos e/ou diabéticos de uma cidade do Brasil. **Rev. Saud. Pública**, Vol. 14 (3). São Paulo – SP, 2012.

DATASUS. **Relatório de Indicadores, n° de diabéticos e Hipertensos**. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 31 de março de 2014.

DIAS, F. A.; TAVARES, D. M. S. Fatores associados à participação de idosos em atividades educativas grupais. **Rev Gaúcha Enferm**. 2013; 34(2):70-77.

DIÓGENES, M. A. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2003 dez; 24(3): 286-93.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev. Bras. Enferm.;** Brasília, 2010, julho-agosto; 63(4): 567-73. <Disponível em: http:// http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/11.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2015.

FIGUEIREDO JUNIOR, A. G.; CRAVALHO FILHA, F. S. S.; NOGUEIRA, L. T. *et al*. **Programa Hiperdia:** do preconizado ao realizado–Interfaces com a Ética da Enfermagem. 2011. Disponível em: <http://189.75.118.68/cbcenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I0969.E10.T8178.D6AP.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2013.

FLISCH, T. M. P.; ALVES, R. H.; ALMEIDA, T. A. C. *et al*. Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a educação popular em saúde? **Interface** (Botucatu). 2014;18 Supl 2:1255-1268.

FREIRE P. **Educação e mudança**. 8ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1993.

_____. **Pedagogia da esperança:** um reencontro com a pedagogia do oprimido. 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 50 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011a.

_____. **O caminho se faz caminhando:** conversas sobre educação e mudança social. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 13 jul. 2016.

JESUS, M. C. P.; FIGUEIREDO, M. A. G.; SANTOS, S. M. R. *et al.* Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Rev Esc Enferm.**, USP 2011; 45(5):1229-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a28.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2016.

LEWIN, K. Defining the “Field at a given time”. Psychological Review, v. 50, p. 292-310, 1943. In: _____. **Resolving Social Conflicts and Field Theory in Social Science**. American Psychological Association, 1997.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde Pública e Envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, vol.19 nº.3 Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300001&script=sci_arttext>. Acesso em: 01 abr. 2014.

LIMA, L. M.; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R. M. *et al*. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**; Porto Alegre (RS), 2011, jun;32(2):323-9.

MAFFACCIOLLI, R.; LOPES, M. J. M. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos e intervenção terapêutica. **Ciência e Saúde Coletiva**, 16 (Supl. 1): 973-982, Porto Alegre, RS, 2011.

MANTOVANI, M. F.; MACIEL, K. F.; PELINSKI, A. *et al*. Dificuldades no tratamento da doença crônica: relato de experiência de atividade de extensão. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Jan/mar; 10(1):157-161. Curitiba, PR, 2011.

MARCIEL, K. F. O pensamento de Paulo Freire na trajetória da Educação Popular. **Educação em perspectiva**, Viçosa, v.2, n.2, p.326-344, jul./dez. Rio de Janeiro, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, Jul/Set. 2003.

MIRANDA, M. G. O. **Projeto político de formação do enfermeiro:** contextos, textos, (re) construções [tese]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2010.

MIRANZI, S. S. C.; FERREIRA, F. S.; IWAMOTO, H. H. *et al*. **Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família**. Uberaba/MG, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/07.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2014.

MONTEIRO, E. M. L. M.; VIEIRA, N. F. C. Educação em Saúde a partir de Círculos de Cultura. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 maio-jun; 63(3): 397-403.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2 ed. São Paulo: Cortez, Brasília, DF: UNESCO, 2011.

OLIVEIRA, R. J.; CUNHA, T. Estresse do profissional de saúde no ambiente de trabalho: causas e consequências. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**. vol. 3 n.2 jul/dez, 2014.

PINHEIRO, A. K. B. Enfermagem e práticas de educação em saúde. **Rev Rene**, Fortaleza, 2011 abr/jun; 12 (2):225.

PITANGA, F. J. G. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Rev. Bras. Ciên. e Mov**. V.10, nº 3. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www2.fct.unesp.br/docentes/edfis/ismael/ativ.fis%20e%20saude/Epidemiologia%20da%20atividade%20f%EDsica.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2014.

PEREIRA, A. K. A. M. **Limites e possibilidades da educação em saúde na estratégia de saúde da família de Pau dos Ferros - RN**. Dissertação (Mestrado) – UFRN. Mestrado Profissional em Saúde da Família. Natal/RN, 2014.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

REIS, S. M.; FERREIRA, V. R. F.; PRADO, F. L. et al. Análise da resposta pressórica mediante exercício físico regular em indivíduos normotensos, hipertensos e hipertensos-diabéticos. **Rev. Bras. Cardiol**. Belo Horizonte/MG. 2012; 25 (4): 290-298. Disponível em: <http://www.rbconline.org.br/wp-content/Archives/v25n4/v25n04a04.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2015.

ROCHA, L. P.; CEZAR-VAZ, M. R.; CARDOSO, L. S. *et al.* Processos grupais na estratégia saúde da família: um estudo a partir da percepção das enfermeiras. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2010 abr/jun; 18(2):210-5.

SALCI, M. A.; MACENO, P.; ROZZA, S. G. *et al*. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto – enferm**. Vol.22 nº1 Florianópolis - jan./mar. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100027>. Acesso em: 19 jun. 2016.

SANTOS, J. C.; MOREIRA ,T. M. M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Rev. Esc. Enferm.**; USP, São Paulo – SP, 2012.

SANTOS JÚNIOR, E. D.; NUNES, V. M. A.; SILVA, R. A. R. *et al*. Associação entre atividade física, hipertensão arterial e diabetes mellitus em idosos frequentadores de centros de convivência. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vol.15 Nº 2. Vitória/ES. 2013. <Disponível em: http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/5674/4121>. Acesso em: 31 mar. 2014.

SILVA, I. J.; OLIVEIRA, M. F. V.; SILVA, S. E. D. *et al*. **Cuidado, autocuidado e cuidado em si:** uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev Ecs Enferm USP**, 2009; 43(3):697-703.

SMELTZER & BARE, Suzanne C.; Brenda G. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 10ª. Ed. Rio de Janeiro – RJ: Guanabara Koogan, 2005.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, Eymard M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 115-136.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.95, n.1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

SOUZA, A. C.; COLOMÉ, I. C. S.; COSTA, L. E. D. *et al*. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2005 ago; 26(2):147-53.

SOUZA, C. S.; IGLESIAS, A. G.; PAZIN-FILHO, A. **Estratégias inovadoras de ensino-aspectos gerais**. Medicina (Ribeirão Preto) 2014;47(3):284-92. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2014/vol47n3/6_Estrategias-inovadoras-para-metodos-de-ensino-tradicionais-aspectos-gerais.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2016.

THIOLLENT, M. J. M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 17.ed. São Paulo: Editora Cortez, 2009, 112 p.

TORRES, H. C.; FRANCO, L. J.; STRADIOTO, M. A. *et al*. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo de diabetes. **Rev Saúde Pública**, 2009; 43(2): 291-8, Belo Horizonte, MG.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública**. 1999; 15 Supl 2:7-14.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. PHYSIS: **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):67- 83, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100005>. Acesso em: 26 jan. 2016.

_____. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, Eymard M.; organizador. **A saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 11-19.

_____. Educação Popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. PHYSIS: **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67- 83, 2004.

_____. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

VENDRUSCOLO, C.; KLEBA, M. E.; KRAUZER, I. M. *et al*. Planejamento situacional na Estratégia Saúde da Família: atividade de integração ensino-serviço na Enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, 2010 31(1):183-6.

VIEIRA K.F.L.; COUTINHO M.P.L. **Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de Psicologia.** Psicologia, Ciência e Profissão, 2008, 28 (4), 714-727.

VYGOTSKY, Lev S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1984. Disponível em: < http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/vygotsky-a-formac3a7c3a3o-social-da-mente.pdf >. Acesso em: 21 jul. 2015.

WILLIAMS, B. The year in hipertension. **Journal of the American College of Cardiology**, New York, v.55, n. 1, p. 66-73, 2010.

ZAGO, A. S. Exercício físico e o processo saúde-doença no envelhecimento. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**; Rio de Janeiro, 2010; 13 (1):153-158. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n1/a16v13n1.pdf > Acesso em: 16 mai. 2015.

ZOBOLI, E. L. C. P.; SCHVEITZER, M. C. Valores da Enfermagem como prática social: uma metassíntese qualitativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** maio-jun. 2013;21(3):[08 telas].

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Identificação

Nome:_____ Data:____/____/_____

Função/cargo:_____ Tempo de atuação na ESF:_____

1 – Qual a importância da educação em saúde no contexto da Estratégia de Saúde da Família?

2 – A sua equipe de saúde desenvolve ações de educação em saúde para os usuários hipertensos da área? Como são essas ações?

3 – Como são organizadas essas ações educativas? Quais os profissionais da equipe que geralmente participam?

4 – Você sabe o que é educação popular em saúde? Fale sobre.

5 – O que você acha da formação de grupos de usuários para trabalhar educação em saúde pela atenção básica?

6 – A equipe de saúde da qual você faz parte já trabalhou com grupos de pessoas? Se sim, como eram as atividades desenvolvidas pelo grupo? Avalie.

7 – Você sabe o que é autocuidado?

8 – Você acha que as pessoas hipertensas conseguem melhorar com as atividades em grupos? Fale um pouco sobre isso.

9 – Você tem alguma sugestão de ação que a equipe possa fazer para melhorar o nível de saúde e qualidade de vida dos usuários hipertensos?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

A formação de um grupo de hipertensos para o autocuidado: uma pesquisa ação

Autores:
Joel Dácio de Souza Maia – Enfermeiro - Pesquisador responsável
Antônio Medeiros Júnior– Dr. Ciências da Saúde - Orientador da pesquisa

Instituição proponente:
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - NESC
Av. Sen. Salgado Filho, 300, Lagoa Nova – Campus Universitário
CEP 59078-970 – Natal/RN
Fone: (84) 3342-2276

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes – CEP/HUOL
Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis - Natal/RN
CEP 59.012-300
Fone: (84) 3342 5003
E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

Esta pesquisa faz parte do trabalho de conclusão do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSF, promovido pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, nucleado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN, por meio do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESC e tem como objetivo criar um grupo de autocuidado com vistas à educação popular em saúde para os portadores de hipertensão arterial sistêmica que fazem parte da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família da cidade de Pau dos Ferros – RN - visando melhorar sua qualidade de vida. Como objetivos específicos, teremos que identificar as concepções dos profissionais entrevistados

acerca da Educação Popular em Saúde e de grupos de autocuidado. Além disso, será necessário desenvolver oficinas para capacitar a equipe visando formar grupo de autocuidado para usuários com hipertensão arterial sistêmica visando à educação popular em saúde.

Esta pesquisa visa melhorar a qualidade de vida dos usuários que são portadores da hipertensão arterial sistêmica da área de abrangência sob a responsabilidade sanitária da equipe pesquisada. Caso você deseje aceitar o convite, fará parte das oficinas realizadas pelo pesquisador no desenvolver da pesquisa e responderá a uma entrevista.

O estudo oferece poucos riscos a sua integridade física, moral, social e econômica, porquanto está assegurada a confidencialidade de suas informações, bem como a proteção da sua imagem. A entrevista será aplicada pelo próprio pesquisador e individualmente, para evitar qualquer exposição do participante. As informações não serão utilizadas em prejuízo das pessoas envolvidas, e seus nomes não serão divulgados em nenhum momento durante e após a realização da pesquisa. Os registros com imagens fotográficas, caso ocorram, também não serão divulgados sem o prévio consentimento do participante da pesquisa.

Os profissionais de saúde das equipes participarão de três oficinas com o pesquisador e terão total liberdade de perguntar ou não, responder ou não a perguntas. O pesquisador estará presente do começo até o final das oficinas para evitar que haja qualquer pergunta por parte dos colegas e crie assim um mal-estar em qualquer um dos participantes.

Durante todo o desenvolvimento da pesquisa, não haverá pagamento em nenhum tipo de moeda, para nenhum participante, seja ele profissional ou sujeito da pesquisa, nem haverá favoritismos para ninguém. Também não haverá benefício material para os participantes. Danos decorrentes da pesquisa para qualquer participante serão mínimos, mas, caso haja, ele será ressarcido e indenizado e lhes serão garantidos todos os direitos previstos na legislação brasileira.

Os resultados desta pesquisa visam contribuir para o conhecimento necessário sobre as mudanças advindas da utilização de novas metodologias ativas no apoio de grupos e melhoria da qualidade de vida dos participantes, de forma que elas possam subsidiar o processo de novas políticas do cuidado na Atenção Primária. O resultado final desta pesquisa constituirá o trabalho de dissertação do aluno pesquisador e será amplamente divulgado a partir da publicação de artigos em

periódicos da área, a fim de subsidiar o planejamento de novas ações e pesquisa sobre o assunto.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Todo o material utilizado pelo pesquisador será arquivado por um período mínimo de cinco anos, assim como todos os resultados das análises dos dados dessa pesquisa. Seguiremos todos os princípios éticos da Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Também estaremos colaborando para a melhoria da formação de grupos e tornando sujeitos mais críticos de sua realidade social.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda dúvida que tiver a respeito da pesquisa poderá perguntar diretamente para o pesquisador: Joel Dácio de Souza Maia, fone: (84) 987010364 (84) 999052202 e e-mail: joel.dacio@hotmail.com

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____, CPF n° _____ _____ declaro que, após ter sido esclarecido(a) pelos pesquisadores e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Pau dos Ferros/RN, ____/____/____

_____ Assinatura do Entrevistado

_____ Joel Dácio de Souza Maia (Pesquisador Responsável)

Polegar Direito do Entrevistado (Se necessário)

E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

APÊNDICE C

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGENS (FOTOS E VÍDEOS)

Eu, _____, AUTORIZO JOEL DÁCIO DE SOUZA MAIA, coordenador da pesquisa intitulada: A FORMAÇÃO DE UM GRUPO DE HIPERTENSOS PARA O AUTOCUIDADO: UMA PESQUISA-AÇÃO, a fixar, armazenar e exibir minha imagem por meio de foto, com o fim específico de inseri-la nas informações que serão geradas na pesquisa, aqui citada, e em outras publicações dela decorrentes, como revistas científicas, congressos e jornais.

Esta autorização abrange, exclusivamente, o uso de minha imagem para os fins aqui estabelecidos e deverá sempre preservar meu anonimato. Qualquer outra forma de utilização e/ou reprodução deverá ser autorizada por mim.

O pesquisador responsável, Joel Dácio de Souza Maia, assegurou-me que os dados serão armazenados sob sua responsabilidade, durante cinco anos, e após esse período, serão destruídas. Assegurou-me, também, que serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse de minhas imagens.

Pau dos Ferros/RN.

_____/_____/_____

_____

Assinatura do participante da pesquisa

_____

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

ANEXO

MODELO DA CARTA DE ANUÊNCIA

PAU DOS FERROS
Mais trabalho, mais compromisso
PREFEITURA | Saúde

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro por meio deste que a Secretaria Municipal de Saúde está de acordo com a coleta de dados da pesquisa, cujo tema é **"A formação de um grupo de hipertensos para o autocuidado: uma pesquisação"**, sob a orientação do Prof. Dr. Antonio Medeiros Júnior na Unidade de Saúde da Família Joana Cacilda de Bessa localizada no bairro São Judas Tadeu, nesta cidade – Pau dos Ferros/RN, a ser desenvolvida pelo aluno **Joel Dácio de Souza Maia** do Mestrado Profissional em Saúde da Família coordenado pela RENASF/ Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, da nucleadora UFRN/ Universidade Federal do Rio Grande do Norte. A coleta de dados será realizada no período de 01 de abril de 2016 à 15 de maio do mesmo ano.

Consideramos que este projeto poderá contribuir para a produção de conhecimentos acerca desse tema. Em virtude disso, autorizamos a presença do aluno na Unidade Básica de Saúde Joana Cacilda de Bessa, bem como a abordagem aos profissionais da Rede Municipal de Saúde de Pau dos Ferros que Trabalham nessa referida unidade.

Cabe destacar que, a divulgação dos resultados da pesquisa ficam autorizados para fóruns, eventos e revistas/jornais científicos desde que seja mantido o sigilo sobre a identificação dos profissionais e demais personagens envolvidos na referida pesquisa.

Pau dos Ferros/RN, 02 de março de 2016.

Mona Lisa do Rêgo Torquato Aquino
Secretária da Saúde
Port. 012/2016