



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO CUIDADOS CLÍNICOS EM SAÚDE**

GILVAN FERREIRA FELIPE

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM GRUPO:
olhar da enfermeira e do usuário hipertenso**



**Fortaleza – Ceará
2011**

GILVAN FERREIRA FELIPE

EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM GRUPO: olhar da enfermeira e do usuário hipertenso

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira

Fortaleza – Ceará
2011

GILVAN FERREIRA FELIPE

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM GRUPO:
olhar da enfermeira e do usuário hipertenso**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – UECE como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira
Universidade Estadual do Ceará – UECE
Orientadora

Profa. Dra. Lorena Barbosa Ximenes
Universidade Federal do Ceará – UFC
1º Membro

Profa. Dra. Dafne Pereira Rodrigues
Universidade Estadual do Ceará – UECE
2º Membro

Profa. Dra. Consuelo Helena Aires de Freitas
Universidade Estadual do Ceará – UECE
Membro Suplente

Dedico este trabalho a todos os trabalhadores e trabalhadoras da saúde, educadores em potencial, que acreditam na educação e a praticam com coerência entre atos e pensamentos, revelando-a como um verdadeiro ato de amor.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que, presente em todos os momentos da minha vida, guiou-me e me ajudou a trilhar o caminho do conhecimento e da vitória, desde minha aprovação no mestrado até o momento de conclusão deste estudo, e que continua iluminando meu caminhar.

Aos meus pais, pelos ensinamentos e pela educação que ajudaram a construir o meu caráter, pelo incentivo constante e apoio incondicional sem os quais eu jamais chegaria até aqui. Hoje, com certeza, comemoram comigo a realização de um sonho e a consolidação de mais uma fase de minha vida. Nenhuma palavra será capaz de expressar meu sentimento de infinita gratidão. Obrigado por todo o amor, apoio e compreensão.

Aos meus irmãos, por estarem sempre ao meu lado e por me ajudarem sempre da melhor maneira possível para que, hoje, eu possa realizar um sonho.

À Andressa, por seu incentivo constante, seu apoio incondicional, seus ensinamentos, sua dedicação, seu carinho e seu ombro amigo nos momentos difíceis. Devo grande parte deste trabalho à sua paciência e empenho em me ajudar em todos os momentos.

À Profa. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira, por me acolher como orientando, por seus valiosos ensinamentos durante esta caminhada, por sua paciência, suas palavras de incentivo e por ter acreditado no meu potencial. Obrigado por tudo.

Às professoras Dra. Lorena Barbosa Ximenes, Dra. Dafne Paiva Rodrigues e Dra. Consuelo Helena Aires de Freitas por aceitarem participar da banca de avaliação e por suas valiosas e essenciais contribuições para a composição deste trabalho.

Aos mentores do DSC, Fernando Lefèvre e Ana Maria Lefèvre pelos valiosos ensinamentos e contribuições com os instrumentos de coleta de dados deste estudo.

Aos amigos com quem sempre pude contar, pois, quando mais precisei, sempre estiveram ao meu lado oferecendo apoio e momentos de descontração.

Aos membros do Grupo de pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE), com os quais pude aprender muito acerca de ser um pesquisador, pelos conhecimentos oriundos de estudos constantes e debates construtivos.

Às dedicadas Luciana e Selma, por esses anos de empenho na secretaria do CMACCLIS, por sempre terem me atendido tão bem.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico - FUNCAP, pelo apoio oferecido por meio de bolsa de estudos durante esses dois anos.

A todos os participantes deste estudo.

Aos agentes Comunitários de Saúde que, com muito esforço e dedicação, contribuem com as atividades de educação em saúde desenvolvidas nos grupos abordados neste estudo.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, ajudaram-me a chegar até aqui.

A todos, o meu muito obrigado!

“É importante preparar o homem por meio de uma educação autêntica: uma educação que liberte, que não adapte, domestique ou subjugué”.

Paulo Freire

RESUMO

FELIPE, Gilvan Ferreira. **Educação em saúde em grupo: olhar da enfermeira e do usuário hipertenso**. 2011. 173f. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) – Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa. Universidade Estadual do Ceará. 2011.

A educação em saúde tem sido valorizada como possibilidade de transformação da prática de atenção à saúde, especialmente no caso das pessoas com doenças crônicas como é o caso da hipertensão arterial sistêmica. O objetivo foi analisar a percepção da enfermeira e do usuário hipertenso sobre a educação em saúde em grupos. Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido com 11 enfermeiras da Estratégia Saúde da Família e 55 usuários com diagnóstico de hipertensão arterial, que participavam de grupos de educação em saúde em Centros de Saúde da Família da Secretaria Executiva Regional V. A coleta de dados aconteceu entre os meses de maio e julho de 2010 por meio da realização de entrevista semiestruturada. Os achados referentes ao perfil sociodemográfico e clínico dos participantes foram organizados em quadros e analisados descritivamente e a organização do discurso, gerado pelas entrevistas, ocorreu por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo e, ao final, obteve-se 23 discursos coletivos, sendo 14 de enfermeiras e nove de usuários participantes dos grupos de educação em saúde. A análise de tais discursos foi realizada com base nos modelos de educação em saúde abordados no referencial teórico. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sob o protocolo nº10030439-7/2010. Com relação às enfermeiras, pôde-se verificar a frequente participação em cursos de pós-graduação *lato sensu* na área de saúde coletiva e a crescente busca por cursos de pós-graduação *stricto sensu*. Apesar da média de idade dessas profissionais revelar que se tratam, em sua maioria, de pessoas jovens, pôde-se averiguar um índice bastante elevado de sedentarismo. Grande parte dos usuários apresentou 60 anos, ou mais, de idade e a grande maioria pertence ao sexo feminino. A média de tempo de participação nos grupos foi de 16 meses. Com relação às percepções apresentadas por enfermeiras e usuários acerca das atividades dos grupos, compreendeu-se que tais atividades são consideradas boas e, além disso, importantes para os serviços de saúde e, principalmente, para os usuários, pois auxiliam no desenvolvimento do autocuidado, aumentam a qualidade de vida e atuam na promoção da saúde. Foi possível perceber no imaginário coletivo das enfermeiras a coexistência de dois modelos principais de educação em saúde: o modelo tradicional, no qual prevalece o enfoque na doença e na transmissão de conhecimentos ao usuário; e o modelo radical, que valoriza o usuário como corresponsável pela construção do cuidado e o diálogo como importante ferramenta educativa. Ficou clara a percepção, por parte dos usuários, dos grupos de educação em saúde como espaços também destinados à socialização e ao relaxamento. Por fim, sugere-se a educação em saúde realizada em grupo como um relevante instrumento a ser utilizado com intuito de promover o autocuidado, incrementar a qualidade de vida e, destarte, possibilitar a promoção da saúde dos usuários dos serviços de saúde, mais até do que as atividades educativas realizadas individualmente.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Grupos; Enfermagem; Hipertensão.

ABSTRACT

FELIPE, Gilvan Ferreira. **Health education in group: look at nurse and hypertensive people.** 2011. 173f. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) – Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa. Universidade Estadual do Ceará. 2011.

Health education has been valued as an opportunity to transform the practices of health care, especially for people with chronic diseases such as arterial hypertension. The objective was to analyze the perception of nurse and hypertensive people about health education in groups. It's a descriptive study, with qualitative approach, developed with 11 nurses members of the Family Health Strategy and 55 people with a diagnosis of hypertension, who participated in health education groups in Family Health Centers of the Regional Executive Secretary V. Data collection took place between May and July 2010 by the completion of a semistructured interview. The findings related to participants' sociodemographic and clinical profile were analyzed descriptively and the organization of discourse generated by interviews, was through the technique of Discurso do Sujeito Coletivo and in the end, we obtained 23 collective discourses, of which 14 from nurses and nine from user group participants in health education. The analysis of these speeches were based on models of health education addressed in the theoretical framework. The study was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Ceara, under the Protocol 10030439-7/2010. With regard to nurses, we could verify the frequent participation in *lato sensu* post-graduation courses in the area of public health and the growing quest for *stricto sensu* post-graduate studies. Although the average age of those professionals prove that they are, mostly young people, we could determine a very high rate of inactivity. Most users had 60 or more years old and the vast majority were female. The average length of participation in the groups was 16 months. Regarding the perceptions presented by nurses and users about the activities of groups, it was understood that such activities are considered good and also important for health services and especially for users because it supports the development of self-care, increase the quality of life and health promotion. It was possible to perceive in the collective imagination of nurses, the coexistence of two main models of health education: the traditional model, in which prevails the focus on disease and transmission of knowledge to the user, and the radical model, which values the user as co-responsible for building Care and dialogue as an important educational tool. There is a clear perception, on the part of users, of health education groups as well as spaces for socialization and relaxation. Finally, it is suggested the health education group performed as a relevant instrument to be used in order to promote self-care, increase quality of life and, thus, enabling the health promotion of the users of health services, even more than the educational activities carried out individually.

Palavras-chave: Health Education; Groups; Nursing; Hypertension.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Aspectos históricos e concepções de educação em saúde	27
Figura 2 - Mapa da Secretaria Executiva Regional V	52
Figura 3 - Esquema metodológico de coleta de dados e elaboração do DSC	62
Figura 4 - Características gerais dos grupos de educação em saúde.....	79
Figura 5 - Temáticas e categorias presentes nos DSC das enfermeiras	80
Figura 6 - Temáticas e categorias presentes nos DSC dos usuários.....	117
Figura 7 - esquema geral das ideias presentes nos DSC elaborados	143

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Características sociodemográficas das enfermeiras entrevistadas	66
Quadro 2 - Características clínicas das enfermeiras entrevistadas	68
Quadro 3 - Características sociodemográficas dos usuários	70
Quadro 4 - Características sociodemográficas dos usuários	73

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Frequência de ideias centrais nas categorias da Temática 1 - ENF.....	81
Gráfico 2 - Frequência de ideias centrais nas categorias da Temática 2 - ENF.....	86
Gráfico 3 - Frequência de ideias centrais nas categorias da Temática 3 - ENF.....	94
Gráfico 4 - Frequência de ideias centrais nas categorias da Temática 4 - ENF.....	102
Gráfico 5 - Frequência de ideias centrais nas categorias da Temática 4 - ENF.....	109
Gráfico 6 - Frequência de ideias centrais nas categorias da Temática 2 - USU	122
Gráfico 7 - Frequência de ideias centrais nas categorias da Temática 3 - USU	128
Gráfico 8 - Frequência de ideias centrais nas categorias da Temática 4 - USU	136

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

V DBHA – V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial
VI DBH - VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão
ACS – Agente comunitário de saúde
AVE – Acidente vascular encefálico
CICPS – Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde
CSF – Centro de Saúde da Família
DCNI – Doenças crônicas não-infecciosas
DM – Diabetes Mellitus
DRC – Doença renal crônica
DSC – Discurso do sujeito coletivo
ECH – Expressão chave
ESF – Estratégia Saúde da Família
HAS – Hipertensão arterial sistêmica
IAM – Infarto agudo do miocárdio
IC – Ideia central
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
RMSFC – Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
SER – Secretaria Executiva Regional
SMSE – Sistema Municipal de Saúde Escola
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UECE – Universidade Estadual do Ceará

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1 Educação em saúde e seus Aspectos Histórico-Conceituais	23
3.1.1 Modelos de educação em saúde	28
3.2 Educação em saúde com foco na pessoa com hipertensão	38
3.3 Os grupos e sua utilização nas práticas de educação em saúde	44
4 METODOLOGIA	49
4.1 Natureza e tipo de estudo	50
4.2 Aproximação ao local do estudo	51
4.3 Sujeitos do estudo	53
4.4 Coleta de dados.....	55
4.5 Análise dos dados.....	57
4.6 Aspectos éticos.....	63
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS ACHADOS	64
5.1 Caracterização das enfermeiras	65
5.2 Caracterização dos usuários.....	69
5.3 Caracterização dos grupos de educação em saúde	74
5.4 O discurso do sujeito coletivo da enfermeira e do usuário hipertenso que participam dos grupos de educação em saúde.....	79
5.4.1 A educação em saúde sob o olhar das enfermeiras.....	80
5.4.2 A educação em saúde sob o olhar dos usuários	116
5.5 Diálogo entre o discurso do sujeito coletivo da enfermeira e do usuário hipertenso que participam de atividades de educação em saúde em grupos	142
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	149
REFERÊNCIAS	155
APÊNDICES	166
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	167
Instrumento de coleta de dados (enfermeira)	168
Instrumento de coleta de dados (usuário)	170
ANEXO	172

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho teve como objeto a educação em saúde desenvolvida em grupo, a partir da percepção da enfermeira e do usuário hipertenso. Optou-se pela temática, pois há tempos é discutida a relação existente entre o ritmo de vida da população e o aumento e/ou redução do número de casos de doenças crônicas não infecciosas (DCNI) e, ainda, a adoção de práticas de cuidado que visem o incremento da autonomia do usuário.

As mudanças ocorridas durante os dois últimos séculos impulsionadas, em grande parte, pelas revoluções industrial e tecnológica, ocasionaram mudanças radicais no perfil de morbimortalidade da população, o que levou à predominância das doenças e mortes devido às DCNI (BRASIL, 2006a).

Nas tendências epidemiológicas recentes relacionadas a esse grupo, as doenças cardiovasculares têm se sobressaído por elevados índices e complexidade de controle, além de um número de mortes crescente a cada ano (BRASIL, 2006a). Nesse grupo de doenças, chama atenção a hipertensão arterial sistêmica (HAS), alvo de constantes estudos em virtude das complicações que pode causar quando não diagnosticada precocemente e não tratada adequadamente.

A HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares e, além disso, apresenta-se como principal fator de risco para complicações como acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM) e doença renal crônica (DRC) (BRASIL, 2006b).

Algumas características peculiares apresentadas pela HAS a tornam uma verdadeira ameaça à vida, por dificultar sua percepção pelos sujeitos que a apresentam. Uma dessas características é sua evolução clínica lenta atrelada a certa ausência de sintomas, motivo pelo qual é, muitas vezes, denominada “matadora silenciosa”. Ademais, há a possibilidade de esta doença trazer complicações graves, transitórias ou permanentes, às pessoas que a apresentam, além do aumento do número de internações e procedimentos técnicos de alta complexidade, absenteísmo no trabalho, aposentadorias precoces e óbitos,

representando elevado custo financeiro e social ao país (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007; SILVA *et al.*, 2006).

Modificações no estilo de vida são fundamentais no processo terapêutico e preventivo da HAS. Com isso, estratégias devem ser adotadas para a abordagem eficaz desses fatores relativos ao estilo de vida, com vistas a reduzir o risco de exposição, bem como agregar benefícios individuais e coletivos visando a prevenção da HAS e, conseqüentemente, redução da carga de doenças cardiovasculares em geral. Para isso, deve-se buscar a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diversas, tanto individuais quanto coletivas (VI DBH, 2010; BRASIL, 2006b).

Assim, acredita-se ser importante a compreensão do processo saúde-doença não somente do ponto de vista fisiopatológico, mas, também, social, econômico e cultural, em que pese o conhecimento das características comunitárias e dos mecanismos profiláticos mais eficazes junto a elas.

A partir de tais nuances é possível visualizar as formas de produzir e consumir de uma sociedade, aspectos, muitas vezes, determinantes no processo saúde-doença (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

Tal concepção implica na necessidade de reconhecer formas alternativas de produção do cuidado de enfermagem em saúde coletiva que se mostrem diferentes da abordagem tradicional, biologicista e pouco resolutiva, que tende a não considerar o contexto socioeconômico e cultural de cada indivíduo e comunidade.

Para tanto, percebe-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) como mecanismo de reorientação do modelo assistencial, à medida que proporciona ruptura com práticas tradicionais e hegemônicas de saúde que se mostram não resolutivas. Tal reorientação só é possível graças à adoção de tecnologias de trabalho pensadas como estratégias criativas e inovadoras. Além disso, a referida estratégia apresenta algumas inovações, em relação às práticas de saúde, como compreensão ampliada do processo saúde-doença e assistência integral e continuada às famílias de uma área adscrita (ALVES, 2005).

Com relação à ESF, Besen *et al.* (2007) afirmam que, como objeto de educação em saúde, ela apresenta como ideia central uma prática educativa que visa à promoção de saúde, ou seja, não está voltada exclusivamente para a doença, e sim, para o contexto geral de vida da pessoa por meio de um conjunto de atividades orientadas a melhorar as condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais. Percebe-se aqui, claramente, a orientação do serviço para o indivíduo e sua saúde, ao invés de centralizar a produção de cuidado na doença.

Assim sendo, pode-se afirmar que a educação em saúde tem sido valorizada como uma possibilidade de transformação da prática atual de atenção à saúde. Corroborando essa ideia, surgem alguns estudos que enfatizam sua importância no processo de cuidado, especialmente, no cuidado da pessoa com HAS (PIRES; MUSSI, 2009; SANTOS; LIMA, 2008; TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007; SILVA *et al.*, 2006; CHAVES *et.al.*, 2006).

Segundo Alves (2005), educação em saúde é um recurso utilizado por profissionais de saúde para atuarem na vida cotidiana das pessoas por meio do conhecimento científico produzido no campo da saúde. Todavia, para que esse processo se dê de maneira eficaz e não impositiva, deve-se primar por práticas que respeitem as diferenças dos atores envolvidos, tornando a educação em saúde uma verdadeira ferramenta de empoderamento do indivíduo.

Uma das formas de praticar a educação em saúde ocorre por meio da formação dos grupos de educação em saúde, nos quais pessoas que apresentam características semelhantes, ou necessidades em comum, têm oportunidade de aprenderem e partilharem conhecimentos, além da possibilidade de trocarem ideias acerca de suas experiências de vida.

Souza *et al.* (2005, p. 148) confirmam em seu estudo a “importância do trabalho em grupo como instrumento fundamental no atendimento das complexidades da promoção e da educação em saúde nas comunidades”. Segundo as autoras, o trabalho que utiliza a estratégia de formação de grupos tem a vantagem de fomentar a produção coletiva do conhecimento, bem como a reflexão sobre a realidade vivenciada por seus membros. O processo reflexivo se mostra

importante, na medida em que possibilita a construção de estratégias de enfrentamento dos desafios, que, por vezes, permeiam suas situações de vida.

Nesse aspecto, grupos podem ser definidos como espaços nos quais convivem e interagem pessoas, conceitos, valores e culturas diferentes. Nesses espaços, cada ator se diferencia e se reconhece no outro e, por meio da dinâmica estabelecida, tem a possibilidade de falar e ser compreendido, sentir e ser sentido, indagar e ser indagado, enfim, de afetar e ser afetado, com intuito de estabelecer um processo que gere reflexão e aprendizado (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Considerando que o processo educativo é um processo político, que deve favorecer a desalienação e emancipação do sujeito, percebe-se no modelo de educação proposto por Freire (1996) um importante guia para os processos educativos desenvolvidos pelo enfermeiro nos grupos de educação em saúde, haja vista a consideração da racionalidade do ser humano, alvo das ações educativas, que pensa, sente e tem valores ligados ao contexto social no qual está inserido, bem como crenças que norteiam muitas de suas atitudes.

Percebe-se a importância do diálogo no processo educativo ao se observar os “Círculos de Cultura”, que se constituem como grupos que substituem a escola tradicional e o papel do educador nesses espaços que não deve exercer necessariamente a função de professor, e sim de mediador de diálogos, coordenando esses grupos sem impor sua influência (FREIRE, 1979).

Na área da saúde, o grupo é uma constante tanto no convívio dos profissionais enquanto equipe, quanto no papel de instrumento terapêutico ou de capacitação/desenvolvimento de pessoas. Por isso, torna-se importante a formação de profissionais aptos a lidar com os fenômenos grupais, que tenham sua prática embasada em referencial teórico-prático consolidado (MOTTA *et al.*, 2007).

Para Munari *et al.* (2007), o trabalho com grupos está diretamente ligado à dinâmica do trabalho em enfermagem, o que exige a inserção direta do enfermeiro nesse tipo de atividade. Para os autores, trabalhar com grupos não é uma prerrogativa apenas daqueles que se acham com talento para a execução deste processo. Além disso, o estudo aponta a ação centrada no coletivo como tendência

a ser seguida por diversos outros atores da saúde, a ponto de ser considerada exigência para aqueles que lidam com o cuidado.

Durante o acompanhamento de consultas de enfermagem em estudo anterior, observou-se que muitas pessoas com HAS, acompanhadas por equipes de saúde da família, desconheciam a própria doença e seu tratamento, ratificando a importância da educação em saúde exercida pelo enfermeiro para reduzir a dificuldade na adaptação e enfrentamento da doença, por parte dessas pessoas (FELIPE; ABREU; MOREIRA, 2008).

Muitos profissionais da saúde apresentam em sua prática cotidiana maior abertura para a realização de atividades educativas e surpreendem-se com os resultados positivos apresentados por essa iniciativa, que são expressos no interesse dos usuários do serviço ao trabalho educativo desenvolvido. Dessa forma, esses profissionais percebem que ao agregarem o papel de educador à sua prática, apresentam maior credibilidade entre a população assistida, bem como se tornam referência para essa população (GAZZINELLI; REIS; MARQUES, 2006).

O trabalho com grupos é reconhecido como estratégia de promoção da saúde, cuja prática vem sendo, cada vez mais, valorizada e discutida, principalmente no contexto da enfermagem. Isso se deve ao fato de que em um grupo se torna mais fácil aprofundar discussões, ampliar os conhecimentos sobre a saúde e conduzir o processo de educação em saúde, o que pode favorecer a adoção de hábitos saudáveis e a mudança de comportamento, favorecendo, assim, a adesão ao tratamento proposto (VICTOR *et al.*, 2007; SILVA *et al.*, 2003).

Em seu estudo, Guedes (2005) confirma a importância da educação em saúde como relevante meio de promoção da adesão ao tratamento, despertando o interesse e a motivação da pessoa por sua saúde, ultrapassando o simples fornecimento de informações. Dessa forma, a pessoa com HAS tende a ser envolvida e a participar de seu processo terapêutico de forma ativa, possuindo, conseqüentemente, mais chances de alcançar melhora em sua qualidade de vida. Caso a adesão não ocorra, ou mesmo que não se dê de forma efetiva, complicações poderão surgir em virtude da doença, o que acabará afetando negativamente a qualidade de vida dessa pessoa e até mesmo reduzindo sua sobrevivência.

A partir disso, pergunta-se: Quais são as percepções sobre educação em saúde em grupo da enfermeira e do usuário hipertenso, participantes de grupos de educação em saúde em Centros de Saúde da Família (CSF) em Fortaleza, Ceará? Essas percepções de educação em saúde em grupo favorecem o cuidado/autocuidado da pessoa com HAS?

Optou-se por trabalhar a temática das práticas educativas a partir dos modelos de educação em saúde após realização de estudo anterior com enfermeiros membros de equipes da ESF durante a consulta de enfermagem a pessoas com HAS (FELIPE; ABREU; MOREIRA, 2008). Ressalta-se que o interesse pela referida temática surgiu ainda durante os estudos de graduação, sendo, inclusive, objeto de estudo de monografia. Tal trabalho vislumbrou a possibilidade de aspectos relevantes do cuidado de enfermagem, como as atividades de educação em saúde, estarem sendo abordados, além dos consultórios, em espaços de atividade grupal (FELIPE, 2007). Atualmente, segue como tema de estudos e debates realizados no Grupo de Pesquisa Epidemiologia Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), o qual tem o autor desse estudo como membro.

Ademais, a HAS constitui, atualmente, um dos grandes problemas enfrentados pela saúde pública nacional e a utilização de estratégias que objetivem a participação da pessoa com HAS em seu processo terapêutico, como os grupos de educação em saúde, são de extrema importância para a melhoria da adesão ao tratamento e, conseqüentemente, da redução das possibilidades de complicações advindas da não adesão. Portanto, tais estratégias devem ser estimuladas e aprimoradas.

No cotidiano da atenção primária, o acompanhamento às pessoas com HAS é realizado, em grande parte, por enfermeiros. Na busca pela adesão ao tratamento anti-hipertensivo, o enfermeiro tem buscado diversas estratégias, entre elas a formação de grupos de educação em saúde. O papel exercido pelo enfermeiro no processo de educação em saúde tem sido comprovado, configurando-se como peça fundamental no tratamento da pessoa com HAS, o que é reconhecido pelos próprios enfermeiros das equipes da ESF (FELIPE; ABREU; MOREIRA, 2008).

O enfermeiro desempenha papel essencial no cuidado à pessoa com HAS, pois é capaz de identificar fatores que inibem ou acentuam o processo educativo, devido ao seu contato regular com o usuário. Nessa posição, o enfermeiro pode não apenas conhecer as necessidades educacionais do indivíduo, também, perceber se eles se encontram motivados para contribuir no tratamento (CHAVES *et al.*, 2006).

Frente aos pontos ressaltados, optou-se, no presente estudo, por trabalhar com as percepções de usuários e de enfermeiros participantes de grupos de educação em saúde, pois compreende-se que aquele que cuida e o que é cuidado são os que melhor podem descrever a realidade por eles vivenciada em decorrência do notório envolvimento no processo de cuidado.

Percebe-se o estudo como relevante, à medida que seus resultados venham a servir de apoio para adoção da estratégia de educação em saúde, no trabalho com grupos, por parte dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros, para o acompanhamento dos usuários com HAS. Além disso, permite que reflexões, advindas das contribuições dos modelos de educação em saúde abordados, sejam realizadas com intuito de aperfeiçoar os resultados obtidos com a formação desses grupos de educação em saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar as percepções da enfermeira e do usuário hipertenso sobre a educação em saúde em grupos.

2.2 Específicos

- Caracterizar sociodemográfica e clinicamente os participantes dos grupos de educação em saúde;
- Descrever a percepção de enfermeiros e usuários acerca das atividades desenvolvidas nos grupos com ênfase na educação em saúde;
- Averiguar se os enfermeiros reconhecem o trabalho com os grupos de educação em saúde como um cuidado de enfermagem; e
- Averiguar se as percepções sobre educação em saúde em grupo apresentadas pelos enfermeiros e usuários favorecem o cuidado/autocuidado desses últimos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A seguir, segue-se explanação acerca da educação em saúde a partir de seus aspectos histórico-conceituais, seus modelos, sua implementação por meio da prática com grupos e sua utilização com enfoque na pessoa com HAS e, por fim, aborda-se a participação do enfermeiro, como educador em potencial, no contexto da equipe multiprofissional.

A educação em saúde é apresentada como uma das possibilidades de atuação do profissional de saúde, em particular do enfermeiro, para orientação das atividades a serem desenvolvidas com pessoas com diagnóstico de HAS, assim como importante método a ser implementado com vistas à prevenção do surgimento da doença e/ou de suas complicações.

Ao optar por trabalhar utilizando a estratégia educativa no seu cotidiano e de forma intencional, é importante que o enfermeiro tenha um bom embasamento teórico que respalde suas ações com o intuito de que possa realizar um trabalho consciente e, dessa forma, alcançar resultados provenientes de seu planejamento, e não de mero acaso.

3.1 Educação em saúde e seus aspectos histórico-conceituais

Há muito tempo se discute acerca da importância da utilização da prática educativa como aliada do processo de promoção da saúde nos diversos cenários nos quais o cuidado à saúde é prestado e, dentre estes, principalmente na atenção primária.

Pelicioni M. e Pelicioni A. (2007) afirmam em seu estudo que desde a idade média a educação em saúde já apresentava certo reconhecimento quanto à sua relevância na melhoria das condições de saúde das pessoas. Nesse período já se comentava, com base em conhecimentos difundidos pelos estudiosos da época,

que um regime alimentar correto, adequadas práticas de higiene e horas prolongadas de sono contribuiriam para uma vida mais prolongada.

No Brasil, entre o final do século XIX e início do século XX, o Estado desenvolveu as primeiras intervenções ampliadas direcionadas às classes populares, dentre as quais se percebiam práticas de educação em saúde realizadas de maneira ainda incipiente que, naquele momento, voltavam-se quase que exclusivamente para o controle de doenças infecciosas como varíola, peste e febre amarela, comuns entre essas classes, e que ocasionavam grandes transtornos para a exportação da indústria cafeeira (VASCONCELOS, 2001). O autor retrata o envolvimento de personalidades brasileiras no clamor emergente naquele período nas cidades do país por mais saúde como, por exemplo, Monteiro Lobato que em 1918 assumia a bandeira de luta: “Sanear é a grande questão nacional” (VASCONCELOS, 2001, p. 26). Nessa época, o povo era considerado pelo grupo político dominante, proveniente das oligarquias, simples “vítima” incapaz de desenvolver ações criativas para melhoria das condições de saúde que deveriam ser normatizadas pelos técnicos detentores do saber científico.

O Estado, ao adotar um discurso de caráter higienista e moralista, atuava na tentativa de “civilizar” e “moralizar” a população, principalmente das classes consideradas subalternas, com o intuito de garantir a produção e o crescimento econômico nacional, que poderia ser prejudicado em caso de epidemia. Exemplo desse controle exercido pelo estado era a polícia sanitária liderada por Osvaldo Cruz (ALVES, 2005).

Inicialmente, a educação em saúde brasileira, ainda arraigada nos moldes do sanitarismo, apresentava-se de maneira breve e marginal, sem muito aprofundamento, pois, para as autoridades, a população em geral era incapaz de maiores entendimentos. Nesse contexto, prevalecia a imposição de normas e medidas de saneamento, consideradas científicas, por técnicos e burocratas (VASCONCELOS, 2001).

Vale ressaltar que, até então, a educação em saúde apresentava uma concepção e até nomenclatura diferente. Nessa época, utilizava-se o termo “educação sanitária”, termo proveniente de influências estrangeiras, para designar

as orientações fornecidas à população com o intuito de prevenir e tratar doenças. Com o passar dos anos, surgiram novas discussões acerca do processo saúde-doença com destaque para a ampliação do conceito de saúde que deixou de apresentar o caráter de simples ausência de doença para agregar valor de bem-estar. Portanto, a mudança de nomenclatura de “educação sanitária”, baseada na imposição de normas higienistas que deveriam ser assimiladas pelos indivíduos, para “educação em saúde”, pautada no diálogo e no respeito ao conhecimento popular, está diretamente ligada à evolução dos paradigmas educativos e de saúde (PELICIONI; PELICIONI, 2007).

Para Reis (2006), pode-se, ainda, fazer referência a outro termo, trata-se da “educação para a saúde” utilizado como uma espécie de transição entre a “educação sanitária” e a “educação em saúde”, que, de acordo com o autor, não se caracteriza como um sinônimo deste último. O diferencial deste termo seria seu caráter informativo, porém não participativo. Na educação para a saúde, considera-se que o fato de uma pessoa não apresentar um estilo de vida considerado saudável é explicado por ela possuir desinformação que deverá ser corrigida por meio da transferência de informações.

Educar para a saúde significa priorizar as intervenções preventivas, não se atendo somente às ações curativas, podendo esse processo ser desenvolvido em diversos espaços como na consulta individual no consultório, ou na visita domiciliar (ALVES, 2005).

Essa diferenciação dos termos de “educação para a saúde” e “educação em saúde” é abordada de forma diferente por outros autores. Percebe-se que as características que são apontadas no termo “educação para a saúde” são designadas por alguns autores como “modelo tradicional de educação em saúde”, enquanto que as características que são atribuídas ao termo “educação em saúde” são incorporadas ao “modelo radical de educação em saúde” (SOUZA *et al.*, 2005; OLIVEIRA, 2005).

A partir de 1930, o empenho da ação estatal no setor da saúde se deu por meio da construção de um sistema previdenciário destinado à classe trabalhadora. Nesse ínterim, as ações coletivas eram desvalorizadas em detrimento de ações de

assistência médica individual. Portanto, até a década de 1970 a educação em saúde brasileira era proveniente da iniciativa de grupos política e economicamente dominantes e, portanto, ligada aos seus interesses de implementação de normas e comportamentos por ela considerados apropriados (VASCONCELOS, 2001).

Em 1978, por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, a educação em saúde foi reconhecida, por meio da Declaração de Alma-Ata (CICPS, 1978), como parte importante das práticas de saúde desenvolvidas em todo o mundo. Com isso, percebe-se que, nesse período, ela já era considerada internacionalmente, por diversos gestores da saúde, como uma das principais apostas para o desenvolvimento dos níveis de saúde da população.

Atualmente, a educação em saúde é concebida como processo teórico-prático que busca a integração de saberes dos vários atores envolvidos por meio da valorização dos conhecimentos científico e popular, tendo em vista que ambos apresentam importância ímpar no desenvolvimento das práticas de saúde, pois proporcionam aos envolvidos uma visão crítica, bem como maior autonomia e participação frente à saúde no cotidiano (GAZZINELLI; REIS; MARQUES; 2006).

A concepção de educação em saúde predominante na atualidade está ligada a um conceito ampliado de saúde. Boehs *et al.* (2007) trazem um conceito de saúde que ultrapassa a ausência de doença. Para eles saúde “não é apenas a ausência de sintomas físicos universais, e sim, um processo subjetivo em que se constroem modelos de corpos que têm formas e funcionalidades mediadas pela cultura” (p. 311). Essa definição permite compreender, por exemplo, a associação entre saúde e a importância de um corpo “perfeito”, escultural, que resulta na busca pela prática de exercícios físicos, principalmente por parte dos jovens, bem como de dietas que contribuam para seja possível se encaixar nos moldes de corpo saudável definido pela sociedade.

Assim, compreende-se que um processo educativo que pretenda melhorar a saúde do ser humano deve abranger diversos aspectos da sua vida, incluindo aspectos culturais que, ao serem construídos em comunidade, por vezes, serão primordiais para que ele defina seus próprios parâmetros de saúde e doença.

Em síntese, pode-se visualizar a transição histórica da educação em saúde no Brasil na Figura 1 (REIS, 2006, p. 23):

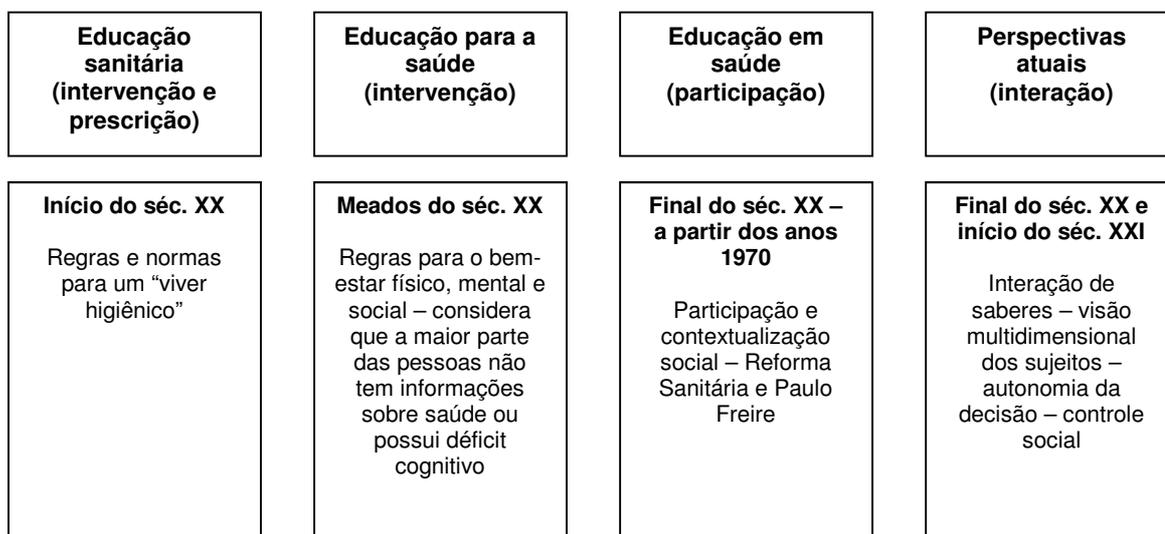


Figura 1. Aspectos históricos e concepções de educação em saúde

Historicamente, a prática da educação em saúde esteve voltada para a promoção da saúde e prevenção de doenças. No entanto, destacam-se alterações relevantes nos discursos teóricos sobre o assunto. Reis (2006), ao abordar aspectos históricos e conceituais da educação em saúde, afirma ter havido clara modificação no discurso oficial da educação em saúde. Segundo o autor, o discurso tradicional, fundamentado em um modelo impositivo e de transmissão de informações, passa a ser substituído por um modelo pautado na participação da comunidade e no diálogo entre os envolvidos.

Assim, percebe-se que, nos últimos anos, a educação em saúde vem sendo ancorada em concepções de diálogos possíveis entre aqueles que compõem o processo educativo por meio da interação entre seus diferentes saberes e, dessa forma, surge como um processo de colaboração mútua entre esses atores com o objetivo de que haja a produção de novos saberes, e não a simples reprodução de saberes já constituídos.

Nesse contexto, educar se constitui como um processo intencional que objetiva a promoção de situações ou experiências que estimulem o desenvolvimento do verdadeiro potencial de cada pessoa (PELICIONI; PELICIONI, 2007).

Seguindo esse raciocínio, Villa (2006) afirma que:

[...] numa compreensão freireana, o educador é fundamentalmente aquele que cria condições para desenvolver a consciência crítica do outro, uma consciência voltada para a análise de problemas; capaz de substituir explicações mágicas pela busca de princípios autênticos e de causalidade, que refuta as posições quietistas, que assume uma posição questionadora, fundamentada no diálogo (p. 50).

Ao se observar as ideias defendidas nesse modelo dialógico de educação em saúde, percebe-se forte influência dos trabalhos desenvolvidos por Paulo Freire na área da educação desde a década de 1970.

Percebe-se que grande parte da literatura trata de uma divisão temporal e ideológica na educação em saúde. Essa divisão é baseada nas concepções de “modelo tradicional” e “modelo radical” de educação em saúde (SOUZA *et al.*, 2005; OLIVEIRA, 2005; ALVES; NUNES, 2006; ACIOLI, 2008; SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Por meio das informações apresentadas, pode-se inferir que cada concepção de educação em saúde está ligada ao contexto histórico predominante em cada período da evolução humana. Logo, ideias hoje consideradas obsoletas foram, por muitos anos, encaradas como verdades quase inquestionáveis e foram essas ideias que serviram de base para o que se conhece hoje sobre educação em saúde.

3.1.1 Modelos de educação em saúde

Existem diversas proposições de definição para educação em saúde na literatura. No entanto, ao se realizar uma análise atenta dessas proposições em conjunto, pode-se perceber que todas se encaixam em dois tipos principais de abordagem: o modelo tradicional de educação em saúde, ou preventivo; e o modelo radical de educação em saúde, ou dialógico (SOUZA *et al.*, 2005; OLIVEIRA, 2005).

Segundo as autoras, as diferenças entre os dois tipos de modelo nem sempre estão claramente definidas, em virtude de muitos de seus objetivos se apresentarem bastante próximos.

A seguir são apresentadas as principais características atribuídas a esses dois modelos, bem como as principais concepções formadoras de suas estruturas teóricas que estão presentes na literatura atual que versa sobre o tema.

O **modelo tradicional de educação em saúde**, também chamado de preventivo, predominante no período da saúde pública tradicional, apresentava basicamente a finalidade de prevenir doenças e tinha sua ação focada na tentativa de mudança de comportamento individual (SOUZA *et al.*, 2005).

Esse modelo, fortemente influenciado pela biomedicina, tem como uma de suas principais concepções o fato de que os modos de vida da pessoa – alimentação inadequada, sedentarismo, elevado nível de estresse, alcoolismo, tabagismo etc. – são os responsáveis por seu adoecimento e, ainda, que se as pessoas apresentam hábitos de vida considerados insalubres é por causa da falta de informação adequada, que deverá ser fornecida pelo profissional de saúde, considerado detentor do conhecimento e, portanto, designador do que é certo e errado (OLIVEIRA, 2005).

Nota-se que, no modelo tradicional, é subtendido que o profissional sabe o que é melhor para o usuário do serviço e, portanto, deve ter suas orientações obedecidas incondicionalmente por parte deste usuário. A orientação, ou a transferência de informações, é tida como base do processo educativo.

Esse modelo educativo baseado na transmissão de informações, na qual o usuário é considerado mero receptor passivo de conhecimentos científicos advindos do profissional, que, por sua vez, desconsidera o contexto cultural do usuário, é designado por Freire (1987) como “concepção bancária de educação”, caracterizada basicamente por uma relação vertical entre educador, que deposita seu conhecimento, e educando, em quem se deposita.

Além de impositivo e vertical, tratando a população de maneira passiva durante todo o processo, além de culpabilizá-la quando há insucesso do ato

educativo, assume, também, caráter patologizante ao centrar-se na doença. A ideia aqui é educar para prevenir a doença. Assim, contribui para a construção de uma sociedade cada vez mais dependente dos serviços de saúde, medicalizada, ou seja, que supervaloriza o cuidado médico e a tecnologia médica de alto custo (BESEN *et al.*, 2007).

Dessa forma, questões ligadas aos contextos social, político, econômico e cultural dos usuários são praticamente desconsideradas e a saúde é, por conseguinte, tida como de responsabilidade individual. Logo, aquelas pessoas que, após receberem informações sobre hábitos de vida considerados corretos, vierem a adotar “atitudes não saudáveis” são inteiramente responsabilizadas pelos agravos à saúde ou consideradas como usuários “rebeldes” (GAZZINELLI; REIS; MARQUES, 2006).

Acioli (2008) aponta para a inspiração higienista do modelo tradicional, que pressupõe a necessidade de atuação da equipe da saúde nas camadas menos favorecidas da população, por meio de orientações sobre higiene. Tais orientações serviriam para que as pessoas aprendessem a “ter saúde”.

A formação dos profissionais de saúde contribui diretamente para a manutenção do modelo tradicional de educação em saúde quando se mostra orientada por uma concepção de atenção biologicista, guiada pelo paradigma positivista da ciência que defende a fragmentação do indivíduo para o alcance da compreensão aprofundada do ser humano. Este paradigma epistemológico influi na prática laboral do profissional de saúde, tornando-a pouco resolutiva, impessoal, reducionista e desvinculada da realidade de vida população (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005). Pode-se verificar essa influência quando há, por exemplo, a falta de espaço para o discurso do usuário durante a prática cotidiana desses profissionais. A fala do usuário, muitas vezes, só é considerada quando relacionada à descrição de sintomas ligados à doença (ALVES; NUNES, 2006).

A prática educativa adotada por muitos profissionais de enfermagem ainda se mostra conservadora, ou seja, embasada no modelo tradicional, visando a transmissão de conhecimentos para o outro, haja vista o fato de se encontrar

inserida em um modelo de saúde hegemônico que prioriza a doença (BACKES *et al.*, 2008; GAZZINELLI; REIS; MARQUES, 2006).

Meyer *et al.* (2006) apresentam uma síntese clara do que vem a ocorrer pela atuação profissional baseada no modelo tradicional de educação em saúde:

É nesse contexto discursivo que formas definidas como “certas” e “erradas” de viver são compreendidas como decorrência do domínio ou da ignorância de um certo saber, e a educação, assentada no pressuposto da existência de um sujeito humano potencialmente livre e autônomo, passa a ser concebida e exercitada como processo de instrução (passiva) para o exercício do poder sobre a própria saúde. Esse processo tem como objetivo central a mudança (imediate e unilateral) de comportamentos individuais a partir de decisões informadas sobre a saúde em um contexto onde se exercita uma forma de comunicação de caráter basicamente cognitivo/racional (p. 1336).

Alves e Nunes (2006) afirmam que em grande parte dos estudos realizados com abordagem do tema da educação em saúde há a predominância das práticas baseadas no modelo tradicional hegemônico centrado na doença.

A prática educativa baseada no método tradicional de educação em saúde se revela como dotada de aspecto imediatista, pois possui caráter pontual e não-reflexivo e, dessa maneira, não possui os mesmos benefícios apresentados por uma prática educativa pautada na construção coletiva do conhecimento, que leva em consideração as realidades vivenciadas por usuários e profissionais (BACKES *et al.*, 2008).

O acesso à informação por parte da população tem sua importância reconhecida no processo educativo. Não se defende uma prática completamente separada desse tipo de intervenção (MEYER *et al.*, 2006; GAZZINELLI; REIS; MARQUES, 2006), porém, o que se discute é se apenas a oferta de informações, por si só, é suficiente para que haja melhora no nível de saúde da população.

Em decorrência desse raciocínio, poder-se-ia presumir que, como o acesso à informação, por si só, caracteriza-se como a chave para a adoção de hábitos saudáveis, não se encontraria profissionais da saúde tabagistas, sedentários, alcoolistas, com níveis elevados de estresse, enfim, que apresentassem modos de vida considerados não saudáveis.

O **modelo radical de educação em saúde** atua com base na construção compartilhada de saberes e, portanto, tem suas ações formuladas com intuito de se aproximarem dos princípios norteadores da Estratégia Saúde da Família (ESF). Destaca-se aqui o direito à saúde e à autonomia do indivíduo como condições indispensáveis ao processo educativo. Nesse modelo, as propostas educativas não se baseiam na transmissão de conhecimentos historicamente acumulados pelas profissões da saúde para a prevenção e cura de doenças, e sim, para a melhoria da qualidade de vida do ser humano por meio do reconhecimento das reais necessidades apresentadas por ele (BESEN *et al.*, 2007).

Para Freire (1987), o ato educativo não deve ser baseado na transmissão de conhecimentos, na simples transferência de informações, caso contrário estará apenas reproduzindo uma “concepção bancária” que em nada contribui para a formação de um ser crítico e reflexivo, característico de um processo transformador.

O educador deve atuar por meio de uma busca constante ao estímulo da capacidade criadora do educando, tornando-o, assim, sujeito do processo educativo, em vez de mero receptor dos conhecimentos do educador. Dessa forma, ao pensar certo, o educador age respeitando o senso comum no processo de sua superação, haja vista que deve produzir conhecimento em comunhão com o educando (FREIRE, 1996).

Não se deve tratar a pessoa com HAS como se ela fosse uma mera espectadora da relação de cuidado, gerando uma verdadeira opressão de saberes. Ao contrário, deve-se levar em consideração seu papel de coprodutora do cuidado, por meio de uma relação baseada no respeito dos diferentes saberes.

Ao respeitar o saber da pessoa de quem cuida, bem como seu contexto sociocultural, por meio de ações educativas pautadas em uma proposta emancipatória, ao invés de assistencialista, o enfermeiro atua como transformador social, pois põe em prática seu conhecimento visando à autonomia do sujeito.

Para tanto, Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007) apontam como importante o investimento no modelo dialógico de educação em saúde que possibilitará a incorporação, por parte da equipe de saúde, de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, a humanização das práticas de saúde e a busca constante

por qualidade da assistência e resolubilidade. Concorde-se com as autoras que este seja um modelo pertinente para a efetivação de mudanças paradigmáticas, pois se incentiva a autonomia dos sujeitos, reconhecendo-os como portadores de um saber que não deve ser deslegitimado pelos serviços de saúde, embora diferente do saber técnico-científico dos profissionais.

A relação dialógica entre os membros do processo educativo busca o desenvolvimento de cada uma deles, em virtude do respeito às suas diferenças. Ou seja, o processo educativo não se apresenta como um ato unilateral no qual uma das partes tem seu saber considerado absoluto e livre de defeitos, em detrimento da outra considerada de menor importância.

De acordo com Acioli (2008) a educação em saúde vista como um processo não centrado na doença e que proporcione articulação entre educação e saúde:

[...] baseia-se em um enfoque crítico, o que implica no reconhecimento do caráter histórico dos determinantes sociais, políticos e econômicos do processo saúde-doença. Busca-se romper com o modelo normatizador, propondo um movimento contínuo de diálogo e troca de experiências, no qual pretende-se articular as dimensões individual e coletiva do processo educativo. Essa proposta pressupõe a compreensão do outro como sujeito, detentor de um determinado conhecimento e não mero receptor de informações. Isso implica no respeito ao universo cultural dos participantes, e principalmente na ideia de saberes – popular e científico – pensados de forma dinâmica, ou seja, saberes em relação (p. 119).

Eis, então, uma das principais características apresentadas por este modelo: a busca pelas reais necessidades do sujeito e o respeito a essas necessidades. Aqui os problemas de saúde não devem ser tratados de maneira superficial, pois se reconhece a importância da participação de eventos culturais, sociais, políticos, econômicos e culturais no processo saúde-doença.

Portanto, reconhece-se que a educação em saúde não se deva limitar ao simples caráter informativo, fragmentado, mas, transcendendo-o, possa levar o indivíduo, por meio de uma relação dialógica, à reflexão de sua situação, de seu papel no mundo, possibilitando-o que tome uma posição frente aos problemas com que se depara em seu cotidiano, e, com isso, perceba suas possibilidades de vir a ser no mundo.

Apesar da denominação de “radical”, o reconhecimento da necessidade de transformações no modelo tradicional e instauração de um novo modelo, com mudança de foco da doença para o sujeito, necessidade da troca de conhecimentos entre profissional e comunidade e busca pelo reconhecimento das reais necessidades desta última, já vem sendo abordada há muitos anos (RICE; CANDEIAS, 1989).

O profissional, com sua experiência e formação intelectual, acha que conhece as necessidades da população. Essa certeza, atrelada à convicção em uma proposta técnica, acabam por dificultar seu diálogo com a comunidade. Mas, para que consiga se aproximar dessas reais necessidades, o profissional deve visitar as pessoas em seu ambiente cotidiano, conversar com elas, conhecer sua história e compreendê-las (VALLA, 2005; LEONELLO; OLIVEIRA, 2008).

Ao levar em conta a realidade dos indivíduos, o enfermeiro poderá realizar um processo educativo ampliado, acolhedor, democrático e transformador, a partir do contexto social dos sujeitos envolvidos (BACKES *et al.*, 2008). De acordo com as autoras, alguns profissionais já atuam de acordo com este modelo por reconhecerem a educação em saúde de uma forma ampliada e que, portanto, deve contemplar conceitos como autonomia e qualidade de vida, pautando-se no diálogo e na problematização.

O modelo radical visa atender às complexidades da nova saúde pública e atuar com base em uma perspectiva atual de educação, buscando o empoderamento do usuário do serviço de saúde para que ele possa ser protagonista de sua saúde, e não mero coadjuvante que apenas cumpre ordens e prescrições emanadas pelo profissional (OLIVEIRA, 2005).

Com relação aos objetivos da educação em saúde transformadora, Pelicioni e Pelicioni (2007) afirmam que:

Com o enfoque político, a educação em saúde pretende ir muito além do que simplesmente informar ou tentar mudar comportamentos. Tem por objetivos preparar indivíduos para o exercício da cidadania plena, criar condições para que se organizem na luta pela conquista e implementação de seus direitos, para que se tornem aptos a cumprir seus deveres visando a obtenção do bem comum e a melhoria da qualidade de vida para todos, mas, principalmente, possibilitar que esses atores se tornem capazes de transformar a sociedade como sujeitos da história, como propõe a teoria freireana (p. 326).

Assim, percebe-se a necessidade de incentivo à autonomia dos usuários que pode ser colocada em prática ao reconhecerem, juntamente com os profissionais, que a educação em saúde, como prática oferecida pelo serviço de saúde, deve ter o apoio da população para a manutenção e complemento das atividades, por meio de seus conhecimentos, experiências próprias e interesse pelas práticas educativas (CARVALHO; CLEMENTINO; PINHO, 2008).

O processo educativo atua como estimulador de mudanças individuais e coletivas ao apresentar uma abordagem que estimula o reconhecimento das experiências e saberes contextualizados da população, compreendendo saúde e educação em suas múltiplas dimensões, superando, assim, visões e concepções parciais e alienantes (ACIOLI, 2008; BACKES *et al.*, 2008).

Há no Brasil uma série de práticas construídas com ênfase na participação popular, o que serve de exemplo inclusive para outros países. Essa participação proporcionou o surgimento de grande variedade de abordagens inovadoras ligadas às reais necessidades da população e que se voltam para a valorização da vida, e não da doença como ocorre no modelo hegemônico. Esse processo teve origem na própria idealização do Sistema Único de Saúde (SUS), quando os profissionais passaram a ter uma convivência mais próxima com a população e, assim, puderam perceber mais claramente os limites do modelo assistencial dominante. Dessa forma a educação popular que, inicialmente, era encarada como prática subversiva, agora, após investimentos de algumas secretarias de saúde como Fortaleza, Recife e Camaragibe, voltadas à superação da desigualdade social, passa a ser vista como estratégia de gestão participativa do sistema de saúde (VASCONCELOS, 2008).

Privilegia-se uma abordagem que tome como ponto de partida, a pessoa, e não a doença. Além disso, pretende-se igualmente que o objetivo da ação educativa esteja voltado à promoção da saúde nas diversas dimensões da vida, a exemplo da geração de renda, e não apenas à remissão de sintomas. Dessa maneira, orienta-se que o profissional assuma uma postura que possibilite uma relação dialógica entre saberes, acreditando no potencial criativo do usuário (ALVES; NUNES, 2006).

A partir das concepções freireanas sobre educação, Backes *et al.* (2008) reconhecem que não se deve basear processo educativo na transferência de informações científicas, pois o conhecimento em si não é estável, não está feito e acabado e, portanto, não pode ser compreendido pelo educador para depois ser depositado no educando. Além disso, não se reconhece que a transferência de conhecimentos resulte, necessariamente, em mudanças reais, haja vista a geração de consciência não ocorrer de maneira automática, e sim, por meio de um processo político construtivo (GAZZINELLI; REIS; MARQUES, 2006).

Logo, um processo educativo que pretenda romper com a concepção tradicional, verticalizada e baseada na transferência de saberes, deve priorizar a construção conjunta do conhecimento e o respeito entre os envolvidos nessa construção.

O respeito entre o profissional e o usuário deve ter como pressuposto o reconhecimento de que ambos são dotados de culturas próprias, que podem ou não apresentar os mesmos valores. O encontro de culturas, quando se preza pelo respeito, mostra-se como fortalecedor do processo educativo, pois os agentes podem interagir e negociar perspectivas educacionais para mudar a si e suas realidades (BOEHS *et al.*, 2007).

Ao buscar a construção de uma prática compartilhada, pautada no respeito ao conhecimento do outro, atua-se no sentido de sair de um estado de dominação, pois, dessa forma, as práticas desenvolvidas serão pensadas em conjunto com a população, em uma relação de cooperação, valorização e crescimento mútuo. Essa fusão de horizontes permite a construção de um processo de superação de conflitos entre usuário e serviço ao promover sua atuação conjunta (GAZZINELLI; REIS; MARQUES, 2006).

Leonello e Oliveira (2008) sintetizaram em seu estudo uma série de competências fundamentais à ação educativa realizada pelo enfermeiro, em virtude da presença constante dessa prática em seu trabalho assistencial. São elas: promover a integralidade do cuidado à saúde; articular teoria e prática; promover o acolhimento e construir vínculos com os sujeitos assistidos; reconhecer-se e atuar como agente de transformação da realidade em saúde; reconhecer e respeitar a

autonomia dos sujeitos em relação à sua vida; respeitar o saber de senso comum, reconhecendo a incompletude do saber profissional; utilizar diálogo como estratégia para transformação da realidade em saúde; operacionalizar técnicas pedagógicas que viabilizam o diálogo com os sujeitos; instrumentalizar os sujeitos com informação adequada; e valorizar e exercitar a intersectorialidade no cuidado à saúde.

O verdadeiro êxito do trabalho do profissional da saúde ao agir como educador, por mais paradoxal que possa parecer, é tornar o usuário paulatinamente liberto da necessidade que tem desse profissional, torná-lo apto a ser promotor de seu próprio cuidado por meio do fortalecimento de sua autonomia (GAZZINELLI; REIS; MARQUES, 2006).

O enfermeiro, ao atuar junto à comunidade por meio de uma prática educativa que respeite o usuário como sujeito do processo, deve ter em mente que suas ações estão voltadas à construção de um sujeito com maior nível de independência do serviço de saúde.

No entanto, se há entre os envolvidos no ato educativo uma relação de confiança e respeito, há, também, aceitação da proposta de caráter educativo, mesmo que esta não promova atendimento imediato dos problemas de saúde da população (ACIOLI, 2008; BACKERS *et al.*, 2008).

Nota-se certa dificuldade e, ao mesmo tempo, necessidade de ressignificação da prática educativa no cuidado à saúde realizada pelo enfermeiro. Em parte, essa dificuldade se dá devido à estrutura formal das organizações de saúde, que se mostra rígida e com níveis decisórios estabelecidos por suas diferentes posições hierárquicas, ou seja, no ápice da pirâmide são deliberadas as ações que deverão ser executadas pelos profissionais da base. Os enfermeiros do serviço ocupam posição intermediária nesse esquema hierárquico, tendo que comandar uma série de profissionais a eles subordinados e, ao mesmo tempo, sendo subordinados eles mesmos à gestão do serviço. Essa situação faz com que, por vezes, os enfermeiros não saibam a que expectativas atender, se às organizacionais, ou às da população por ele assistida (GAZZINELLI; REIS; MARQUES, 2006; LEONELLO; OLIVEIRA, 2008).

Em decorrência do exposto, compreende-se a necessidade de valorização por parte do enfermeiro de uma prática educativa pautada no modelo radical de educação. Para que isto ocorra, há a necessidade de mudanças efetivas na própria formação oferecida a este profissional, tanto durante a graduação, devido sua influência nas concepções elaboradas pelo profissional, quanto após, reconhecendo-se o valor da educação permanente em saúde para que a educação em saúde não seja considerada como mais uma atividade desenvolvida no serviço, e sim, como meio de promoção dessa ressignificação da atividade profissional com o intuito de que a ação desenvolvida pelo enfermeiro seja considerada uma prática realmente transformadora da realidade e que contribua para a promoção da integralidade da assistência (CECCIM; FERLA, 2009; BACKES *et al.*, 2008; CARVALHO; CLEMENTINO; PINHO, 2008; LEONELLO; OLIVEIRA, 2008; BESEN *et al.*, 2007; CHAGAS; XIMENES; JORGE, 2007; MEYER *et al.*, 2006; REIS *et al.*, 2007; VASCONCELOS, 2001).

Pretende-se, por meio de um processo baseado no respeito dos diversos atores presentes no ato educativo, conseguir a valorização de seus diferentes saberes e, assim, construir uma relação dialógica com vistas à promoção da saúde e centrada no sujeito e em suas reais necessidades.

3.2 Educação em saúde com foco na pessoa com hipertensão

A educação em saúde é elemento primordial no cuidado à pessoa com HAS. Essa importância se dá devido à pessoa com esta doença crônica apresentar uma série de dificuldades em lidar com a enfermidade. Tais dificuldades se iniciam no momento em que ela toma ciência de que terá que “aprender a conviver” com uma doença crônica.

Nem sempre é fácil convencer uma pessoa, muitas vezes assintomática, de que ela esteja doente, principalmente se o controle desta doença exigir uma série de mudanças em seu estilo de vida. Mais difícil ainda é fazê-la perceber a importância do uso regular da medicação, quando esta se mostrar necessária, se

esta lhe causa efeitos adversos não existentes antes do início do tratamento. Nesse contexto, a educação em saúde surge como uma das possibilidades de intervenção, pois pode atuar no esclarecimento do que vem a ser a doença e de quais suas repercussões na vida do indivíduo.

As V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (V DBHA, 2006) orientam a utilização da educação em saúde, realizada individualmente ou em grupo, como estratégia a ser utilizada pelos profissionais durante o acompanhamento da pessoa com HAS. Para tanto, deve-se lançar mão dos diversos recursos disponíveis com o intuito de se atingir resultados satisfatórios.

A noção de cronicidade da HAS nem sempre é incorporada pelo indivíduo. Assim, ao perceber a remissão dos sintomas, por vezes associados à ideia de sazonalidade, ele pode deixar de percebê-la como uma doença constante e, conseqüentemente, interromper o processo terapêutico. Como o acompanhamento efetuado por muitos profissionais é baseado em sinais e sintomas físicos, pode-se, a partir dessa constatação, prever em vários casos um acompanhamento dos níveis de saúde e qualidade de vida que deixa a desejar (ALVES; NUNES, 2006).

A adesão ao tratamento é considerada um ponto preponderante na terapêutica da HAS. Ao internalizar a importância da prática de hábitos de vida saudáveis atrelada ao uso correto da medicação, quando necessária, o indivíduo abre caminho para que possa atuar como sujeito do seu tratamento, realizando suas próprias escolhas e não mais atuando como mero receptor de orientações dos profissionais.

A adesão pode ser considerada um processo comportamental complexo que se mostra bastante influenciado por fatores socioculturais, econômicos e pelo próprio sistema de atenção à saúde (TAVEIRA; PIERIN, 2007) e, além disso, pode ser utilizada pelo sujeito como uma forma de exercício de sua autonomia frente ao processo terapêutico. Isso se dá quando, por exemplo, ele resolve descumprir as ordens emanadas pelo profissional, por meio de prescrições, desconsiderando o conhecimento apresentado por este último da mesma forma como viu o seu conhecimento ser desconsiderado (ALVES; NUNES, 2006).

Nesse aspecto, percebe-se a educação em saúde como forma privilegiada de se abordar esse conhecimento próprio apresentado pela pessoa com HAS e, além disso, como espaço privilegiado para a prática da enfermagem, principalmente quando executada na atenção primária, mas não exclusivamente nela.

Muitos profissionais têm buscado novos referenciais teóricos para o embasamento de sua prática por perceberem os limites apresentados pelo modelo hegemônico. Um desses limites apresentados pelo referido modelo é a desconsideração da cultura como fator implicado no processo terapêutico. Atualmente, reconhece-se que fatores culturais são preponderantes na adesão ao processo terapêutico da pessoa com HAS, pois fatores como estilo de vida, hábitos, rotinas e costumes tendem a influenciar diretamente muitas das decisões tomadas pelo indivíduo (BOEHS *et al.*, 2007).

A atuação do enfermeiro deve estar pautada na compreensão das reais necessidades da população que assiste, pois é reconhecida a existência de diversos fatores que facilitam e dificultam a adesão ao tratamento da HAS, como, por exemplo, a baixa condição socioeconômica apresentada pelo usuário, bem como sua baixa autoestima (TAVEIRA; PIERIN, 2007).

Dessa forma, o profissional passa a entender que diversos fatores atuam de forma a influenciar o sujeito em suas decisões. Sendo assim, percebe o espaço da educação em saúde como privilegiado para trabalhar questões que ultrapassam o biológico, com intuito de que se alcance a construção de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis às necessidades dos indivíduos que, por meio do processo de empoderamento, estarão aptos a desenvolver maior controle sobre suas condições de vida individual e coletiva (BESEN *et al.*, 2007).

Ao optar pela educação em saúde desenvolvida nos grupos de educação em saúde, atuando por meio de uma relação dialógica, o enfermeiro deve respeitar o conhecimento apresentado pelos usuários participantes do grupo. Durante essa relação dialógica, o profissional deve reconhecer claramente o poder que possui em relação ao usuário, presente no jaleco branco, na imagem criada pelo imaginário

popular do serviço como um centro de cura e até da palavra que é dita e, assim, não cair na tentação de subjugar o usuário (BOEHS *et al.*, 2007).

A pessoa com HAS deve aprender a conviver com a doença, haja vista o caráter crônico desta enfermidade. Isso não significa ter que transformar a doença no centro de sua vida. No entanto, certas adequações no cotidiano podem ser postas em prática para que esse convívio não se torne uma atividade tão desgastante. Um dos pontos que devem ser observados é a mudança no estilo de vida, com intuito de desenvolver hábitos saudáveis e abdicar de outros que coloquem em risco a saúde do indivíduo.

No Brasil, a atenção primária vem sendo estrategicamente utilizada para promoção e recuperação da saúde, operacionalizando a saúde coletiva nacional por meio de intervenções no processo saúde-doença em âmbito individual, familiar e comunitário.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), concebida como programa do Ministério da Saúde (MS) em 1994, vem se estabelecendo, cada vez mais, como alicerce da atenção primária por sua conformação e processo de trabalho, que compreendem condições favoráveis para o acesso às medidas multissetoriais e integrais de abordagem das DCNI (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007; BRASIL, 2006a). Segundo Vasconcelos (2001) este nível de atenção à saúde, inicialmente operacionalizado por meio dos centros e postos de saúde, apesar da carência material e, muitas vezes, de recursos humanos qualificados, devido sua utilização eleitoreira pela classe política e pela falta de eficiência operacional, está assumindo papel fundamental no setor de cuidados à saúde.

Diversos são os fatores que contribuem para os bons resultados alcançados pela ESF e para sua consolidação, a despeito das ações pontuais dos hospitais, ambulatórios e campanhas de saúde pública: o fato de estarem inseridos na dinâmica social local; de terem constância e continuidade da atenção; de integrarem atividades educativas, preventivas e curativas; e de apresentarem fácil acesso à população (VASCONCELOS, 2001).

O desafio de atuar sobre a HAS é colocado inicialmente à atenção primária, sobretudo à Saúde da Família, tida como espaço prioritário e privilegiado

de atenção à saúde, pois atua com equipe multiprofissional e possui processo de trabalho que pressupõe vínculo com a comunidade adscrita, atuando com respeito à diversidade cultural e econômica, além dos fatores sociais envolvidos (BRASIL, 2006b).

A sociedade moderna é composta por grupos populacionais diversos, que apresentam diferentes maneiras de perceber e viver a doença e, por isso, adoecem de maneiras diversas. Portanto, pode-se considerar um equívoco tratar todos os indivíduos da mesma maneira, levando em consideração unicamente parâmetros biológicos (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007). É necessário que haja aprofundamento acerca das reais necessidades de saúde de cada indivíduo, para que se consiga uma articulação com seu contexto sociocultural.

O processo de socialização da doença, ou seja, de sua construção social, é dado, em parte, no interior e por meio dos sistemas de atenção à saúde, articulados aos circuitos ideológicos mais amplos da sociedade (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2006).

Concorda-se com Freire (1987) que é preciso trabalhar o processo educativo no intuito de melhor conhecer a realidade para, conhecendo-a melhor, melhor poder transformá-la.

Ao incorporar essa ideologia ao cuidado da pessoa com HAS, o enfermeiro poderá atuar com intuito de, em conjunto com este indivíduo, encontrar alternativas que favoreçam a adaptação deste ser à sua nova realidade. Agindo dessa maneira, a pessoa que busca auxílio da equipe de saúde, com intuito de promover ou recuperar sua saúde, operará como sujeito do processo e não como mero espectador.

Todo o cuidado de enfermagem é dirigido à promoção, manutenção e restauração da saúde, prevenção de doenças e assistência às pessoas no sentido de se adaptarem aos efeitos residuais da doença. Assim sendo, a educação em saúde assume um papel de suma importância para a enfermagem, uma vez que ela pode incentivar os indivíduos com HAS e seus familiares a ter comportamentos que conduzam a um ótimo autocuidado (SMELTZER; BARE, 2005).

Os profissionais da saúde, treinados durante sua formação para exercerem suas atividades de forma individual, encontram dificuldades para atuarem em conjunto em uma equipe multiprofissional, mesmo sabendo que tal tipo de ação trará inúmeros benefícios ao usuário, em especial, àquele com HAS, que se constitui em um excelente exemplo para alguém que requer uma abordagem multiprofissional (V DBHA, 2006).

Portanto, a atuação efetiva de uma equipe multiprofissional é indispensável na prevenção, controle e tratamento da HAS, ressaltando-se a participação insubstituível do enfermeiro incentivando o usuário hipertenso a aderir ao tratamento e identificando quaisquer complicações da doença e terapia (ABREU, 2006).

Na equipe multiprofissional, o enfermeiro realiza consulta de enfermagem ao hipertenso, encaminha ao médico pelo menos duas vezes ao ano e com maior frequência nos casos em que a pressão não estiver devidamente controlada ou na presença de intercorrências, administra o serviço e delega e supervisiona atividades do técnico/auxiliar de enfermagem (V DBHA, 2006).

Como integrante da equipe da Estratégia de Saúde da Família, o enfermeiro é um dos principais responsáveis por realizar atividades de educação em saúde. No entanto, somente medidas de orientação não são suficientes para que o portador de HAS mude seu comportamento. É essencial a utilização de métodos educativos que contemplem suas necessidades de aquisição de conhecimentos, para que eles incorporem atitudes que contribuam para a prevenção, ou controle, da HAS.

Devido sua formação acadêmica, o enfermeiro desempenha um importante papel na assistência à pessoa hipertensa, desenvolvendo atividades educacionais de maneira contínua e percebendo essas pessoas na sua individualidade, com seus problemas e histórias próprias de vida (FELIPE, 2007).

Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007) afirmam que a enfermagem tem a capacidade de atuar de maneira a ampliar a consciência crítica de grupos sociais, com relação aos seus potenciais de fortalecimento e desgaste, ao atuar como uma prática social inserida nas relações intrínsecas do grupo.

Percebe-se a importância da prática educativa executada pelo enfermeiro, individualmente ou como parte da equipe multiprofissional, com intuito de se conseguir a recuperação, manutenção e/ou promoção da saúde dos sujeitos por ele assistidos, pois este profissional está, geralmente, em constante contato com o usuário, podendo, assim, reconhecer suas reais necessidades e, com isso, ter atuação mais efetiva.

3.3 Os grupos e sua utilização nas práticas de educação em saúde

Os grupos apresentam importância social bastante relevante em nossa sociedade. Prova disso é que grande parte das atividades que são desenvolvidas pelos seres humanos são realizadas em grupo. Essa característica peculiar presente nos diversos segmentos da sociedade está ligada à própria natureza gregária do homem (MUNARI; FUREGATO, 2003).

Nem sempre é fácil delimitar as concepções traduzidas quando se ouve falar em “grupo” devido o caráter abrangente assumido por este termo na atualidade, sendo por diversas vezes utilizado sem uma precisão definida (MUNARI; FUREGATO, 2003).

Assim sendo, o homem se utiliza dos grupos em diversos momentos do cotidiano e com as mais diferentes finalidades, explorando as possibilidades apresentadas por essa forma de trabalho.

Para Rogers (2002), um dos pioneiros na utilização dos grupos na área da saúde, o grupo é uma das maiores invenções sociais do século XX e, também, uma das mais difundidas, embora tenha sido, inicialmente, tratado com menosprezo pelo meio acadêmico, motivo que o levou a ser desenvolvido à margem do que se considerava como prática oficial.

A rápida difusão da estratégia do trabalho em grupos se deu, em grande parte, devido ao aumento contínuo da desumanização das relações pessoais presente em nossa cultura. O homem e suas necessidades vêm sendo, cada vez

mais, postos de lado em nome da crescente valorização do acúmulo de bens materiais (ROGERS, 2002).

Dessa forma, ao se observar essa característica muito presente em nossa sociedade, percebe-se que muitas das situações de convívio entre as pessoas estão, direta ou indiretamente, ligadas a interesses materiais e que diversas outras necessidades, como as afetivas, vão sendo menosprezadas pela alegação de que apresentam menor importância.

Um dos primeiros registros que se tem sobre o trabalho com grupos é reportado ao psicólogo americano Kurt Lewin e seu trabalho no *Massachusetts Institute of Technology* (MIT) na Universidade de Michigan em 1947 (ROGERS, 2002). Um dos marcos do trabalho de Lewin, e que o diferencia da maioria dos trabalhos desenvolvidos à sua época, foi a utilização de pequenos grupos voltados para o contexto educacional, pois, até então, os grupos apresentavam características estritamente terapêuticas (MUNARI; FUREGATO, 2003).

Os grupos estão presentes em diversos espaços, em vários momentos e com as mais diversas finalidades em nosso meio social, ou seja, apresentam inúmeras possibilidades. Uma dessas possibilidades é a sua utilização por profissionais de saúde para a promoção da educação em saúde.

Os grupos de educação em saúde se constituem em uma prática de saúde fundamentada no trabalho coletivo, na interação e no diálogo entre seus participantes, além disso, seu caráter educativo é exercido bilateralmente, ou seja, aquele que educa é, também, o que aprende por meio de uma relação dialógica entre diferentes saberes o que o caracteriza como um processo mútuo, democrático e solidário (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

A utilização dos grupos pela enfermagem não é tida exatamente como uma novidade. A própria profissão desenvolve seu trabalho em grupo, por meio da equipe de enfermagem e, durante a formação de seus profissionais, nos grupos de discussão de casos clínicos. A atividade educativa desenvolvida em grupos também se mostra presente, sendo realizada principalmente pelo enfermeiro na saúde pública (MUNARI; FUREGATO, 2003).

A ação educativa do enfermeiro, praticada por meio de grupos de educação em saúde, busca, dentre outros objetivos, a colaboração dos usuários participantes do grupo em seu próprio processo terapêutico e no de seus pares. Assim, percebe-se que o cuidado executado por este profissional está diretamente relacionado à educação, pois o trabalho educativo é posto em prática com o intuito de que surjam maiores possibilidades para a melhoria da qualidade de vida de seus participantes.

Godoy e Munari (2006) apontam para o crescente número de estudos desenvolvidos por enfermeiros referentes à atividade com grupos. De acordo com as autoras, há uma tendência de aumento da utilização da estratégia grupal por parte dos enfermeiros com diferentes tipos de público.

Silveira e Ribeiro (2005) apresentam relevante justificativa para o trabalho com grupos ao afirmarem que:

[...] o trabalho com grupos em unidades de saúde é um recurso potencial para ser incorporado pelas instituições e pelos profissionais no desempenho da tarefa de promover saúde. Uma atividade que procura dar aproveitamento a todos os recursos com que conta cada pessoa na busca por viver melhor, que otimiza os recursos financeiros e o período de trabalho dos profissionais, que potencializa a ação da saúde tendo, ainda, aplicação pedagógica na formação e no aprimoramento profissional de quem a desempenha é, sem dúvida, uma atividade a ser exercida amplamente para o bem público (p. 101).

O modelo radical de educação em saúde apresenta forte tendência para a utilização do trabalho com grupos, em vez de atuar sobre os indivíduos isoladamente. Há a perspectiva de que o trabalho com grupos venha a favorecer a troca de conhecimentos e experiências entre seus integrantes, tornando, assim, o ambiente mais propício para o desenvolvimento de uma consciência crítica (OLIVEIRA, 2005).

Machado, Pinheiro e Guizardi (2006) apontam que “a ideologia do individualismo restringe as possibilidades de emancipação” (p.59), o que corrobora a ideia de que o trabalho com grupos, por meio de uma prática dialógica, apresenta a capacidade de levar as pessoas a refletirem sobre sua realidade e produzirem novas concepções que reflitam em movimentos contra-hegemônicos.

O trabalho com grupos de educação em saúde se constitui em uma fonte de possibilidades ao propiciar um meio adequado para o desenvolvimento da consciência crítica de seus membros sobre suas condições de vida e saúde, por meio da utilização de estratégias coletivas de enfrentamento dos limites apresentados pela comunidade (SOUZA *et al.*, 2005). Segundo as autoras, o trabalho com grupos favorece a troca de experiências entre os usuários e, também, entre eles e o profissional de saúde.

Considera-se a troca de experiências como possível, a partir do momento em que se reconhece como importante o saber apresentado pelo outro e, dessa forma, percebe-se como relevante toda contribuição advinda dessa relação entre saberes.

A potencialidade apresentada pela atividade em grupo tem como um de seus principais instrumentos, a relação interpessoal. Esse recurso, utilizado na prática educativa e no cuidado à saúde, tem a capacidade de fazer com que o sujeito transforme e seja transformado pelos outros sujeitos presentes no processo. Como resultado dessa atividade, tem-se a humanização dos sujeitos e da prática que desenvolvem (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Leonello e Oliveira (2008) defendem a utilização dos grupos de educação em saúde pelo enfermeiro, pois seu uso se coloca como uma importante ferramenta para o trabalho educativo com sujeitos coletivos, principalmente quando se adota uma perspectiva pedagógica dialogada e participativa. Portanto, faz-se necessário que o enfermeiro se apodere dessas práticas educativas para que, juntamente com a comunidade na qual atua, possa promover uma mudança na realidade de saúde.

Em geral, existem dois motivos que levam o enfermeiro a optar pela atividade grupal: o primeiro é um interesse interno, um movimento próprio do profissional que revela disponibilidade e empenho de buscar soluções para assistência de determinado segmento; o segundo motivo que impulsiona alguns enfermeiros é a determinação por parte da gestão do serviço, o que pode comprometer a atuação do profissional, caso ele não esteja sensibilizado para a realização desta atividade (MUNARI; FUREGATO, 2003).

O profissional que, por iniciativa própria, desenvolve uma atividade em grupo revela maior disponibilidade para este tipo de atuação e, certamente, estará mais propenso a aceitar as contribuições oferecidas pelo grupo, bem como a vencer as possíveis barreiras que se coloquem ao seu desenvolvimento. Dessa forma, apresenta menos chances de considerar a atividade em grupo como um fardo, ou como mais uma atividade a ser desenvolvida, e sim, como uma maneira de buscar embasar sua prática em concepções mais solidárias de promoção da saúde.

Para que as atividades de educativas nos grupos de educação em saúde sejam realizadas de maneira satisfatória é necessário que se tenha condições adequadas, como uma estrutura física que possibilite a execução das atividades de forma tranquila, confortável e que ofereça privacidade aos participantes (FREIRE, 1996). É importante que o espaço seja amplo e ventilado e que forneça acomodação a todos. Além disso, ressalta-se a importância de se dispor de material didático, como recursos audiovisuais, que contribuem para o processo ensino-aprendizagem (GAZZINELLI; REIS; MARQUES, 2006; MUNARI; FUREGATO, 2003).

Um dos principais desafios do enfermeiro nos grupos de educação em saúde é desenvolver uma prática que, ao atuar no contexto político-social e por meio da criação de vínculos, busque a participação dos indivíduos de forma coletiva para promover a autonomia dos sujeitos. Para tanto, deve considerar a possibilidade de formar alianças e parcerias, para construir uma estrutura que auxilie nesse processo (CHAGAS; XIMENES; JORGE, 2007; SOUZA *et al.*, 2005; REIS *et al.*, 2007).

O profissional de saúde, ao atuar como coordenador ou facilitador de uma atividade de educação em saúde desenvolvida em grupo, deve se colocar na posição de mediador dessa atividade. Dessa forma, é interessante que procure manter certa humildade em relação ao conhecimento dos participantes do grupo, para que não conduza o processo exclusivamente de acordo com seu modo de pensar e, assim, venha a impor aos outros valores e concepções de certo e errado.

4 METODOLOGIA

Para atingir o objetivo proposto, primeiramente, buscou-se identificar as percepções de cada sujeito por meio da captação de seu discurso durante entrevista e, em seguida, da articulação de cada discurso com os outros discursos pertencentes a indivíduos do mesmo grupo, seja este o grupo de enfermeiras*, ou de usuários, com intuito de formar um único discurso representante do todo de cada grupo, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000; LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005). Trabalhou-se o conjunto das falas desses dois grupos separadamente, pois se acredita, em virtude de ocuparem posições diferentes dentro do processo de cuidado, que apresentam perspectivas, olhares e visões de mundo também diferentes. O passo seguinte foi discutir tais percepções com base no referencial teórico proposto.

4.1 Tipo e natureza do estudo

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa, das percepções de enfermeiras e usuários acerca das atividades realizadas nos grupos de educação em saúde desenvolvidos em Centros de Saúde da Família da Secretaria Executiva Regional V (SER V) em Fortaleza.

As pesquisas do tipo descritivas propõem a caracterização de um determinado fenômeno estudado, população ou estabelecimento de relações entre as variáveis. Incluem-se neste tipo de pesquisa os estudos que visam levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma determinada população, o que justifica sua utilização como técnica de pesquisa social (GIL, 1999).

O método qualitativo, quando aplicado à área da saúde, agrega aspectos advindos das ciências humanas e, desta forma, não busca estudar o fenômeno em

* Deste ponto em diante utilizar-se-á apenas o termo no feminino em virtude de todos os profissionais participantes do estudo pertencerem a este gênero.

si, por meio de listagens e mensurações, mas compreender a fundo o significado individual ou coletivo deste fenômeno para a vida das pessoas (TURATO, 2005).

Observa-se na pesquisa qualitativa um elevado grau de envolvimento do pesquisador, além de alto grau de complexidade em termos de pressupostos, coleta, transcrição e análise dos dados. Percebe-se que, em geral, a coleta de dados produz textos que serão interpretados à luz de diferentes técnicas analíticas (GÜNTHER, 2006).

Segundo Marcus e Liehr (2001):

A enfermagem é tanto uma ciência como uma arte. A pesquisa qualitativa combina as naturezas científica e artística da enfermagem para aumentar a compreensão da experiência de saúde humana. É um termo genérico que abrange uma multiplicidade de suportes filosóficos e métodos de pesquisa (p.123).

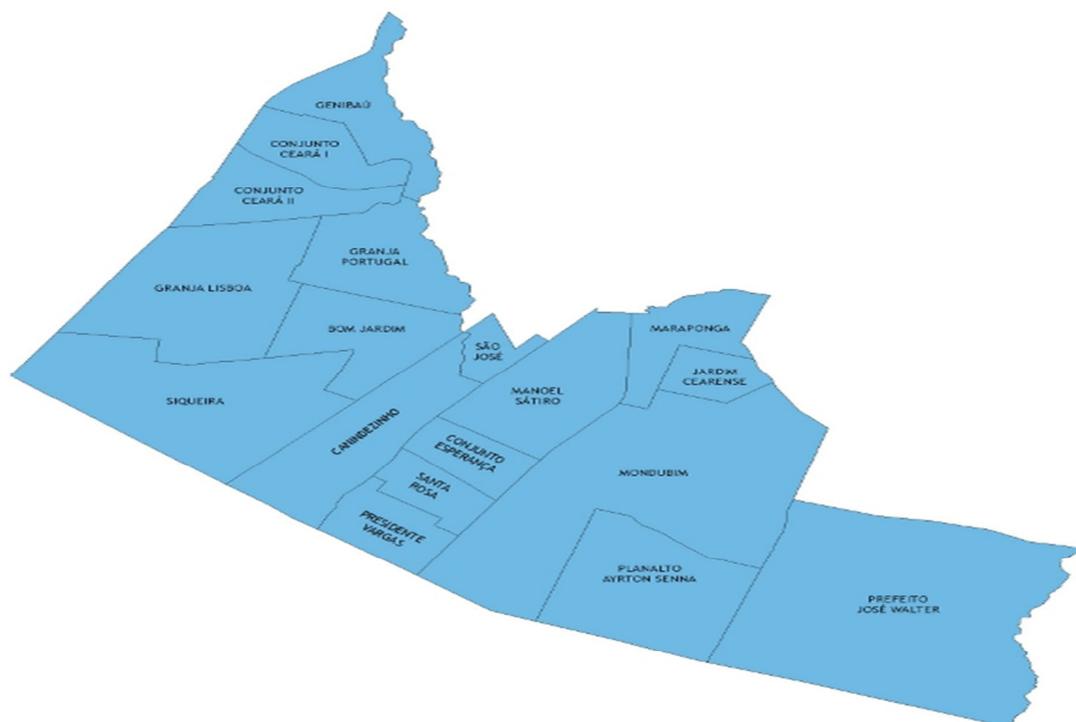
A abordagem qualitativa foi escolhida por se mostrar relevante para a análise dos achados, por proporcionar uma possibilidade ímpar de apreensão dos fatos, valores, crenças, hábitos e opiniões presentes nos discursos dos sujeitos.

4.2 Aproximação ao local de estudo

Os locais de coleta de dados foram os CSF da SER V (Figura 2) do município de Fortaleza – Ceará, nas quais ocorre a formação de grupos de educação em saúde, desenvolvidos por enfermeiras, ou nos quais haja sua participação, para pessoas com HAS, com vistas à prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas acometidas por esta enfermidade.

A escolha dos CSF participantes dessa pesquisa se deu após a realização de levantamento prévio da existência de grupos de educação em saúde nas seis SER do município de Fortaleza, realizado por meio de contato com os profissionais responsáveis pelo Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) de cada SER. Verificou-se que o maior

número de grupos de educação em saúde com foco na pessoa com HAS se encontrava na SER V.



Fonte: http://www.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=37&Itemid=52 (acesso em 03/11/2010)

Figura 2. Mapa da Secretaria Executiva Regional V, Fortaleza - Ceará

Inicialmente, ao se contatar o profissional responsável pelo HIPERDIA da SER V, obteve-se a informação de que nove CSF da referida regional apresentavam grupos de educação em saúde com o perfil solicitado. O passo seguinte foi entrar em contato com as enfermeiras responsáveis por esses grupos e, dessa forma, observou-se que três desses CSF não mais realizavam os referidos grupos.

Durante a realização da coleta de dados, obteve-se a informação, por parte das próprias enfermeiras, da existência, na SER estudada, de outro CSF que também apresentava grupo de educação em saúde com sujeitos que atendiam aos critérios de inclusão propostos no estudo. Tal fato pode estar relacionado ao

desconhecimento, por parte da gestão, de todas as atividades desenvolvidas pelas equipes nos CSF

Dessa forma, chegou-se a um total de sete CSF, que por sua vez apresentaram 11 grupos de educação em saúde para pessoas com HAS, haja vista o fato de algumas dessas unidades apresentarem mais de um grupo de educação em saúde com o perfil estudado.

4.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram enfermeiras que atuam na ESF e usuários com HAS a fim de analisar suas percepções acerca da educação em saúde desenvolvida em grupos.

A escolha dos sujeitos ocorreu de maneira intencional, considerando-se a variabilidade e a qualidade dos sujeitos em termos de possibilidade de fornecerem dados ricos e expressivos, com o intuito de se alcançar grande parte das mais diferentes percepções apresentadas pelos envolvidos. O estudo qualitativo realizado com a totalidade da população se tornaria extremamente oneroso, além de demandar grande quantidade de tempo (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000; LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Realizou-se contato prévio com os participantes dos grupos de educação em saúde selecionados, incluindo enfermeiras e pessoas com HAS em tratamento nas referidas unidades, com o intuito de informar-lhes sobre o desenvolvimento da pesquisa, seus objetivos e esclarecimento de eventuais questionamentos por parte dos sujeitos.

Para que os discursos coletados refletissem ideias mais próximas possível do pensamento da coletividade em questão, optou-se por selecionar, dentre os participantes dos grupos, enfermeiras e pessoas com HAS, independente do sexo, que participavam, há pelo menos seis meses, das atividades desenvolvidas pelo grupo.

As enfermeiras participantes do estudo foram aquelas que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: participante de grupo de educação em saúde realizado em CSF, utilizado como estratégia de intervenção na saúde de pessoas com HAS, e que apresentasse pelo menos seis meses de participação no referido grupo.

Escolhidos as enfermeiras, solicitou-lhes que indicassem, dentre os usuários integrantes dos grupos, aqueles que se mostravam mais assíduos e participativos e que poderiam, assim, expor mais fidedignamente a realidade ali vivenciada. Feito isso, procedeu-se a busca dos usuários atendiam aos seguintes critérios de inclusão: indivíduos maiores de 18 anos; que apresentavam condições físicas e psicológicas de participar do estudo no momento da coleta de dados e que participassem do referido grupo há pelo menos seis meses.

Ao final, 11 enfermeiras atenderam aos critérios de inclusão. Em cada um dos grupos foram selecionados cinco usuários para compor o estudo, totalizando 55 usuários, pois se percebeu que dessa forma conseguia-se obter a saturação teórica dos dados de forma que, a partir daí, novas informações não mais eram adicionadas ao estudo ao se aumentar o número de usuários participantes. Deste modo, houve suspensão da coleta quando os dados obtidos passaram a apresentar repetição, sem acréscimo de novas informações ao alcance do objetivo (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Ao entrar em contato com as enfermeiras responsáveis pelos grupos, obteve-se a informação de que alguns desses grupos eram considerados como grupos de usuários com HAS e Diabetes Mellitus (DM) e que outra parte era considerada como grupos de idosos. Estes últimos também foram incluídos na pesquisa em virtude de apresentarem grande número de usuários com HAS entre seus membros e desenvolverem atividades que muito se assemelhavam às oferecidas pelos primeiros, inclusive com o objetivo de controlar a HAS, muito presente nesta faixa etária.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu entre os meses de maio e julho de 2010, após apreciação de projeto pelo Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE) de Fortaleza e aprovação deste pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE.

Procedeu-se, inicialmente, levantamento dos grupos de educação em saúde conduzidos por enfermeiras na SER V, chegando-se a um total de 11 grupos. Realizou-se o teste dos instrumentos de coleta de dados (Apêndices B e C) com as enfermeiras e alguns dos usuários de um dos grupos que havia encerrado suas atividades recentemente (que não fazia parte dos 11 grupos selecionados), com o intuito de verificar a necessidade de alterações. As enfermeiras responsáveis pelos referidos grupos foram contatadas pelo pesquisador, com a finalidade de apresentação da pesquisa e de seus objetivos. Durante este contato inicial, cada enfermeira convidou o pesquisador a conhecer o grupo do qual fazia parte, por meio da observação de uma das reuniões na qual, ao final, aproveitou-se para realizar a coleta de dados com a enfermeira após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

A coleta de dados com as enfermeiras ocorreu por meio do preenchimento de instrumento (Apêndice B) aplicado durante entrevista semiestruturada que foi gravada e, em seguida, transcrita para que se pudesse proceder sua análise. O instrumento abrangeu informações gerais sobre a enfermeira (sexo, idade, cor/raça, religião, número de filhos, renda pessoal e familiar, estado civil, escolaridade e existência de outra ocupação além do trabalho na ESF), dados para avaliação do estado de saúde (pressão arterial; medidas antropométricas – altura, peso, circunferência abdominal; fatores de risco cardiovasculares e presença de complicações associadas às doenças cardiovasculares), prática educativa que desenvolvia no CSF (data de início dessas atividades, motivo do trabalho com grupo de educação em saúde, quantidade de participantes no grupo, bem como de outros membros da equipe de saúde e participação de atividade de educação em saúde durante a graduação ou pós-graduação).

A entrevista semiestruturada realizada com essas profissionais foi norteada por um roteiro contendo cinco questões que versavam sobre as atividades desenvolvidas no grupo de educação em saúde à pessoa com HAS do qual participava, opinião acerca dessas atividades, outras atividades que deveriam ser abordadas, melhora dos usuários em relação à HAS em virtude da participação nas atividades do grupo e acerca da percepção do trabalho com grupo de educação em saúde como um cuidado de enfermagem.

A coleta de dados com os usuários aconteceu em momento posterior à realização das entrevistas com as enfermeiras. A cada uma delas foi solicitado que indicasse quais usuários poderiam participar do estudo. Todos os usuários por elas indicados aceitaram consentiram a participação, após convite e assinatura do TCLE. Ressalta-se que a coleta com os usuários aconteceu em momento posterior à das enfermeiras, sempre ao término das reuniões dos grupos. Para a realização das entrevistas com os usuários, foi necessário, algumas vezes, o comparecimento do pesquisador a uma ou mais reuniões posteriores às das entrevistas com as enfermeiras.

O instrumento de coleta de dados dos usuários (Apêndice C) foi similar ao das enfermeiras, exceto pela inclusão de itens relativos à investigação do tratamento anti-hipertensivo (realização de tratamento não-medicamentoso e medicamentoso). Os itens referentes à participação no grupo de educação em saúde abrangeram informações acerca do tempo de participação no grupo, frequência dos encontros, pessoa que incentivou seu ingresso no grupo e se participa(ou) de outros grupos de educação em saúde. O roteiro de entrevista com os usuários conteve as mesmas questões norteadoras que o instrumento das enfermeiras, exceto pela supressão da questão referente ao trabalho com os grupos de educação em saúde.

A PA das enfermeiras e dos usuários foi aferida ao final da entrevista com esfigmomanômetro do pesquisador, previamente calibrado e atestado pelo INMETRO (obedecendo-se o tamanho do manguito adequado à circunferência do braço) e estetoscópio biauricular de uso pessoal do pesquisador. A aferição da PA obedeceu às indicações das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (VI DBH, 2010). As medidas antropométricas foram registradas no instrumento. Peso, altura e circunferência abdominal foram verificados com auxílio de balança antropométrica

para adulto, calibrada, disponível no CSF; régua antropométrica da própria balança e fita métrica do pesquisador com o intuito de calcular o IMC. Nos poucos casos em que não foi possível registrar, no momento da entrevista, o peso e a altura dos usuários, em virtude de algumas das reuniões acontecerem em locais externos aos CSF e da impossibilidade de encontrar com alguns usuários em momento posterior, realizou-se consulta aos prontuários dos mesmos e registro dos dados mais recentes.

As entrevistas com as enfermeiras e os usuários tiveram duração de, aproximadamente, 30 minutos cada e aconteceram nos locais de reunião dos grupos (CSF, centros religiosos, comunitários e residências de alguns dos usuários integrantes dos grupos), em salas reservadas que garantiram a privacidade dos entrevistados. Tais entrevistas foram gravadas individualmente com o auxílio de gravador do tipo *mp3* portátil, e, em seguida, o conteúdo foi transcrito integral e literalmente. Nenhum dos entrevistados apresentou qualquer objeção à utilização do gravador para realização do registro das entrevistas.

O foco principal da coleta de dados consistiu no registro das entrevistas, todavia, também se considerou o apontamento de impressões por parte do pesquisador, registradas em diário de campo, resultado de observação assistemática de algumas das reuniões dos grupos que o pesquisador teve a oportunidade de presenciar.

4.5 Análise dos achados

Os achados referentes ao perfil sociodemográfico e clínico dos participantes foram tabulados por meio da utilização do *software Predictive Analytics Software for Windows* (PASW) versão 17.0. As entrevistas foram transcritas com o auxílio do *software IBM® Via Voice for Windows 9.0*.

A organização dos achados ocorreu por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). A proposta do DSC consiste, basicamente, em analisar o material produzido por uma coletividade por meio de depoimentos, cartas, artigos,

etc., e, em seguida, extrair as ideias centrais (IC) e/ou ancoragens (AC) e suas respectivas expressões-chave (ECH). A partir desses elementos, compõe-se um ou vários discursos-síntese na primeira pessoa do singular. Esse discurso-síntese representa a expressão da coletividade que o originou. É como se um único indivíduo, representante do grupo, falasse em nome de todos aqueles os quais representa (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

A correta utilização destas figuras metodológicas (ECH, IC, AC e DSC), descritas a seguir, proporciona ao pesquisador um campo seguro para a composição do discurso representante da coletividade pesquisada.

As ECH podem ser definidas como “[...] segmentos de discursos que remetem à IC e a corporificam” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p.26). São trechos do discurso do sujeito que apresentam a essência de todo o conjunto do discurso observado. Apresentam-se, portanto, como uma espécie de comprovação e justificativa da existência da IC e/ou da AC.

A IC é definida como um:

[...] nome ou expressão linguística que revela e descreve, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH, que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC. (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p. 17).

Não se trata aqui, portanto, de interpretar a ideia apresentada pelas ECH, e sim de descrevê-la da forma mais sintética e fidedigna possível. Além disso, destaca-se que as IC que permitam serem reunidas em um mesmo grupo, por apresentarem sentido semelhante ou complementar, devem ser agrupadas e identificadas resultando, assim, em uma IC-síntese ou categoria (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

A AC, inspirada na teoria da Representação Social (RS), apresenta-se como sendo uma:

[...] manifestação linguística explícita de uma dada teoria, ideologia, ou crença que o autor do discurso professa e que, *na qualidade de afirmação genérica, está sendo usada pelo enunciador para “enquadrar” uma situação específica* (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p. 17).

O DSC é a principal dentre as figuras metodológicas aqui apresentadas, pois se configura como o produto final do trabalho empreendido pelo pesquisador

por meio da utilização das anteriores e pode ser definido como sendo um ou vários discursos-síntese na primeira pessoa do singular e que representa a expressão da coletividade que o originou (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Por meio do DSC, o discurso produzido pelos depoimentos não se anulam e nem se reduzem a categorias. O que se busca é a reconstrução, utilizando-se pedaços dos discursos individuais, de discursos-síntese que expressem um determinado modo de pensar característico de determinado grupo presente em um mesmo contexto (GOMES; TELLES; ROBALLO, 2009).

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2005, p. 29), o objetivo do DSC é:

Produzir o sujeito social ou coletivo do discurso e o discurso coletivo correspondente, fazendo o social falar como se fosse um indivíduo, e isso não por um passe de mágica, nem a partir de uma instância científica supostamente transcendente, mas, como manda o rigor científico, utilizando procedimentos explícitos, transparentes e padronizados (passíveis, portanto, de crítica e contestação), construindo-se a fala do social com o material empírico proveniente de falas dos indivíduos, buscando, nas ideias centrais e nas expressões-chave, coincidentes ou semelhantes de discursos efetivamente existentes, um discurso compartilhado.

As palavras apresentam grande importância no contexto social na medida em que favorecem a interação interpessoal e nos ajudam a conseguir o que queremos. Assim sendo, percebe-se a relevância que o discurso apresenta quando inserido em uma coletividade.

O pensamento, materialmente falando, organiza-se como discurso. Daí a importância de se conhecer o discurso da coletividade para, assim, conhecer como o coletivo pensa. Ao se conhecer o teor do pensamento desta coletividade, pode-se entender a maneira como ela age (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006).

Para o adequado tratamento do conteúdo das entrevistas e auxílio na organização dos discursos coletivos utilizou-se o *QualiQuantiSoft*[®] que é um *software* destinado à composição do DSC. A utilização do *software* se mostrou uma valiosa ferramenta para a organização e auxílio à análise dos dados, pois, além de proporcionar maior facilidade na identificação das ECH, IC e das categorias dos DSC, possibilitou ao pesquisador, ao final do processo, acesso a um banco de relatórios com informações acerca de cada DSC pesquisado, assim como o próprio DSC.

Dentre as informações geradas pelo software está o número de IC, presentes em cada resposta dos entrevistados, e que, neste estudo, foi representado por meio da utilização de gráficos representativos desse quantitativo. No início de cada temática está presente o gráfico indicativo do número de IC que compuseram o DSC de suas respectivas categorias e, neles, a soma dos valores obtidos não necessariamente equivale a 100%, pois em uma única resposta era comum serem encontradas mais de uma ideia central.

A utilização do *software* para a composição do DSC aconteceu por meio dos seguintes passos: Primeiramente, o material discursivo, já transcrito, foi copiado para o campo denominado Análise do Discurso 1 (IAD1) para que se pudesse, por meio do preenchimento dos campos adequados, identificar cada ECH e IC. Em seguida, procedeu-se a impressão do conjunto de IC de cada questão. Nesse momento, as IC que apresentaram discursos semelhantes, equivalentes ou complementares foram reunidas em uma mesma categoria representada por uma letra do alfabeto, iniciando pela letra “A” e seguindo a ordem alfabética até que todas as IC tivessem sido devidamente categorizadas. A próxima etapa foi a elaboração do DSC proveniente de cada categoria criada por meio da utilização do campo denominado Análise do Discurso 2 (IAD2). Para a construção do DSC de cada categoria, as ECH foram organizadas de modo sequencial, da mais geral para a mais particular, utilizando-se conectivos, quando estes eram necessários, para conferir maior coerência entre as partes do discurso e eliminando as ideias repetidas.

Vale ressaltar que com o DSC, não se busca uma simples soma aritmética, ou agregação dos discursos iguais apresentados por diferentes sujeitos, com intuito de se formar um “bolo discursivo”. Mais do que isso, ele visa construir a expressão simbólica do contexto ao qual pertencem os indivíduos (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2000).

Além disso, a ideia do DSC pretende superar a aparente dicotomização existente entre estudos quantitativos e estudos qualitativos, pois não busca tratar o discurso para facilmente quantificá-lo, como ocorre em estudos quantitativos, e nem busca considerar a fala do social como uma metalinguagem científico-acadêmica, que produz o discurso social pelo viés dos comentários descritivos, interpretativos e

generalizadores do pesquisador, como ocorre em pesquisas qualitativas (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Apresenta-se, na Figura 3, o fluxograma do processo metodológico, bem como as fases de elaboração do DSC por meio da utilização do *software QualiQuantSoft*[®] com intuito de facilitar a visualização e compreensão de todo o processo. Os relatórios finais gerados pelo programa apresentaram 23 DSC, sendo 14 de enfermeiras e nove de usuários participantes dos grupos de educação em saúde. A análise de tais discursos foi realizada com base nos modelos de educação em saúde abordados no referencial teórico.

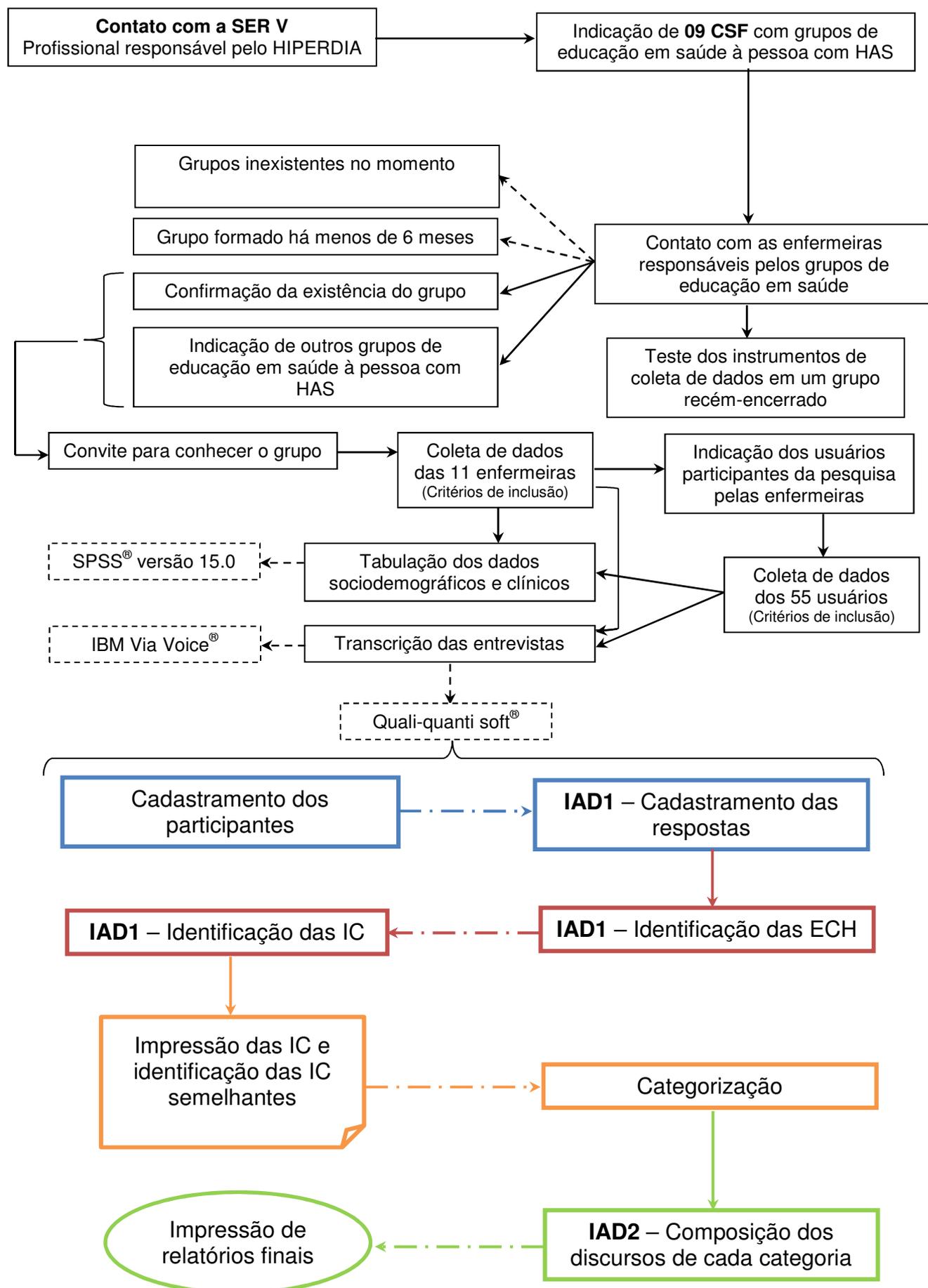


Figura 3. Esquema metodológico de coleta de dados e elaboração do DSC.

4.6 Aspectos éticos

Os princípios éticos foram seguidos em todas as fases do estudo, em consonância com o que preconiza a Resolução 196/1996 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996). O estudo foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE e recebeu parecer favorável à sua realização de acordo com o parecer nº10030439-7/2010 (Anexo A). Ao longo da pesquisa, foram considerados os pressupostos da bioética, configurados em sua resolução: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça.

Os participantes do estudo foram orientados acerca do anonimato, natureza, objetivos e possíveis benefícios da pesquisa. Além disso, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido para o estudo, em duas vias (Apêndice A), e foram esclarecidos que poderiam retirar sua anuência no momento em que o desejassem.

Com o intuito de garantir o anonimato e omitir os nomes dos sujeitos, optou-se por atribuir-lhes códigos ao invés de utilizar seus nomes nesta pesquisa. Dessa forma, as enfermeiras foram identificadas por meio da sigla “ENF” seguida de um número entre 01 e 11 e, por sua vez, os usuários foram identificados por meio da sigla “USU” seguida de um número entre 01 e 55.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS ACHADOS

Este capítulo apresenta os DSC de enfermeiras e usuários que participam dos grupos de educação em saúde pesquisados acerca das atividades desenvolvidas nesses grupos. Inicialmente, optou-se por realizar a caracterização sociodemográfica e clínica dos entrevistados com a finalidade de conhecer essas pessoas e apresentar possíveis relações entre essas características e o fato de participarem dos grupos de educação em saúde. Em seguida, os DSC foram dispostos a partir das temáticas elaboradas e de suas categorias constituintes.

Para efeito de análise, os sujeitos do estudo foram divididos em dois grupos: o grupo dos profissionais, composto pelas enfermeiras que participam e/ou coordenam as atividades realizadas nos grupos de educação em saúde; e o grupo dos usuários, composto por pessoas que apresentam diagnóstico médico de HAS e que participam dos grupos de educação em saúde. Vale ressaltar que ambos os grupos foram compostos exclusivamente por sujeitos que atendiam a todos os critérios de inclusão propostos neste estudo.

5.1 Caracterização das enfermeiras

As características sociodemográficas das enfermeiras participantes do estudo estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1. Características sociodemográficas das enfermeiras entrevistadas, SER V, Fortaleza – CE, 2010.

Código	Idade	Estado civil	Raça/Cor	Pós-graduação	Renda pessoal*	Renda familiar*	Religião	Trabalho adicional	Outros grupos
Enf01	39	UC	Parda	Especialização	9,8	14,7	Evangélica	PET-Saúde	Gestantes, adolescentes e puericultura
Enf02	38	UC	Parda	Especialização	9,8	15,7	Outra	Plantão em hospital	-
Enf03 [#]	29	Casada	Parda	Especialização	3,9	5,9	Outra	-	-
Enf04	28	Casada	Parda	Mestrado	8,2	17,6	Evangélica	-	Gestante, adolescentes e mulheres
Enf05	36	Casada	Parda	Especialização	7,8	16,7	Católica	PET-Saúde e plantão em hospital	-
Enf06	48	Casada	Branca	Especialização	9,4	15,3	Católica	-	Gestantes
Enf07	28	Solteira	Parda	Especialização	7,8	7,8	Católica	PET-Saúde	-
Enf08	32	Divorciada	Parda	Especialização	5,9	7,5	Outra	-	-
Enf09 [#]	30	Casada	Parda	Especialização	6,8	14,7	Católica	-	Gestantes, hanseníase e verminose
Enf10	28	Solteira	Parda	-	3,4	5,4	Outra	-	Gestantes
Enf11	32	Solteira	Parda	Especialização	8,4	15,7	Católica	-	Gestantes e idosos

F: Feminino; UC: União consensual

* Em salários mínimos

Profissional não concursada

Todas as enfermeiras participantes do estudo eram do sexo feminino e a média de idade foi de 33,45 anos (desvio padrão de $\pm 6,28$), sendo que a idade mínima foi de 28 anos e a máxima de 48 anos.

Percebe-se que a quase totalidade das enfermeiras era da raça/cor parda e que quase metade afirmava ser adepta da religião católica. No que tange à pós-graduação, a grande maioria apresentava uma ou mais especializações em áreas como: Saúde da Família, Saúde Pública, Educação em Saúde, Epidemiologia e obstetrícia. Apenas uma das enfermeiras havia, no momento da pesquisa, concluído o curso de mestrado, embora outra o estivesse cursando.

A presença significativa de enfermeiras com cursos de pós-graduação *lato sensu* e, inclusive, um crescente número com cursos de pós-graduação *stricto sensu*, revela a aparente busca constante pelo aperfeiçoamento da formação advinda de seus cursos de graduação.

Essa busca pela atualização do conhecimento se mostra relevante à medida que se percebe o rápido avanço no desenvolvimento da ciência, principalmente no que se refere às ciências da saúde. Dessa forma, pode-se vislumbrar a importância de iniciativas como a Política Nacional de Educação Permanente para os trabalhadores do SUS que apresenta a virtude de unir, em espaços comuns de atuação, atividades de formação, gestão, atenção à saúde e de participação popular no setor específico de conhecimentos e práticas da saúde (CECCIM, 2005).

Ao se observar os tipos de cursos *latu sensu* citados anteriormente, verifica-se que, em geral, apresentam-se bastante voltados para a área da saúde coletiva. O fato de terem participado destes cursos pode ter influenciado na decisão de atuarem por meio da estratégia de grupos de educação em saúde.

Aproximadamente um terço das enfermeiras apresentava outra atividade, além da assistência desenvolvida na ESF e, dessas, a maioria tinha como trabalho adicional a função de preceptoria no Programa Educacional para o Trabalho pela Saúde (PET-Saúde) que visa atuar por meio da interdisciplinaridade e da integração entre a universidade, o serviço de saúde e a comunidade. A busca, por parte dessas profissionais, pela atuação no referido programa pode estar relacionada ao seu reconhecimento da possibilidade de execução da ação educativa no cotidiano da saúde.

Criado por meio da portaria interministerial nº 421 de 23 de março de 2010, o PET-Saúde foi criado a partir de um esforço conjunto entre os ministérios da Saúde e da Educação com intuito de fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas consideradas estratégicas para o SUS. Esse programa, pautado na educação pelo trabalho, apresenta-se como instrumento de qualificação em serviço voltado, principalmente, para a relação ensino-serviço e, dessa forma, para a maior integração entre profissionais e estudantes de cursos de graduação e pós-graduação da área da saúde. É importante ressaltar que tais relações devem se estabelecer sempre de acordo com as necessidades do SUS e, portanto, devem ter as necessidades apresentadas pelo serviço como fonte de conhecimento e de produção de pesquisa nas instituições de ensino participantes (BRASIL, 2010).

As características clínicas das enfermeiras participantes do estudo (IMC, CA, pressão arterial e fatores de risco cardiovascular) estão descritas no Quadro 2.

Quadro 2. Características clínicas das enfermeiras entrevistadas, SER V, Fortaleza – CE, 2010.

Código	IMC (kg/m ²)	CA (cm)	Pressão arterial (mmHg)	Fatores de risco cardiovascular
Enf01	38,4	109,0	130 / 90	Ant. fam.(HAS, DM, IAM) Sedentarismo
Enf02	26,4	72,0	100 / 60	Ant. fam.(HAS, DM)
Enf03	26,1	80,0	110 / 60	Ant. fam.(HAS, DM) Sedentarismo
Enf04	23,1	79,5	102 / 70	Ant. fam.(HAS, IAM) Sedentarismo
Enf05	21,9	74,0	114 / 78	Ant. fam.(HAS, DM) Sedentarismo
Enf06	23,2	91,0	130 / 74	Ant. fam.(HAS, DM, Outros) Etilismo Sedentarismo
Enf07	21,8	73,0	110 / 70	Ant. fam.(HAS, IAM, AVE) Etilismo Sedentarismo
Enf08	21,0	80,0	110 / 70	Ant. fam.(HAS, IAM, AVE) Sedentarismo
Enf09	19,7	89,0	106 / 70	Ant. fam.(HAS, DM, IAM) Sedentarismo
Enf10	21,8	69,0	120 / 80	Ant. fam.(IAM) Sedentarismo
Enf11	19,2	75,0	90 / 60	Ant. fam.(HAS, AVE) Sedentarismo

IMC: Índice de massa corporal; CA: Circunferência abdominal

É possível perceber que quase um terço das enfermeiras que participaram do estudo apresentou IMC ou CA elevada. No entanto, ao se averiguar seus níveis pressóricos, registrados logo após a realização das entrevistas, observa-se que a quase totalidade das enfermeiras se encontra dentro dos parâmetros considerados normais.

Constatou-se que todas as entrevistadas apresentavam algum fator de risco cardiovascular, como etilismo e histórico familiar de HAS, DM e IAM. Apesar da média de idade dessas profissionais revelar que se tratam, em sua maioria, de pessoas jovens, pôde-se averiguar um índice bastante elevado de sedentarismo, haja vista que apenas uma enfermeira era praticante de exercício físico. Este achado pode estar relacionado à carga horária e ao volume de trabalho aos quais são submetidas no cotidiano, pois muitas delas relataram que, ao fim de um dia de trabalho na ESF, apresentam-se pouco dispostas a praticarem atividades físicas.

A tentativa de conciliação da(s) jornada(s) de trabalho remunerado com a vida doméstica, o acúmulo de responsabilidades no emprego e a jornada de trabalho desgastante resultam, muitas vezes, em sofrimento para essas trabalhadoras, que,

muitas vezes é encarado como doença, com a finalidade de avaliação quanto à permanência ou afastamento do trabalhador (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2004).

A prática de exercício físico é orientação bastante presente em consultas individuais e, também, nos grupos de educação em saúde, haja vista seu caráter fortemente voltado tanto para a prevenção de agravos à saúde, quanto para o auxílio à terapia medicamentosa. Isso é facilmente observado, principalmente, quando se trata de problemas cardiovasculares como a HAS.

Apesar de essas enfermeiras conhecerem o valor terapêutico e, sobretudo, preventivo da prática de atividade física e de recomendarem tal prática nos grupos de educação em saúde, a quase totalidade delas não a adota. Dessa forma, apreende-se que o acesso à informação pode não ter sido suficiente para que elas passassem a adotar este hábito considerado saudável. Destarte, mais do que permitir a transferência de informações, a prática educativa deve levar o educando à tomada de consciência para que possa, por meio de uma atitude crítica, realizar mudanças concretas em sua realidade (FREIRE, 1996; FREIRE, 1986; VILA; VILA, 2007).

5.2 Caracterização dos usuários

Pelo quantitativo de usuários que participaram do estudo e a forma como se deu a distribuição de sua seleção (cinco de cada grupo), pode-se, a partir da análise dos dados sociodemográficos e clínicos aqui apresentados, ter uma ideia muito próxima da realidade da constituição desses grupos.

As características sociodemográficas dos usuários que participaram do estudo estão descritas no Quadro 3.

Quadro 3. Características sociodemográficas dos usuários. Fortaleza - CE, 2010 (n=55)

Variáveis	Sexo feminino		Sexo masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Faixa etária						
< 60 anos	16	29,1	2	3,6	18	32,7
≥ 60 anos	31	56,4	6	10,9	37	67,3
<i>Média ±DP</i>	<i>61,7 ± 10,6</i>		<i>66,38 ± 7,3</i>			
Estado civil						
Solteiro/divorciado/viúvo	24	43,6	1	1,8	25	45,5
Casado/união consensual	23	41,8	7	12,7	30	54,5
nº de filhos						
Até 4 filhos	26	47,3	4	7,3	30	54,5
5 - 9 filhos	15	27,3	4	7,3	19	34,5
10 - 14 filhos	6	10,9	-	-	6	10,9
nº de pessoas no domicílio						
Vive sozinho(a)	3	5,5	1	1,8	4	7,3
2 - 5 pessoas	35	63,6	5	9,1	40	72,7
6 - 9 pessoas	9	16,4	2	3,6	11	20,0
Raça/cor						
Branca	9	16,4	1	1,8	10	18,2
Parda	29	52,7	7	12,7	36	65,5
Negra	9	16,4	-	-	9	16,4
Escolaridade						
Não sabe ler/ escrever	10	18,2	3	5,5	13	23,6
1 -8 anos	33	60,0	5	9,1	38	69,1
> 8 anos	4	7,3	-	-	4	7,3
Renda pessoal						
< 1,5 salário	42	76,4	5	9,1	47	85,5
1,5 - 3 salários	5	9,1	2	3,6	7	12,7
≥ 3 salários	-	-	1	1,8	1	1,8
Renda familiar						
< 1 salário	7	12,7	-	-	7	12,7
1 - 3 salários	33	60,0	6	10,9	39	70,9
3 - 5 salários	7	12,7	2	3,6	9	16,4
Religião						
Nenhuma	1	1,8	2	3,6	3	5,5
Católica	35	63,6	5	9,1	40	72,7
Evangélica	11	20,0	-	-	11	20,0
Outra	-	-	1	1,8	1	1,8
Ocupação						
Trabalha	9	16,4	2	3,6	11	20,0
Não trabalha	38	69,1	6	10,9	44	80,0
Tempo de participação no grupo						
≤12 meses	28	50,9	2	3,6	30	54,5
>12 meses	19	34,5	6	10,9	25	45,5
<i>Média ±DP</i>	<i>15,1 ± 8,1</i>		<i>24,1 ± 12,2</i>			

DP: Desvio padrão

* Em salários mínimos

Pode-se verificar que grande parte dos usuários participantes deste estudo apresenta 60 anos, ou mais, de idade e que a grande maioria pertence ao sexo feminino. Além disso, mais da metade vive com companheiro(a), sendo casados ou apresentando união consensual e com até quatro filhos.

A presença significativa de idosos nos grupos de educação em saúde que abordam a HAS, dentre seus temas principais, está em consonância com a literatura que afirma que a pressão arterial tende a aumentar com a idade (VI DBH, 2010).

A maior procura do público feminino pelos serviços de atenção primária à saúde é relatada na literatura, que discute, ainda, o fato de que os homens se apresentam mais vulneráveis às doenças, principalmente às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. Sabe-se, ainda, que o público masculino não busca os serviços de atenção primária com a mesma frequência que as mulheres, acessando o sistema de saúde, em grande parte das vezes, por meio do serviço ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que tem como consequência agravo da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde (BRASIL, 2008).

A grande maioria dos usuários participantes do estudo foi composta por pessoas que se referiram como de cor não branca e a quase totalidade apresenta até oito anos de estudo ou não é alfabetizada.

Em relação a cor, sabe-se que a HAS é duas vezes mais prevalente em pessoas da cor não branca (VI DBH, 2010). Além disso, o menor nível de escolaridade associado a um aumento concomitante de casos de HAS encontra respaldo na literatura (SANTOS; LIMA, 2008; ROSÁRIO et.al., 2009; ROLIM; CASTRO, 2007).

Sabe-se que, em geral, pessoas com melhor nível socioeconômico apresentam mais anos de estudo quando comparadas a pessoas com menor poder aquisitivo. De acordo com estudo sobre adesão do usuário hipertenso ao tratamento (SANTOS et.al., 2005), a prevalência de HAS é inversamente proporcional à escolaridade e à renda da pessoa acometida, pois, com o aumento do grau de instrução e da capacidade econômica há redução do número de casos devido ao maior nível de cuidados com a saúde.

Quanto ao tempo de participação dos usuários nos grupos de educação em saúde estudados, verificou-se que, considerando o total, não houve diferença significativa entre os que participavam em período menor ou igual a 12 meses e os que participavam há mais de 12 meses, sendo a média de tempo de participação nos grupos de 16 meses. Considerando o sexo, entre as mulheres, houve predominância das que participavam há menos de um ano, com média de $15,1 \pm 8,1$ meses. No que concerne aos homens, a média de participação foi superior, com $24,1 \pm 12,2$ meses, correspondendo a predominância da participação em tempo superior a um ano.

Quanto às características clínicas, pode-se verificar que a maioria dos usuários se encontra com sobrepeso ou obesidade e com circunferência abdominal acima dos níveis preconizados como adequados. Além disso, mais da metade deles apresentou PA elevada.

Em pesquisa realizada com intuito de avaliar a eficácia da atividade educativa realizada em grupo no controle de HAS e DM, verificou-se, após 30 meses de seguimento, que os níveis pressóricos dos participantes com HAS melhoraram significativamente, embora algumas dessas pessoas ainda apresentassem PA elevada. Além disso, apenas 4% das pessoas acompanhadas apresentaram complicações associadas e mesmo essas pessoas continuaram motivadas a permanecerem participando das atividades em grupo (SILVA *et al.*, 2006).

Apesar dos resultados pouco favoráveis aqui encontrados quanto aos aspectos clínicos como IMC, CA e PA, não há como verificar neste estudo como se apresentavam essas características antes desses usuários ingressarem nos grupos. Torres *et al.* (2009) comprovam em seu estudo que a atividade educativa, voltada para o tratamento de pessoas com doenças crônicas, realizada individualmente se mostrou menos eficaz do que aquela realizada em grupo. Segundo os autores, os exames laboratoriais, notadamente a hemoglobina glicada, apresentaram melhores resultados nos usuários com DM que participavam de grupos de educação em saúde do que aqueles que eram acompanhados individualmente.

As características clínicas dos usuários participantes do estudo estão descritas no Quadro 4.

Quadro 4. Características sociodemográficas dos usuários. Fortaleza - CE, 2010 (n=55)

Variáveis	Sexo feminino		Sexo masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Índice de massa corpórea*						
Baixo peso/normal	12	21,8	2	3,6	14	25,5
Sobrepeso	21	38,2	1	1,8	22	40,0
Obesidade	14	25,5	5	9,1	19	34,5
<i>Média ± DP</i>	<i>28,2 ± 6,0</i>		<i>29,0 ± 5,1</i>			
Circunferência abdominal**						
Normal	11	20,0	2	3,6	13	23,6
Alterado	36	65,5	6	10,9	42	76,4
<i>Média ± DP</i>	<i>96 ± 11,9</i>		<i>101,0 ± 12,4</i>			
Pressão arterial						
Normal	21	38,2	2	3,6	23	41,8
Elevada	26	47,3	6	10,9	32	58,2
<i>Média ± DP</i>	<i>PAS= 138,5 ± 17,7</i> <i>PAD= 80,3 ± 6,5</i>		<i>PAS= 142,0 ± 14,5</i> <i>PAD= 85,0 ± 7,6</i>			
Fatores de risco						
Sedentarismo	26	47,3	7	12,7	33	60,0
Etilismo	2	3,6	3	5,5	5	9,1
Tabagismo	2	3,6	-	-	2	3,6
Antecedentes familiares						
HAS	21	38,2	2	3,6	23	41,8
DM	15	27,3	2	3,6	17	30,9
AVE	19	34,5	1	1,8	20	36,4
IAM	13	23,6	2	3,6	15	27,3
Outros	2	3,6	-	-	2	3,6
Diabetes mellitus						
DM1	1	1,8	-	-	1	1,8
DM2	11	20,0	2	3,6	13	23,6
Complicações associadas						
IAM	5	9,1	1	1,8	6	10,9
AVE	4	7,3	3	5,5	7	12,7
Outras	4	7,3	-	-	4	7,3

* Baixo peso/normal (IMC ≤ 24,9); Sobrepeso (IMC 25,0 |-| 29,9); Obesidade (IMC ≥ 30,0)

** Considerada alterada (sexo feminino ≥88 cm / sexo masculino ≥ 102cm) (VI DBH, 2010)

Quase a metade dos entrevistados pratica algum tipo de exercício físico com regularidade e apenas uma pequena parcela afirmou ser etilista (9,1%) e tabagista (3,6%). Estes achados podem estar relacionados ao constante incentivo à adoção de hábitos saudáveis que acontece nesses grupos de educação em saúde.

Por vezes foi possível identificar nos discursos de enfermeiras e usuários que fatores como a falta de condição financeira por parte dos usuários, para a

compra de alimentos básicos, e de segurança próximo às suas residências, que tornava arriscada a prática de atividade física ao ar livre, dificultava a adoção de hábitos considerados saudáveis. A seguir, apresenta-se duas dessas falas:

ENF08 - *“A gente focaliza muito que tem que ter uma dieta saudável, mas nem todo mundo tem condições, come o que tem em casa, aí fica difícil. Pessoal muito carente.”*

USU34 - *“Eu vivia nervosa dentro de casa, logo teve essa onda de assalto de roubar celular na porta da gente.”*

Este achado corrobora estudo anterior que aponta que a condição socioeconômica pode influenciar na adesão ao tratamento da HAS, apesar de não ser a única responsável pela baixa adesão e, conseqüentemente, pelo seu controle inadequado (TAVEIRA; PIERIN, 2007).

5.3 Caracterização dos grupos de educação em saúde

Mais da metade dos grupos selecionados realizam suas reuniões a cada dois meses, seguindo o fluxo cotidiano de atendimento para pessoas com HAS do CSF dos quais fazem parte. No entanto, mais de um terço dos grupos do estudo se reúne mensalmente, apresentando, portanto, maior frequência de interação entre seus membros.

O número médio de participantes desses grupos é $28 \pm 8,3$, sendo que o menor grupo apresenta aproximadamente 20 participantes e o maior apresenta cerca de 45 membros.

A maior parte dos frequentadores dos grupos é composta por mulheres. Uma possível explicação para esse fenômeno é a maior procura do público feminino pelos serviços de atenção primária à saúde. Estudos comparativos de gênero têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. É sabido, também, que os homens não costumam procurar, tanto quanto

as mulheres, os serviços de atenção primária, adentrando, com frequência, o sistema de saúde por meio da atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que tem como consequência agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde (BRASIL, 2008). Esse grupo populacional apresenta maior coeficiente de mortalidade por doenças cardiovasculares, cerca de 50% maior do que na população feminina em adultos jovens (VAN EYKEN; MORAES, 2009).

A forma como acontecem as atividades educativas nos grupos selecionados ainda se mostra predominantemente ligada ao modelo tradicional de educação em saúde. Ao se observar o andamento das atividades nos encontros, percebe-se que o processo educativo ainda é bastante centrado na transferência e acúmulo de informações.

Esta forma de operar a produção de saúde se mostra ligada ao processo de formação das profissionais que, aparentemente, sofreu forte influência do modelo médico-hegemônico que leva a clínica a apresentar menor interação com os usuários, bem como menor produção de autonomia dos mesmos. Esse processo de formação, ligado ao modelo tradicional de ensino de enfermagem ainda vigente em instituições, origina um perfil profissional que enfatiza o desenvolvimento de habilidades técnicas (BACKES *et al.*, 2008; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

O ato educativo baseado na transmissão de conhecimentos, na simples transferência de informações, reproduz a ideia da “concepção bancária” de educação que em nada contribui para a formação de um ser crítico e reflexivo, característico de um processo transformador (FREIRE, 1987).

Algumas tentativas de evolução da prática educativa, tendo em vista que a teoria se encontra em nível mais avançado de discussão, foram encontradas nos grupos participantes desta pesquisa, como é o caso do crescente estímulo à participação do usuário no processo educativo por meio da valorização e reconhecimento da relevância de seu conhecimento.

Essa valorização se dá de tal forma que, em alguns casos, os usuários chegam a participar do planejamento das atividades desenvolvidas nos grupos juntamente com a equipe de saúde. Dessa forma, não se enxerga o usuário apenas

como um mero “recipiente” de informações, mas como uma peça importante na composição do grupo.

Evento interessante foi constatado quando da ida a campo para a realização da coleta dos dados do estudo, haja vista que apenas um dos grupos de educação em saúde selecionados para a realização desta pesquisa era desenvolvido no próprio centro de saúde do qual a enfermeira pesquisada fazia parte. Todos os outros eram realizados em espaços sociais presentes na própria comunidade como: centros religiosos, centros comunitários e, inclusive, residências de alguns dos próprios usuários componentes do grupo.

A busca por espaços existentes na própria comunidade para realização das atividades grupais remete tanto à falta de estrutura física adequada dos CSF, necessária à realização de atividades com grande número de pessoas, quanto à busca por locais mais próximos dos locais de residência dos usuários que participam dos grupos. Achado semelhante foi apresentado em outro estudo que aponta a importância da valorização, por parte da equipe de saúde, dos recursos existentes na comunidade para a realização de atividades educativas (MACHADO; VIEIRA, 2009). De acordo com as autoras, a atitude de buscar parcerias com outros segmentos da sociedade ajuda a fortalecer o SUS, pois integra os princípios da intersetorialidade e da integralidade.

A busca pela formação de alianças intersetoriais envolve uma atitude coletiva e organizada com intuito de atender às necessidades apresentadas pelo usuário, a partir do reconhecimento das singularidades dos sujeitos presentes nos mais diferentes setores. Esta forma de atuar se aproxima do entendimento de educação dialógica proposta por Freire (1996), na qual estão presentes o diálogo e a participação de todos os sujeitos (LEONELLO; OLIVEIRA, 2008).

Observou-se que quase todos os grupos são coordenados pela enfermeira e que em alguns casos ela é a única responsável por implementá-los, o que mostra o caráter fortemente educativo da atividade desenvolvida pela enfermeira na atenção primária.

A educação em saúde é reconhecida por diversos autores como um dos pontos fortes do processo de trabalho da enfermagem, principalmente no campo da

saúde coletiva, podendo, inclusive, ser desenvolvida em vários cenários como escolas e centros comunitários, além da própria unidade de saúde (ABRAHÃO; GARCIA, 2009; CARVALHO; CLEMENTINO; PINHO, 2008; ACIOLI, 2008; LEONELLO; OLIVEIRA, 2008; VILA; VILA, 2007; CHAVES *et al.*, 2006).

Nos grupos nos quais há a participação de outros profissionais, como educador físico, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, assistente social, além da enfermeira, percebeu-se grande atuação das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC).

A maioria dos grupos do estudo ocorrem de forma associada com os atendimentos individuais de DM e HAS realizados pela equipe da ESF, sendo estes atendimentos realizados após o encontro grupal. Os outros são realizados em momentos destinados exclusivamente à atividade educativa.

Um conjunto de aspectos se mostra essencial à organização e desenvolvimento do processo grupal. Primeiramente, o coordenador da atividade a ser desenvolvida no grupo deve ter em mente que tipo de trabalho será desenvolvido no grupo, o que pode ser definido pelo tipo de grupo que se deseja operacionalizar. Em relação ao grupo de educação em saúde, o trabalho desenvolvido apresenta caráter didático e está voltado basicamente à transmissão de informações e troca de experiências. No entanto, é importante destacar que um grupo pode alcançar objetivos que remetam a outros tipos de grupos e, portanto, diferentes daqueles aos quais se propunha inicialmente (MUNARI; FUREGATO, 2003).

Uma vez estabelecido o tipo de grupo com o qual se pretende trabalhar, parte-se, então, para a organização da estrutura grupal. Nesse momento o organizador do grupo, ou seu coordenador, estipulará: o tipo de participante, que definirá se o grupo será homogêneo ou heterogêneo quanto à idade, sexo, tipo de problema apresentado pelos participantes, dentre outras características; o nível de prevenção, no qual são traçadas metas a serem atingidas a partir das necessidades dos participantes; o grau de estrutura, onde se define se o grupo será muito ou pouco estruturado, com agenda aberta ou fechada; a orientação teórica, geralmente

ligada à orientação que o coordenador do grupo utiliza; e as variáveis físicas, como o tempo de duração dos encontros, sua frequência e o local onde ocorrerão as reuniões (MUNARI; FUREGATO, 2003).

O planejamento do grupo também é considerado essencial para sua constituição. Ele deve ser detalhado, meticuloso e englobar o respeito ao outro. É aqui que o coordenador identificará os recursos e tecnologias mais adequados para a utilização dos instrumentos pretendidos. Vale ressaltar que o planejamento apontado aqui não é estático, pois ele pode sofrer alterações em virtude das necessidades de seus componentes. Além disso, há dois outros pontos a serem levados em consideração, o aquecimento do grupo e o trabalho teórico. O primeiro está relacionado ao preparo do grupo para o início das atividades ou, em caso de término de uma atividade, para o início da atividade seguinte, enquanto que o último pode contribuir para que o grupo seja estimulado e elabore questionamentos por meio de perguntas (MOTTA; MUNARI, 2006).

Dessa forma, percebe-se que diversos aspectos estão relacionados à composição dos grupos como, por exemplo, o de educação em saúde, o que denota a complexidade tanto estrutural, quanto operacional desse tipo de atividade.

Apresenta-se a seguir (Figura 4) diagrama contendo as características gerais dos grupos de educação em saúde componentes do estudo.



Figura 4. Características gerais dos grupos de educação em saúde. Fortaleza, 2010.

5.4 O discurso do sujeito coletivo da enfermeira e do usuário hipertenso que participam dos grupos de educação em saúde

Os discursos das enfermeiras e dos usuários com HAS que se utilizam dos grupos de educação em saúde como instrumento de cuidado e promoção da saúde mostram as diversas facetas presentes no imaginário dos atores que vivenciam essa experiência.

O DSC, elaborado em forma de narrativa, se preocupa, mais do que simplesmente organizar falas, em permitir o acesso ao conjunto de representações sociais sobre temas presentes no imaginário coletivo e, assim, representa uma aproximação do real e do simbólico presentes no contexto social de determinado grupo. As narrativas que dão origem o DSC são construções linguísticas da realidade socialmente criada pelos membros que convivem no grupo em questão (MOURA; LEFÈVRE; MOURA, 2010).

Após a organização e adequado tratamento metodológico do material coletado, estabeleceu-se cinco temáticas para os DSC das enfermeiras e quatro temáticas para os DSC dos usuários. Vale ressaltar que cada temática surgiu como resultado dos questionamentos realizados pelo pesquisador por ocasião das entrevistas.

5.4.1 A educação em saúde sob o olhar das enfermeiras

Com intuito de facilitar a visualização das temáticas oriundas dos DSC das enfermeiras, apresenta-se sua distribuição, bem como de suas respectivas categorias constituintes (Figura 5).

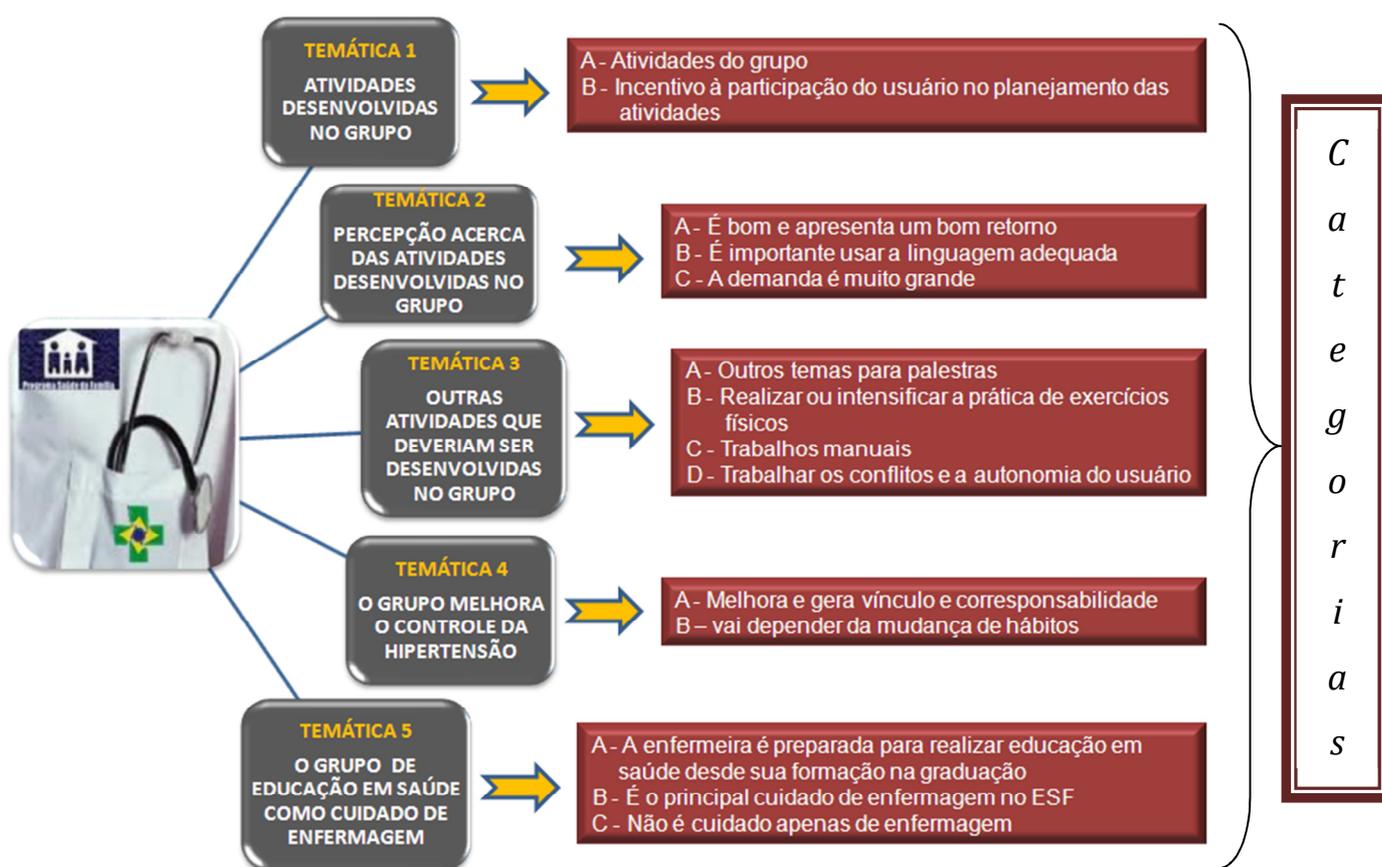


Figura 5 – Temáticas e categorias presentes nos DSC das enfermeiras

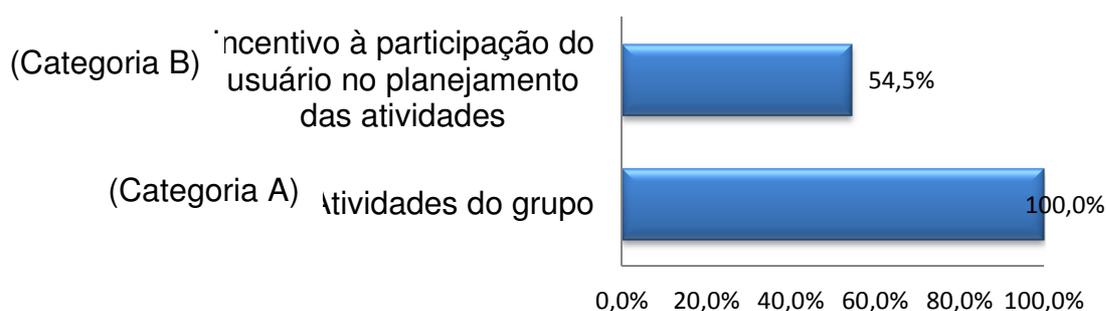
Apresenta-se a seguir a relação das temáticas provenientes das categorias que, por sua vez, advieram da organização das IC identificadas nos discursos de cada enfermeira participante do estudo, bem como os DSC construídos a partir da organização das ECH presentes nas falas coletadas por meio das entrevistas.

Temática 1: Atividades desenvolvidas no grupo

A primeira temática a ser analisada sob o enfoque das enfermeiras surgiu como resultado da análise das respostas à seguinte pergunta: “Que atividades são desenvolvidas no grupo de educação em saúde que você participa?” que teve como objetivo identificar as atividades realizadas nos grupos de educação em saúde participantes da pesquisa.

Nesta temática, todas as respostas das enfermeiras entrevistadas apresentaram IC referente à categoria das atividades desenvolvidas nos grupos, o que remete à grande representatividade desse discurso. No entanto, mais da metade das respostas, também, apresentou IC que remete à categoria sobre o incentivo à participação do usuário no planejamento das atividades desenvolvidas nos grupos, o que denota a importância dada por estas profissionais a essa participação (Gráfico 1).

Gráfico 1. Frequência de IC nas categorias da Temática 1 - ENF (n=11)



No primeiro momento, para a composição do DSC da Categoria A, participaram todas as 11 enfermeiras entrevistadas (ENF01; ENF02; ENF03; ENF04; ENF05; ENF06; ENF07; ENF08; ENF09; ENF10; ENF11). Neste discurso está presente o conjunto de atividades desenvolvidas nos grupos de educação em saúde, na visão das enfermeiras que participam desses grupos. Dentre as atividades relatadas, verificam-se claramente dois grandes grupos distintos de atividades, mas que, no entanto, coexistem em harmonia no cotidiano desses coletivos. São elas: as atividades voltadas à convivência dos membros; e as atividades ditas assistenciais.

CATEGORIA A – Atividades do grupo

Tem atividades de educação em saúde mesmo, que é o que mais interessa, palestras, às vezes o NASF participa. A gente sempre vai abordar um tema. A gente já falou sobre as doenças mais comuns entre os idosos, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, tuberculose, hanseníase, como evitar e como tratar, uso adequado da medicação, autocuidado, a gente troca histórias (experiências) em relação ao autocuidado, em relação às complicações as pessoas que já tiveram complicações, prevenção de quedas, o amor ao próximo, religiosidade no sentido amplo de fé e não de religião, sobre a autoestima. A gente sempre tá trabalhando autoestima em outros momentos, mas teve um dia que foi só sobre isso. Teve a parte que eu mesma fiz, mas também teve a nutricionista que falou só sobre a alimentação. A gente trabalhou saúde reprodutiva, a questão da voz, que foram as meninas da “fono”, higiene bucal, a questão do refluxo, a mastigação, aí por último agora a gente tava trabalhando o aparelho digestório por parte. Já falamos sobre violência contra o idoso, sobre o estatuto do idoso tentando focar os principais direitos que eles tinham com relação à fila, ao passe livre, sobre o funcionamento da unidade porque causa muita dúvida neles. A gente sempre procura trazer atualidades dentro do que a gente está passando na unidade, de acordo com o tema: o dia do idoso a gente aborda mais a questão relacionada à eles (idosos), no período do dia do hipertenso a gente aborda os hipertensos e por aí vai. As atividades são feitas como uma conversa mesmo, uma palestra, como também já foram feitas através de teatro de fantoches. A gente já fez teatro sobre alimentação saudável, já teve sobre a dengue no começo do ano na época das chuvas. A gente faz como roda, faz muito grupo focal: coloca aqueles que já sabem alguma coisa deles mesmos dentro da roda, os que não sabem fora, e os que não sabem vão perguntando aos que estão dentro e a gente vai intermediando essas respostas. No carnaval a gente fez uma apresentação de circo. Tem um circo escola que é só com crianças, aí eu levei o pessoal, depois a gente fez uma lanche e pronto. Tem muita gente evangélica e esse negócio de festa e de música eles já não participam tanto. A gente já fez terapia comunitária com eles, atividades de recreação, de lazer, passeio também para a praia, teatro, fez festa, confraternização tipo: Natal, dia das mães, dia dos pais, São João... Essa parte que é a festa, a orientação, é a parte mais de convivência mesmo que a gente vai falar essas coisas para eles se sentirem importantes, se sentirem um grupo, terem um apoio nos outros porque eles são uma comunidade e moram muito próximos, no sentido até de melhorar a convivência mesmo. A gente deu essa paradinha pra ensaiar a quadrilha pra depois a gente

entrar com outro tema. Aferição de PA, prescrição, a consulta médica e de enfermagem, essa parte assistencial. Glicemia sempre que ele (usuário) tá entrando no grupo a gente faz porque tem pacientes que são diabéticos e a gente quer fazer o monitoramento e pode servir, também, de rastreamento de diabetes, uma busca ativa. A verificação da circunferência abdominal, do peso, da altura, aí a gente calcula o IMC pra acompanhar. Atividade laboral com o educador físico, atividade física, alongamento, caminhada, dança, a agente de saúde da nossa área já orientou massagem... É você falar e fazer também junto com eles. As meninas (agentes comunitárias de saúde) sempre orientam, sempre vêem se eles estão tomando o medicamento correto. A fisioterapia entrou muito na parte de alguns exercícios diários que eles podem fazer em casa, ensinou o que eles podem fazer de alongamento quando acordam de manhã. Nunca é igual ao encontro anterior, sempre a gente tenta levar uma novidade, por exemplo, as meninas (psicóloga e terapeuta ocupacional) fizeram avaliação da memória. Também tem a atividade da hidroterapia. O objetivo principal do grupo não é tratar a doença, isso aí é uma das coisas, é um objetivo específico, não é o geral, o geral é promover melhor qualidade de vida, por isso que a gente não abre mão da parte educativa, do lazer.

Este DSC retrata, de acordo com as enfermeiras, as atividades que costumam ser desenvolvidas nos grupos, seja de forma constante, ou apenas esporadicamente. É possível averiguar que as atividades de educação em saúde são enfatizadas e, ainda, que há uma coexistência de atividades informativas, ligadas ao modelo tradicional de educação em saúde no qual predomina a comunicação em massa realizada geralmente por meio de palestras (GAZZINELLI *et al.*, 2005), com atividades mais voltadas a diálogo entre os participantes, característica do modelo dialógico defendido por Freire (1987) que visa a participação dos usuários por meio da valorização do conhecimento popular e da troca de experiências.

Além da abordagem de temas relacionados a doenças, tratamentos e autocuidado, o relato da abordagem de aspectos como fé, religiosidade e autoestima revela uma visão ampliada acerca da ideia de saúde presente nos encontros dos grupos. Com isso, percebe-se a valorização que é dada não somente ao tratamento de doenças e prevenção de agravos, mas, também, à promoção da saúde e à busca pela qualidade de vida.

A educação em saúde orientada para o trabalho de questões que vão além do biológico visa proporcionar o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde. Isso é possível graças ao processo de empoderamento do usuário atrelado a um maior controle de suas condições de vida em nível tanto individual, quanto coletivo (BESEN *et al.*, 2007).

O campo da educação em saúde vem apresentando uma evolução constante, a exemplo do próprio conceito de saúde, ampliando a visão dos fatores intervenientes sobre o processo saúde-doença, antes focados exclusivamente aos fatores biológicos, abrangendo atualmente fatores como os sociais, econômicos e culturais (ALVES, 2005).

Temas como a violência e os direitos do idoso enfatizam o caráter político-pedagógico da educação em saúde. Neste caso, a proximidade entre a educação em saúde, a conscientização e, inclusive, a politização do homem (FREIRE, 1979) está presente na ideia de que sua jornada em prol da sua saúde vai além da busca pelo estado de ausência de sintomas e se encontra em um estágio mais amplo, que remete à consciência de sua situação histórico-social.

Nas atividades assistenciais, o DSC elaborado é bem claro quanto à priorização da busca pela qualidade de vida. Prova disso é a execução de atividades que não se ligam exclusivamente à terapia farmacológica como a orientação nutricional, a massoterapia, a hidroterapia e a atividade física que são tidas como atividades que ajudam a manter o corpo ativo e, dessa forma, auxiliam no processo de envelhecimento com saúde.

A prática de exercício físico é, cada vez mais, reconhecida por profissionais de saúde, usuários e inclusive por gestores da saúde como uma atividade importante na busca do envelhecimento saudável. Assim, a atividade física atua como uma forte aliada da promoção da saúde e da prevenção de doenças, o que tem levado à diminuição da figura do idoso dependente (FERNANDES; SIQUEIRA, 2010).

Para a composição do DSC da Categoria B, participaram seis enfermeiras (ENF02; ENF03; ENF06; ENF07; ENF09; ENF11). Percebe-se, por meio deste discurso, o forte incentivo que é dado à participação do usuário no planejamento das atividades do grupo.

CATEGORIA B – Incentivo à participação do usuário no planejamento das atividades

As palestras, a gente sempre vê o que é que eles tão pedindo, necessitando, qual é a demanda. A gente já sugeriu para eles escolherem temas, aí eles dizem e a gente elabora a palestra em cima daquilo, ou seja, é o próprio grupo que escolhe a temática que eles querem trabalhar. Inicialmente, trabalharam mais com a questão de o que era diabetes e o que era hipertensão. Com o tempo, o grupo foi criando sua própria autonomia e eles já foram se soltando mais e falando. A agente de saúde do conselho local de saúde também veio dar palestra e (os usuários) foram convidados para participar da eleição do conselho. Como alguns são bem idosos, alguns deles tiveram perdas, o marido de uma faleceu, o irmão de outro, um idoso mesmo do grupo faleceu, aí eles estavam muito tristes. Então, teve uma reunião que a gente tratou só essa questão do luto, que é uma coisa que eles têm muito medo porque é uma coisa que sabem que a qualquer hora, né... o tempo tá passando! Tem, também, outra atividade que a gente faz mensal, é o planejamento das atividades do mês seguinte, que eles participam, tem quatro representantes deles.

O incentivo que é dado à participação do usuário, juntamente com a equipe de saúde, no planejamento das atividades é o tema central do DSC elaborado nessa categoria. Além disso, é possível verificar, também, a presença de incentivo ao protagonismo dos usuários no controle social por meio de sua atuação em espaços como o conselho local de saúde.

Para que a educação em saúde, como processo político, não seja desenvolvida de forma dominadora, é fundamental que se busque a participação dos diferentes sujeitos envolvidos. Nesse caso, deve-se optar pelo planejamento de objetivos e técnicas que visem à participação do usuário nos diferentes momentos de formação do grupo, inclusive de seu planejamento (MEDEIROS; SILVEIRA, 2007).

A busca pela participação do usuário de forma mais ativa no processo de educação em saúde traz uma concepção ampliada da ideia de cuidado em saúde. A participação pode acontecer tanto na mobilização, quanto na capacitação e no desenvolvimento de aprendizagem de habilidades individuais e sociais que o auxiliem a lidar com o processo saúde-doença (MACHADO; VIEIRA, 2009).

Nesse DSC, a busca pela realização de atividades ligadas às necessidades apresentadas pelos usuários está representada, além da busca pela sua participação no planejamento, pelo trabalho desenvolvido em relação à perda e o luto vivido por eles.

O interesse pela realização de atividades diretamente ligadas às necessidades apresentadas pelos usuários demonstra uma tentativa de valorização da figura desse ator no contexto apresentado por meio de um processo democrático. Dessa forma, tenta-se promover a transformação do usuário em sujeito do processo educativo (FREIRE, 1996).

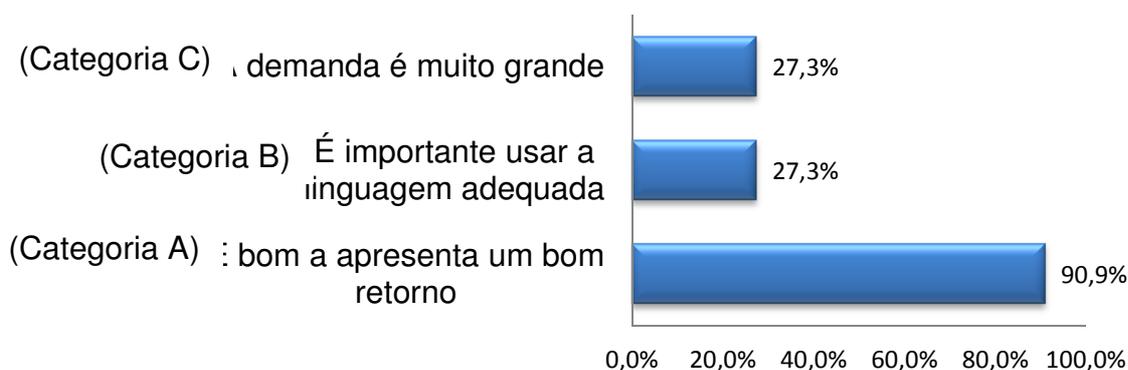
Temática 2: Percepção acerca das atividades desenvolvidas no grupo

A Temática 2 surgiu como resultado da análise das respostas à pergunta: “O que você acha dessas atividades? Por quê?” que teve como objetivo descrever a percepção das enfermeiras acerca das atividades realizadas nos grupos.

Essa temática apresentou, na grande maioria das respostas, IC relativa à categoria “É bom e apresenta um bom retorno”, revelando sentimento de satisfação das enfermeiras em relação aos resultados obtidos com a utilização dos grupos (Gráfico 2).

Por outro lado, mais de um quarto das respostas, também, apresentou IC referente à categoria que remete à dificuldade de se realizar atividades por meio de grupos de educação em saúde em virtude da grande demanda atendida pelo serviço de saúde.

Gráfico 2. Frequência de IC nas categorias da Temática 2 - ENF (n=11)



Participaram da composição do DSC da Categoria A desta temática 10 enfermeiras (ENF01; ENF02; ENF03; ENF04; ENF05; ENF06; ENF07; ENF08; ENF09; ENF11). Nesta categoria, apresenta-se a ideia do grupo de educação em saúde como algo que é bom e que traz bons resultados tanto para o serviço de saúde, como, principalmente, para a saúde dos usuários que dele participam.

CATEGORIA A – É bom e apresenta um bom retorno

Excelente, proveitosas, muito importante. É uma coisa que eles se empolgam. Todas as atividades são super válidas. São bastante proveitosas para eles (usuários) e para mim também e para os agentes de saúde, o pessoal do NASF, mas principalmente para o paciente porque é melhor para ele compreender. Então, com certeza, para o paciente o ganho do acompanhamento de hipertensão e diabetes no grupo é muito grande, é muito maior, o retorno é muito bom... a gente vê o retorno à medida que eles vão retornando às consultas, né, a pressão mais controlada. É um grupo que já tá quase que maduro. Tá sendo legal trabalhar com grupo. A gente tá tendo uma resposta bem positiva deles (usuários), muito boa, melhora muito o vínculo, a relação profissional-paciente, o vínculo principalmente de confiança e de afeto porque é muito mais fácil eles tentarem seguir as recomendações de uma pessoa que eles gostam e que confiam, do que uma pessoa que eles não têm vínculo nenhum. Às vezes não é nem porque ele (usuário) quer, ou porque ele gosta, é só para agradar. O verdadeiro líder faz com que as pessoas tenham vontade de fazer o que ele pede e dar conhecimento não deixa de ser uma questão, também, do empoderamento. Eu sempre tento passar isso para eles, o paciente é responsável pelo seu tratamento, a gente tá aqui para ajudar e para conduzir, mas o único responsável é ele. Então a gente tem que passar conhecimento para ver se melhora, fortalece e garante qualidade. É tanto que eles estão bem mais participativos, porque antes era um bocado calado na sua, mas aí, com o tempo... Não é uma coisa que a gente tenha determinado, a gente conversou sobre que temas eles gostariam que a gente conversasse. Você dá liberdade para eles poderem falar porque, naquele espaço ali, eles podem falar, não só ouvir. ... eles acabam encontrando um espaço. Então, eles têm também uma liberdade de falar, isso é bom, e pelos depoimentos deles, que acabam dando entusiasmo pra gente, tem sido muito legal. A questão também da participação ativa deles (usuários) porque quando a gente quer fazer uma atividade que o custo é maior, que a gente já fez festa de Natal, festa de dia das mães, aí eles se colocam, um dá cadeira, o outro dá refrigerante, ou seja, a questão da responsabilidade e aí você pode trazer a responsabilidade para eles mesmos cuidarem da saúde deles. Eles são bem amigos agora e acaba, de certa forma, melhorando o tratamento deles. Tem pessoas que não faltam nunca, tem outras que estão lá mais pela parte assistencial, faz a glicemia e vai embora, mas eles (usuários) vão lá, nem que seja só para entrar e sair. Às vezes eles nem participam da atividade toda, mas em algum momento ele (usuário) fica lá. Se fosse um grupo que eu fosse avaliar pela assiduidade, frequência, participação, assim, de estar todo mundo junto, a avaliação não seria tão boa. Tirando aquele grupo que sempre está lá que são umas dez pessoas, os outros são itinerantes, eles vão e vem. Ele não vai ficar indo sempre, mas quem sabe aquele momento ali não ajuda, não desperta alguma coisa, não vai ser importante?

Na hora que ele vem tá aberto, quer ir também tá aberto. Agora, se tiver uma festa, tá todo mundo lá. A gente tenta fazer alguma coisa interessante para que eles se empolguem e participem. A gente vê, as pessoas entendem, elas buscam informação, no momento que está tendo a palestra eles (usuários) perguntam, eles participam. É a parte mesmo da prevenção, trabalha muito em cima da mudança dos hábitos, do estilo de vida, da alimentação saudável, da caminhada, de exercício físico, essas coisas. Aquele paciente que era muito descontrolado, já começa a observar normal, fazendo direitinho, seguindo a dieta. Acaba sendo um hábito de tanto que a gente bate na mesma tecla. (O tratamento de) diabetes e hipertensão não é a consulta, a consulta é um complementar, é o estilo de vida deles que você tem que estar acompanhando. Então, no grupo isso fica bem mais tranquilo de você estar fazendo. No posto, concentra muito a consulta, mas diabetes e hipertensão, às vezes a consulta e a receita é a última coisa para compensar aquele paciente. Então, no grupo a gente consegue ter esse acompanhamento melhor, não como a medicação, mas a questão do estilo de vida do paciente.

Esse DSC torna visível a satisfação das enfermeiras em trabalhar com as atividades desenvolvidas nos grupos. Aqui, percebe-se que essas atividades geram um bom retorno para o serviço de saúde e, especialmente, para os usuários em virtude da melhora obtida nos níveis de saúde.

Os grupos possibilitam ao profissional de saúde cumprir sua função transformadora com resolutividade e responsabilidade social, além de oferecer a possibilidade de desenvolvimento de estratégias coletivas de enfrentamento dos problemas vividos pelos usuários (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

O trabalho educativo realizado com grupos é apontado como fundamental para o atendimento das complexidades existentes nos processos de educação em saúde e promoção da saúde. Isso se dá em grande parte devido à troca de experiências e conseqüente produção coletiva do conhecimento, além de permitir a promoção de uma reflexão acerca da realidade vivenciada pelos seus componentes (SOUZA *et al.*, 2005).

Outro ponto ressaltado foi o aumento do vínculo entre o usuário e o serviço de saúde gerado pelas atividades realizadas nos grupos. Confiança e afeto são expressões presentes neste discurso que remetem a sentimentos estabelecidos entre os componentes desse processo educativo. A ideia aqui apresentada é que essa maior “proximidade” dos profissionais em relação aos usuários tende a favorecer o desenvolvimento de atitudes que levam a uma forma diferente e melhorada de conduzir o processo de cuidado.

Os grupos de educação em saúde apresentam a capacidade de formar vínculos, acolher o usuário, além de favorecer sua compreensão da importância do autocuidado e, conseqüentemente, do desenvolvimento de sua autonomia. Esses eventos levam ao reconhecimento da qualidade de vida como aspecto constitucional do conceito de saúde (GONÇALVES; SCHIER, 2005).

Por outro lado, apesar de promover a formação de vínculos e aumentar o entrosamento entre profissional e usuário, essa estratégia de atuação nem sempre é capaz de vencer a passividade do conhecimento popular apresentado pelo usuário frente ao conhecimento científico do profissional (MEDEIROS; SILVEIRA, 2007).

A transferência de informações é colocada nesse DSC como uma forma de promover o empoderamento dos usuários, de transformá-los em (co)responsáveis pela condução do tratamento.

Essa visão que enfoca a transferência de informações como a base do processo educativo é característica do modelo tradicional. No entanto, o uso da expressão “empoderamento”, que remete ao aumento da autonomia do usuário, utilizada em conjunto com a ideia anterior, sugere a coexistência, na prática desenvolvida, de diferentes modelos educativos, quais sejam o modelo tradicional e o radical.

A coexistência desses modelos é encontrada em diversos cenários da prática da educação em saúde em virtude da dificuldade de mudança e evolução dessa prática na qual o modelo tradicional ainda se mostra hegemônico. Essa sobreposição dos dois modelos é, ainda, encontrada na prática cotidiana de várias instituições que atuam por meio da educação em saúde, embora na teoria essa discussão já indique a superação do modelo tradicional. A aparente dificuldade de superação, na prática, do modelo tradicional se dá, provavelmente, pela dificuldade de implementação do modelo radical face aos seus pressupostos inovadores (ABRAHÃO; GARCIA, 2009; BACKES *et al.*, 2008; MEDEIROS; SILVEIRA, 2007; MEYER *et al.*, 2006; OLIVEIRA, 2005; GAZZINELLI *et al.*, 2005; SOUZA *et al.*, 2005).

Destaque interessante é dado à valorização da fala do usuário no contexto das atividades do grupo. Esse respeito ao outro é apontado pela literatura

como um avanço na prática educativa, pois se enfatiza o seu caráter democrático em detrimento da submissão de saberes e culturas (BOEHS *et al.*, 2007; LEONELLO; OLIVEIRA, 2008; FREIRE, 1987).

Nesse DSC, a participação ativa do usuário é ressaltada como um aspecto preponderante no sucesso da atividade educativa realizada em grupo. A falta de interesse ou motivação por parte do usuário pode ser considerado um desafio, um fator a ser trabalhado pelo profissional que visa o êxito dessa atividade. Caso profissional e usuário não estejam ambos engajados, o processo educativo dificilmente apresentará resultados satisfatórios (PIRES; MUSSI, 2009; MEDEIROS; SILVEIRA, 2007; VILA; VILA, 2007).

O DSC correspondente à Categoria B, ainda da Temática 2, foi composto com a participação de três enfermeiras (ENF02; ENF05; ENF09) e remete à importância de que o profissional utilize uma linguagem que seja compreensível por todos os integrantes do grupo.

CATEGORIA B – É importante usar a linguagem adequada

A palestrante tem que medir o nível de conhecimento deles pra poder trabalhar em cima do que eles conhecem, mas, devido justamente à cultura deles é um pouquinho difícil. Quando ele (o usuário) vem pra cá, fica mais fácil (para ele) compreender, porque, como a maior parte são idosos, até para compreender as coisas, você tem que explicar melhor, falar na linguagem que ele entende. Às vezes, dependendo do idoso, a gente pede para o filho acompanhar para a gente passar as orientações, também, para o familiar que isso às vezes no posto é complicado de estar se fazendo.

Ao buscar utilizar uma linguagem que se aproxime do contexto cultural do usuário, a enfermeira assume como importante e, mais do que isso, como primordial o respeito a esse contexto em vez de tentar simplesmente inserir novos elementos advindos de sua própria cultura.

O cuidado, inerente à profissão da enfermeira, pode ser colocado em prática por meio de diversas maneiras. Ao utilizar uma linguagem acessível ao entendimento do usuário, ou de um grupo de usuários, ela estabelece uma comunicação adequada e, dessa forma, desenvolve um cuidado pautado em uma interação de qualidade (PIRES; MUSSI, 2009).

Ao atuar dessa forma, a enfermeira passa a investir mais na responsabilidade que o usuário apresenta em relação ao seu tratamento, pois suas orientações não mais serão realizadas de forma distante da realidade do usuário. Este último, a partir de um diálogo no qual haja respeito aos diversos tipos de cultura dos atores presentes no processo educativo, terá, cada vez mais, reduzida sua dependência do serviço de saúde, pois passará a se sentir realmente sujeito do processo (GONÇALVES; SCHIER, 2005).

Esse tipo de postura adotada pela enfermeira, preocupando-se com o outro e com a forma como ele estará presente no processo educativo, revela certa vontade de mudança da situação vivenciada por estes atores no contexto social e pedagógico no qual se dão as relações de cuidado. Do contrário, ao agir sem essa preocupação com o outro, a enfermeira apresentaria apenas uma posição de reprodução da situação vivida por ela e pelos usuários que buscam o serviço de saúde em busca de auxílio (GADOTTI, FREIRE, GUIMARÃES, 1995).

Concluindo a Temática 2, a Categoria C, composta com a participação dos discursos de três enfermeiras (ENF08; ENF09; ENF10) traz a ideia de que a grande demanda, acolhida pelo número reduzido de equipes de saúde da atenção primária, contribui negativamente para a realização das atividades educativas.

CATEGORIA C – A demanda é muito grande

Poderia melhorar. É porque têm muitos hipertensos e diabéticos. Vai melhorar agora porque vão entrar mais duas equipes. Ai pode ser que diminua e a gente tenha oportunidade de fazer um trabalho de maior qualidade, porque às vezes é tanta gente para atender que, ou a gente atende ou vai fazer educação em saúde lá fora e nunca dá tempo. É muita gente. Eu acho que poderia melhorar, certo? Em um grupo menor, a gente consegue conversar melhor. É impossível você dar algumas orientações no posto porque é muita gente, às vezes é distante de onde eles moram. Só traz aqui (na unidade de saúde) às vezes quando é a consulta médica que é um mês, outro não, ou então quando tem alguma complicação aí a gente já marca pro mesmo mês. Às vezes vem para cá (unidade de saúde) porque tem que fazer ajuste de medicação, ou então, tem medicação que a enfermeira não pode prescrever. Apesar dos problemas, de a estrutura ser péssima, da demanda ser muito grande, a gente consegue se dar bem aqui. Na verdade, para a nossa unidade, deveriam ser nove equipes de PSF para cobrir a área que a gente cobre com três e a gente tem uma população que realmente precisa e usa o serviço de saúde, não é?

Esse DSC relata uma das principais dificuldades encontradas pelas enfermeiras e, também, por outros profissionais da ESF que se utilizam da estratégia do trabalho com grupos: a grande demanda atendida pelos serviços de atenção primária.

Simões e Stipp (2006) e Chaves *et al.* (2006) trazem em seus estudos a ideia de que o trabalho com grupos na enfermagem se coloca como uma vantagem devido aos seus bons resultados e baixo custo, o que leva a crer que essa seja uma atividade que não demande grandes investimentos financeiros por parte do serviço. Por meio do trabalho com os grupos a enfermeira pode desenvolver, em curto período de tempo, um trabalho que resulte no envolvimento de um número relativamente grande de usuários.

Corroborando essa ideia, Munari e Furegato (2003) afirmam que, apesar de todos os percalços e dificuldades encontrados pelos profissionais para a realização do trabalho com os grupos, eles continuam acontecendo e, ainda, proporcionam aos usuários a oportunidade de serem atendidos sem maiores dificuldades ou filas, aspectos tão comuns do contexto atual dos serviços de saúde.

Além disso, essa atividade, quando realizada de forma adequada, tende a apresentar bons resultados tanto para o serviço, quanto para os próprios participantes. Isso ocorre, pois, ao investirem no empoderamento da população, os profissionais tendem a incentivar a redução da dependência que os usuários apresentam em relação ao serviço (GONÇALVES; SCHIER, 2005).

Atrelada à grande demanda, a falta de apoio para a realização dessas atividades por parte da gestão é outro fator que dificulta o trabalho com os grupos de educação em saúde nos serviços de atenção primária.

Historicamente, um maior aporte de recursos financeiros vem sendo destinado a áreas específicas da atenção à saúde, como a biomédica, que apresentam enfoque mais curativo, enquanto outras acabam tendo que tentar se desenvolver por meio de estratégias que demandem menor quantidade desses recursos (DINIZ; FIGUEIREDO; SCHALL, 2009). Esse fato fica explícito pelo DSC apresentado ao focar a baixa qualidade de estrutura de que dispõem os profissionais da ESF para a realização das atividades com os grupos.

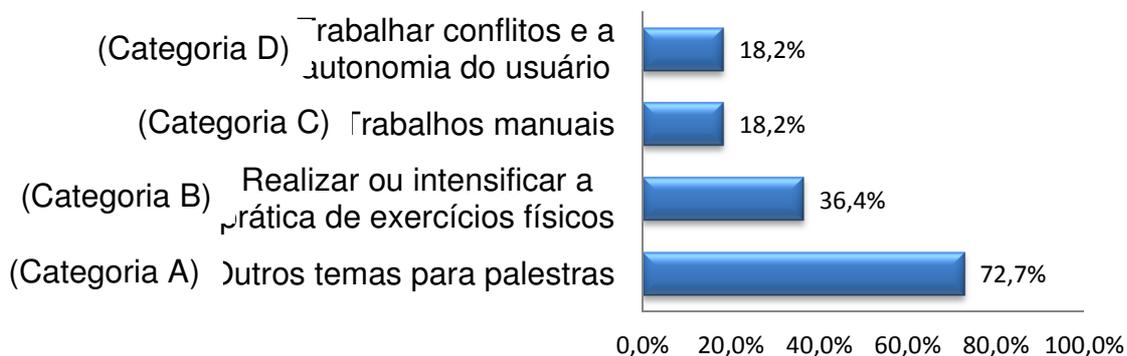
Apesar de os profissionais enfrentarem diversos problemas para o desenvolvimento das atividades educativas por meio dos grupos de educação em saúde, a literatura aponta que, ainda assim, os resultados satisfatórios obtidos se colocam como um estímulo para a continuidade dessa estratégia pelos que dela se utilizam e para que outros passem a adotá-la (SILVA *et al.*, 2006).

Temática 3: Outras atividades que deveriam ser desenvolvidas no grupo

A Temática 3 teve origem nas respostas obtidas a partir do seguinte questionamento: “Há outras atividades que deveriam ser abordadas? Por quê?”. Objetivou-se, com esse questionamento, identificar se as enfermeiras participantes dos grupos vislumbram mais alguma(s) atividade(s) a ser(em) desenvolvida(s) nos mesmos.

Nessa temática, a maioria das respostas das enfermeiras apresentou IC voltadas para a composição da Categoria “Outros temas para palestras” que enfoca a vontade de trabalharem novos temas nas palestras realizadas durante os encontros dos grupos (Gráfico 3).

Além disso, mais de um terço das respostas apresentou IC referente à Categoria “Realizar ou intensificar exercícios físicos”. Esta categoria traz à tona a importância dada pelas enfermeiras à prática dos exercícios físicos como uma forma de melhorar a saúde dos usuários.

Gráfico 3. Frequência de IC nas categorias da Temática 3 - ENF (n=11)

A elaboração do DSC da Categoria A contou com a participação de oito enfermeiras (ENF01; ENF02; ENF04; ENF05; ENF07; ENF08; ENF10; ENF11). Nele é apresentada a ideia de que outra possível atividade a ser abordada pelo grupo seria a incorporação de novos temas às palestras realizadas.

CATEGORIA A – Outros temas para palestras

A gente tem alguns temas que ainda quer falar porque a gente aborda muito hipertensão e diabetes lá. Falar sobre tuberculose, hanseníase, dessas outras doenças, os riscos de acidente, quedas e a questão do papel deles dentro da família. É porque a gente não pode falar tudo de uma vez, mas a gente tem ideias. A sexualidade, no grupo, a gente não trabalhou ainda, eles nunca colocaram, a gente também nunca colocou não, sabe? Talvez eles tivessem que dizer essa necessidade deles, mas eles não têm essa visão, aí fica um pouquinho difícil, porque a gente pensa que o que tá fazendo tá abrangendo (as necessidades dos usuários).

Percebe-se por meio deste DSC que a realização de palestras nos encontros dos grupos de educação em saúde é algo bastante presente no imaginário social das enfermeiras.

O número expressivo de ideias centrais, presentes nos discursos das enfermeiras, que remetem ao anseio de abordarem novos temas nas palestras, revela a ênfase que é dada à valorização dessa atividade nos grupos.

De acordo com Meyer *et al.* (2006), os programas de educação em saúde não devem desconsiderar sua importância em prover informações básicas

referentes aos vários aspectos relacionados à saúde para os mais diversos segmentos da população. De acordo com os autores, essas informações, ainda que levem a um resultado limitado e insuficiente, podem auxiliar o usuário na tomada consciente de decisões, além do fato de facilitar o andamento de futuros processos de aprendizagem.

A oferta de informações ao usuário, utilizada pelos profissionais como uma atitude de caráter intervencionista, pode ser considerada importante na tentativa de instrumentalizá-lo para que possa refletir acerca de sua realidade. Por meio dessa atividade o usuário pode se sentir estimulado a participar do processo educativo, elaborando e realizando questionamentos aos profissionais de saúde (LEONELLO; OLIVEIRA, 2008; GAZZINELLI; REIS; MARQUES, 2006; MUNARI; FURAGATO, 2003).

No entanto, ao se enfatizar esse tipo de procedimento em demasia, corre-se o risco de transformar a atividade educativa em um processo de transferência e acúmulo de conhecimentos que tem sua qualidade medida por meio da quantidade de informações acumuladas pelo usuário. Esse tipo de atitude, típico do modelo educativo tradicional, que considera o educador como fonte do conhecimento enquanto reserva para o educando um papel secundário e passivo, como um “depósito de conhecimento”, é apontado pela literatura como um processo que não causa mudanças significativas na saúde da população, ou seja, não se caracteriza como um processo transformador (OLIVEIRA, 2005; FREIRE, 1987).

Ao atuar enfatizando a transferência de conhecimentos e conteúdos, em detrimento da busca pelas reais necessidades de saúde do usuário, a enfermeira contribui para a utilização da atividade educativa como um instrumento de dominação, de manipulação e domesticação, ao invés de explorar seu caráter libertador (FREIRE, 1986).

A necessidade de maior participação dos usuários é apontada no DSC como uma necessidade ainda relativamente presente nas atividades desenvolvidas nos grupos, principalmente no que se refere à indicação de temas a serem abordados nos encontros.

A participação e o real envolvimento dos diferentes atores envolvidos no processo educativo são considerados essenciais para o seu sucesso. Profissionais e usuários são tidos como peças fundamentais no desenvolvimento da atividade educativa, cada um apresentando sua importância. Isso se dá de tal maneira que, caso algum desses atores não esteja comprometido com o bom andamento do processo, dificilmente alcançarão o sucesso almejado (MACHADO; VIEIRA, 2009; MEDEIROS; SILVEIRA, 2007; VILA; VILA, 2007).

O DSC correspondente à Categoria B foi composto por meio da participação de quatro enfermeiras (ENF02; ENF05; ENF07; ENF09) e enfatiza a necessidade de desenvolver a prática de exercícios físicos nos grupos, ou mesmo de intensificá-la.

CATEGORIA B – Realizar ou intensificar a prática dos exercícios físicos

Com certeza, a questão da atividade física e da nutrição ainda é pouco abordada, fica muito a desejar. A gente ainda fala muito na medicação e eles se preocupam muito, ainda, com a medicação. A questão do exercício físico, eles são muito limitados, por mais que você estimule, eu sinto que eles não têm uma boa aderência. A gente estava tentando formar o grupo da caminhada, mas ainda está um pouquinho disperso, os pacientes ainda não estão acostumados, talvez devido à cultura de não fazer exercícios. Se pudesse ser duas vezes na semana seria mais interessante porque só uma vez, às vezes, acaba dispersando um pouquinho. Tem aqueles que são fiéis mesmo, que vão, mas tem uns que acabam (indo) porque tem que ir. Alguns idosos dependem de outra pessoa para serem levados devido à tontura, ou alguma coisa assim, então o risco de queda é maior, então eles não querem aderir aos exercícios. Os mais novos têm maior facilidade de participar, talvez até mesmo devido à educação em casa. A gente poderia até estar usando pessoas que mudaram de hábitos para poder estimular a própria comunidade, o próprio grupo.

É possível verificar neste DSC que existe vontade por parte das enfermeiras de implementar a prática de exercícios físicos, ou mesmo de intensificar a frequência com que acontecem nos grupos.

Como grande parte dos usuários frequentadores dos grupos é composta por idosos, a prática da atividade física e da educação em saúde podem ser consideradas como estratégias voltadas para a promoção do envelhecimento saudável, reduzindo, dessa maneira, a imagem do idoso dependente e, ao mesmo

tempo, das chances de desenvolverem complicações relacionadas à HAS (FERNANDES; SIQUEIRA, 2010).

Ressalta-se que, além dos profissionais, os gestores ligados à saúde e a própria população idosa estão, cada vez mais, reconhecendo a importância da realização de atividade física como forma de auxiliar no tratamento de doenças, como a HAS, de atuar na prevenção de doenças e complicações associadas e, enfim, de atuarem na promoção da saúde. Como resultado da combinação das práticas educativas, promoção da saúde e envelhecimento saudável, pode-se aventar uma maior possibilidade de promoção da cidadania (FERNANDES; SIQUEIRA, 2010).

Além disso, a percepção da necessidade de ampliar o foco das atividades desenvolvidas nos grupos, retirando a preocupação exacerbada de usuários e, inclusive, dos próprios profissionais em relação à temática da medicação, explicita o anseio das enfermeiras de abrangerem outros aspectos além daqueles puramente biológicos.

A educação em saúde como processo destinado à promoção do empoderamento não deve abordar exclusivamente o fator biológico, ou mesmo ter a doença como foco central do seu processo. Ao invés disso, deve buscar, envolvendo atuação conjunta dos seus interlocutores, focar seu trabalho na pessoa humana na tentativa de fortalecer suas possibilidades (BESEN *et al.*, 2007).

Participaram da composição do DSC da Categoria C, duas enfermeiras (ENF06; ENF04). Aqui, a ideia revelada foi a de se realizar trabalhos manuais com os usuários como ensiná-los a trabalhar com confecção e bordado.

CATEGORIA C – Trabalhos manuais

Gostaria de trabalhar com eles alguma terapia manual, de trabalho manual, mas a gente tem as limitações. Curso de bordado eu quero fazer, mas ainda não consegui. Eu não tenho como fazer isso, eu não sei. Tentei já, durante um período, trazer uma pessoa que estivesse ensinando para fazer com que eles aprendam mais alguma coisa, até mesmo como uma fonte de renda. Mas aí ela começou e não teve como continuar. Era ensinado a fazer bordado, essas coisas. Então, se for o caso de estar acrescentando alguma coisa, seria mais essa parte manual, mas não no mesmo dia

que eu já faço (o grupo), seria em um dia a parte, se for o caso mais um dia na semana só para eles praticarem esse tipo de atividade.

Esse DSC revela um dado interessante, pois demonstra certa preocupação por parte das enfermeiras em realizarem atividades nos grupos com o intuito de desenvolverem o protagonismo social dos usuários. Agindo dessa forma, expõem uma visão acerca da ideia de saúde que vai muito além da simples ausência de sinais e sintomas.

Ao vivenciar o processo de adoecimento pela HAS, a pessoa o faz não somente no contexto biológico, mas a partir de toda a subjetividade que engloba esse processo. Dessa forma, a enfermeira deve agir levando em conta que esse indivíduo se encontra inserido em um determinado contexto social que, também, é afetado e que, portanto, deve ser considerado nos diversos momentos do tratamento (PIRES; MUSSI, 2009).

Ao agir dessa forma, a enfermeira reconhece como primordial para a realização da prática educativa, com vistas ao empoderamento, a importância de ir além do plano biológico na abordagem do usuário, buscando abranger os aspectos subjetivos afetados pelo adoecimento (BESEN *et al.*, 2007).

A própria lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que regula as ações e os serviços de saúde em todo o território nacional ofertados pelo SUS, estabelece que a saúde é um direito fundamental de todo ser humano e, no seu artigo terceiro, coloca como fatores condicionantes da saúde, entre outros: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Assim, o reconhecimento de que diversos outros aspectos da vida das pessoas influenciam diretamente em seu nível de saúde, como, por exemplo, a falta de emprego e renda, demonstra a sensibilidade dessas profissionais para a adoção de um conceito ampliado de saúde.

Logo, o desafio que se coloca para os profissionais de saúde é que, reconhecendo a saúde como processo complexo e multifacetado, passem a

desenvolver suas atividades por meio de práticas que visem à promoção da autonomia dos sujeitos (CHAGAS; XIMENES; JORGE, 2007).

A educação em saúde se coloca, nesse momento, como atividade estratégica, pois se entende que tal atividade tenha a capacidade de atuar como fator de proteção e promoção da saúde, além de se converter em atividade favorável à promoção da cidadania do usuário (PLUCENIO, *et al.*, 2010). Com relação a isso, Backes *et al.* (2008) trazem, como ponto fundamental para que o processo educativo consiga atingir esse objetivo, a necessidade de que aconteça a partir da realidade do usuário, ao invés de tentar lhe impor uma realidade distinta da sua. Esse pensamento encontra respaldo nos pressupostos freireanos que consideram que o processo educativo deva estar primordialmente ligado à cultura do educando (FREIRE, 1987).

A Categoria D apresenta um DSC do qual participaram as falas de duas enfermeiras (ENF01; ENF03) e revela a vontade de trabalhar com o lado mais subjetivo dos usuários, seus sentimentos, possíveis conflitos internos e com o incentivo à autonomia dessas pessoas.

CATEGORIA D – Trabalhar os conflitos e a autonomia do usuário

Abordar os conflitos internos. Na idade que eles estão, acima de 60 anos, muita gente ali tá cheia de conflitos. A gente tá dando a oportunidade de eles se libertarem ou, ainda, de lembrar coisas bem legais, bem bacanas que eles viveram na vida. A gente dá espaço para essas duas coisas. Você não vai botar só uma coisa boa, ou só uma coisa ruim, você vai lembrar um fato da sua vida. Na próxima reunião a gente vai fazer a terapia comunitária. A gente tava até discutindo com o médico a questão do espaço de convivência deles, propriamente da comunidade, essa questão mais social, do grupo ser mais um espaço de convivência, de discussão mesmo do território, a questão da participação social deles. Acho que só mais com o tempo vai se tornar um grupo mais autônomo.

Os aspectos subjetivos ligados ao adoecimento estão representados nesse DSC. Nele, aborda-se a necessidade de se trabalhar a escuta do usuário como forma de buscar conhecer as peculiaridades ligadas ao processo saúde-doença e sua influência na vida da pessoa.

Experiências subjetivas vivenciadas pelo usuário atuam na criação de marcos de referência na composição do seu imaginário pessoal sobre a doença (FAVORETO; CABRAL, 2009). Dessa forma, ao explorar esses aspectos subjetivos, a enfermeira estará reunindo subsídios para uma atuação de forma mais completa, resolutiva e eficaz.

Com relação à relevância da escuta no processo de trabalho do profissional da saúde, Reis *et al.* (2007, p.659) trazem que esses profissionais sempre apresentam muito o que dizer para aqueles que os procuram em busca de auxílio. Em geral o fazem de forma impositiva, prescritiva, apontando aquilo que é certo e o que é errado para que os usuários cumpram suas “ordens”. Os mesmos autores apontam em seu estudo a intensa necessidade apresentada pelos profissionais de saúde em passar informações a serem cumpridas pelos usuários. Ainda em relação ao referido estudo, os autores apontam que uma parcela dos usuários que foram ao serviço de saúde em busca de auxílio, não teve sua necessidade de escuta atendida, haja vista que os profissionais constantemente apresentavam orientações pré-estabelecidas, sem se preocupar, muitas vezes, com o real motivo da ida daquele usuário ao serviço de saúde.

Ao tecer considerações acerca da importância da escuta na condução do processo saúde-doença, Favoreto e Cabral (2009) afirmam que a não valorização da fala do usuário pode prejudicar o tratamento, enquanto que a valorização do seu discurso pode contribuir para o incentivo de sua autonomia e, conseqüentemente, da melhoria de sua qualidade de vida, pois trata-se de considerar a pessoa como personagem de seu próprio adoecer.

Boehs *et al.* (2007) concordam com essa ideia ao afirmarem que o desenvolvimento de uma escuta qualificada se apresenta como um habilidade indispensável para a prática da educação em saúde e, assim, para o adequado cuidado de enfermagem.

Outro ponto ressaltado nesse DSC foi a possibilidade de abordar nos grupos, aspectos relacionados ao protagonismo social dos usuários.

Essa maneira de pensar está em consonância com a literatura que traz a ideia da educação em saúde como atividade que se caracteriza como um fato social

e uma prática social, haja vista ser uma atitude, atuação, vivência que ocorre a cada instante (VILA; VILA, 2007).

Partindo desse pensamento, Alves (2005) enfatiza essa ideia e vai além afirmando que as práticas educativas, que visem a promoção da saúde, podem ser exercidas por meio de práticas formais, como a realização de palestras e distribuição de panfletos e cartilhas, e informais desenvolvidas nas ações presentes no cotidiano do usuário.

Machado, Pinheiro e Guizardi (2006) trazem a seguinte colocação em relação aos grupos e sua capacidade de estímulo ao protagonismo:

“Certos grupos de usuários organizados nos locais pesquisados (hipertensos e diabéticos, por exemplo) criaram atividades e reivindicaram terapêuticas voltadas para a saúde, com intuito de suprir um cuidado que os serviços não ofertavam. Embora esses grupos sejam formados ou incentivados pelo próprio serviço de saúde, podem indicar uma superação tradicional dos mesmo, uma vez que a criação de grupos de saúde potencializa o exercício da cidadania.” (p. 63)

O próprio SUS, historicamente, busca, por meio de seus princípios e diretrizes, como o incentivo à gestão participativa, estimular o protagonismo dos usuários com intuito de que alcancem melhores níveis de autonomia e, conseqüentemente, de saúde (CAMPOS, 2007; CECCIM, 2005).

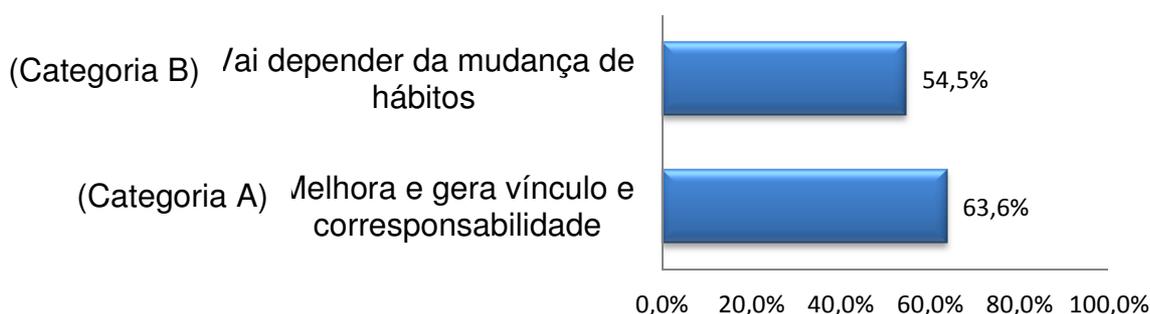
Temática 4: O grupo melhora o controle da hipertensão

As respostas obtidas a partir do questionamento: “As pessoas conseguem melhorar da hipertensão com as atividades do grupo? Fale um pouco sobre isso.”, que teve como objetivo descrever a opinião das enfermeiras acerca da resolutividade das atividades desenvolvidas nos grupos, levaram a construção da Temática 4.

Nessa temática, grande parte das respostas apresentou IC ligada à categoria “Melhora e gera corresponsabilidade” que apresenta um sentimento de contentamento das enfermeiras com a resolutividade das atividades realizadas nos grupos de educação em saúde (Gráfico 4).

Por outro lado, mais da metade das respostas, também, trouxeram IC referentes à categoria “Vai depender da mudança de hábitos” que revela que a melhora esperada só acontecerá se os usuários passarem a adotar hábitos de vida preconizados como saudáveis.

Gráfico 4. Frequência de IC nas categorias da Temática 4 - ENF (n=11)



Participaram da composição do DSC da Categoria A desta temática sete enfermeiras (ENF01; ENF03; ENF04; ENF06; ENF07; ENF09; ENF11). Nesta categoria, apresenta-se a ideia de que as atividades realizadas nos grupos de educação em saúde ajudam na melhoria da saúde de seus membros e atuam no sentido de gerar corresponsabilidade no tratamento.

CATEGORIA A – Melhoram e gera vínculo e corresponsabilidade

Com certeza. Tem pessoas que são bem fiéis mesmo, a gente vê a disposição deles, vê o acompanhamento nos cartões e parabeniza. Eles mesmos sentem melhora na autoestima, ficam mais assíduos ao tratamento, criam vínculo com a equipe, conseguem chegar mais até você, como se, de repente, você não fosse só a enfermeira, é uma pessoa que eu posso chegar e falar. Então, a gente consegue, com essa convivência no grupo, ter uma intimidade maior e eu tenho liberdade de dizer alguma coisa até com algum sentimento, não é só como enfermeira. Não só a técnica ou a experiência profissional que conta, é o fato de eu já conhecer, de eu conviver um pouco com ele (usuário) e saber algumas coisas da vida dele e poder chegar mais junto, poder falar alguma coisa que eu não vou falar se eu não conhecer o ambiente dele, se eu não conhecer a história dele. Quando eu comecei aqui eu tinha uma lista de pacientes que não fazia acompanhamento aqui no posto, tomava remédio por conta própria, totalmente errado e quando tomava. Era complicado. Eram totalmente avessos à unidade, mas eu já consegui fazer com que eles viessem pra cá e ficassem com a pressão legal. Isso aí a gente tem

comprovado. Só um (usuário) que teve resistência de mais de dois anos, foi super difícil, mas a gente conseguiu. A gente diz que a nossa vitória foi ele. Eu não conseguiria isso na consulta. Eu atendo muitos hipertensos só na consulta, sem grupo, e eu tô vendo que modificar hábitos é muito mais fácil de fazer no grupo do que em uma consulta individual, porque no grupo você vai vendo a opinião e até a resposta do outro, positiva ou não, mas você pode discutir, você pode dar exemplos de coisas positivas, de coisas negativas também. O vínculo no grupo é muito maior que na consulta individual. É uma coisa pontual, mas que muda a rotina deles. Não havia nenhum grupo antes de a gente começar. Eles eram atendidos no posto e quando a gente mudou para fazer grupo foi uma mudança grande que eles tiveram de compensação de PA, no controle do estilo de vida, na compreensão do que é a doença para eles. Como foi a gente quem implantou esse processo, a gente pôde acompanhar que realmente é uma mudança brusca. A gente vê a pressão controlada, a glicemia controlada, que estão informados. Aqui (no consultório) a gente passa o remédio e orienta, mas lá (no grupo) a gente aprende com a experiência dos outros, um vai trocando ideia com os outros e acaba melhorando esse conhecimento. A gente consegue isso por causa da educação em saúde. A gente faz educação em saúde individualmente? Faz. Mas na atividade em grupo tem a troca de experiências. O grupo também ajudou a divulgar o que realmente é a Saúde da Família porque ajuda a pessoa saber quem é a sua enfermeira, quem é o seu médico, quem é a sua equipe. Teve esse problema da falta de medicamento, mas mesmo assim foi importante porque no grupo a gente pôde reafirmar que não é só o estado, não é só o município que é responsável pela saúde deles, cada um tem uma corresponsabilidade. Na hora que o estado não me dá eu tenho que adquirir de alguma outra forma. É interessante sim o grupo, você tem muito mais tempo pra estar dialogando. Depois do grupo as pessoas estão prestando mais atenção e tomando conta melhor da sua saúde. A participação da atividade física, a questão da alimentação, da necessidade da tomada correta das medicações, é muito difícil, mas, aos poucos, eles estão começando a mudar a visão deles. Mas eu acredito que melhora, também, por conta da melhora da qualidade de vida de uma forma geral, do estresse que é um dos fatores que contribuem para o aumento da pressão. São pessoas que têm uma condição de vida, têm familiares, têm problemas financeiros, até ir pro posto é um estresse pro hipertenso porque é muito demorado, mas aquele momento do grupo é o momento deles. Então, a gente procura proporcionar um ambiente bem tranquilo e agradável. A natureza, o vento é bem aconchegante e calmo.

Por meio da análise desse DSC é possível perceber que o trabalho realizado com os grupos de educação em saúde traz inúmeros benefícios, principalmente, para o usuário. Além disso, quando comparados com a realização da atividade educativa nas consultas individuais, os grupos aparentemente são capazes de atingir objetivos bem mais significativos.

Estudos comprovam a eficácia das ações desenvolvidas nos grupos de educação em saúde, sobretudo quando se trata de doenças crônicas nas quais a pessoa muitas vezes tem que tentar desenvolver uma série de mecanismos que a

ajudem a conviver com a doença (PLUCENIO *et al.*, 2010; TORRES *et al.*, 2009; SILVA *et al.*, 2006).

Uma das possibilidades apontadas por Torres *et al.* (2009) para a eficácia do trabalho com os grupos é o aumento da convivência entre profissionais e usuários, que passam a ter mais encontros entre eles, além dos já realizados de forma individual nas consultas convencionais.

O trabalho educativo, realizado por meio da estratégia grupal, ao invés de trabalhar com indivíduos isoladamente, é uma das características do modelo radical de educação em saúde que apresenta suas raízes nas concepções de Paulo Freire acerca do processo educativo. Deste modo, há a expectativa de que o ambiente coletivo do grupo estimule a troca de ideias e, com isso, o aumento da consciência crítica de seus participantes (OLIVEIRA, 2005; SOUZA *et al.*, 2005).

Uma das características, apontadas por esse DSC, do trabalho educativo realizado por meio da estratégia dos grupos de educação em saúde é a possibilidade da troca de experiências entre seus componentes. Nesse momento, os integrantes, ao compartilharem suas vivências, positivas ou negativas, acabam encontrando soluções para problemas comuns, além de apoio para situações difíceis decorrentes da doença.

Vale ressaltar que, além da relação estabelecida entre profissionais e usuários, também há de se destacar a relação existente entre os próprios usuários como uma fonte de possibilidades de influências benéficas de uma pessoa sobre a outra (MUNARI; FUREGATO, 2003).

A relação interpessoal presente nos grupos de educação em saúde pode ser considerada como um recurso a ser utilizado para favorecer o cuidado e a aprendizagem (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005). Além disso, o trabalho realizado com grupos de pessoas com um aspecto em comum, como o fato de vivenciarem uma mesma experiência no cotidiano, pode fazer com que descubram em conjunto estratégias compartilhadas que ajudem a modificar a realidade (SOUZA *et al.*, 2005).

O processo de troca de ideias entre os membros do grupo, associado ao respeito mútuo entre os mesmos, favorece a prática de uma educação dialógica na

qual profissional e usuário têm a possibilidade de aprenderem juntos, gerando uma ação emancipatória (VILA; VILA, 2007).

Essa ação dialógica presente nos grupos está em consonância com os pressupostos de Freire (1987) para o qual o ato educativo não deve se basear exclusivamente na transmissão de conhecimentos, ou na simples transferência de informações. Essas últimas são características do que o autor designa por “concepção bancária de educação” e que, segundo ele, não contribuem para a formação de um ser crítico e reflexivo, aspectos esses próprios de um processo transformador.

Outro aspecto ressaltado foi a expressiva capacidade que o trabalho com os grupos tem de desenvolver a formação de vínculos entre os usuários e a equipe de saúde. Isso fica bem claro no trecho: “... *a gente consegue, com essa convivência no grupo, ter uma intimidade maior e eu tenho liberdade de dizer alguma coisa até com algum sentimento... é o fato de eu já conhecer, de eu conviver um pouco com ele (usuário) e saber algumas coisas da vida dele e poder chegar mais junto, poder falar alguma coisa que eu não vou falar se eu não conhecer o ambiente dele, se eu não conhecer a história dele*”.

A formação de vínculo entre profissional e usuário, proporcionado pelo trabalho dos grupos de educação em saúde, leva a um maior sentimento de acolhimento por parte deste último e estimula o desenvolvimento da confiança entre esses atores, tão necessária e benéfica no processo de cuidado (GONÇALVES; SCHIER, 2005).

Outra questão destacada foi a possibilidade de se desenvolver a corresponsabilidade dos usuários em relação ao tratamento. Dessa forma, além do papel do serviço e do próprio Estado em ofertar tratamento para a HAS, ou outras doenças, destaca-se o papel do próprio usuário na condução do processo terapêutico em busca da melhoria de sua saúde.

Para Freire (1979), essa capacidade que o educando apresenta de refletir criticamente acerca de sua situação e atuar de modo a “assumir as rédeas”, ou seja, de assumir o controle, são características do processo de conscientização advindas de uma educação libertadora.

A educação em saúde realizada nos grupos de educação em saúde apresenta o cuidado por meio de uma ação pedagógica e ao mesmo tempo terapêutica, pois tem, dentre suas características, a capacidade de ampliar a consciência e de potencializar competências para superar dificuldades, promovendo, assim, a transformação de atitudes frente o processo saúde-doença (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

A corresponsabilidade desenvolvida pelo usuário pode ser entendida como seu reconhecimento da importância que o tratamento apresenta para sua saúde e, concomitantemente, de seu poder para intervir no processo saúde-doença com vistas a atingir melhores níveis de saúde.

Para a composição do DSC da Categoria B, participaram seis enfermeiras (ENF02; ENF04; ENF05; ENF08; ENF10; ENF11). Percebe-se neste discurso que a mudança de hábitos de vida se coloca como uma grande barreira a ser vencida para que se consiga alcançar o sucesso terapêutico.

CATEGORIA B – Vai depender da mudança de hábitos

Alguns sim, mas só aqueles que sentem o que a hipertensão causa, o que a diabetes causa. Aqueles que não sentem nada são difíceis. Tem uns que são difíceis para a gente controlar, não todos. A minoria eu acho que seguiria o que as palestras falam, principalmente a perda de peso, mas é uma coisa da educação deles, é uma questão pessoal de cada um. Tem uns que comem mesmo com sal e pronto. A gente focaliza muito que tem que ter uma dieta saudável, mas nem todo mundo tem condições, come o que tem em casa, aí fica difícil. Pessoal muito carente. Tem gente que até tem condições de ter uma alimentação mais saudável, mas tem outras pessoas que não. Se eles tentassem mesmo mudar os hábitos como a gente passa pra eles e tudo, eles conseguiriam. A questão da dieta é difícil pra eles seguirem, eles não seguem, aí a gente vê que o grande problema da hipertensão mesmo é essa questão do hábito de vida. Eu sei que essa questão educacional é muito difícil mudar. Atividade física, regularmente, são raros os que fazem. Eles não melhoram muito porque têm dificuldade em mudar o estilo de vida deles, a dificuldade mesmo é essa. É isso aí que eu tava falando, que é difícil conseguir com que eles mudem a percepção deles, tanto da doença, quanto do medicamento, a mudança da alimentação, principalmente quando tem frutas e verduras, mesmo que a gente saiba que a verdura ou a fruta não sejam tão caras se ele substituir a alimentação dele. A gente vê que é difícil, até mesmo pra gente. Depende muito mesmo da mudança. Alguns já conseguem fazer e perceber e emagrecer. Às vezes a gente fica também sem entender porque o paciente vem para a consulta, toma ou diz que toma o remédio, diz que tá fazendo o tratamento direito e a pressão não baixa. Às vezes até erram, fazem o que não devem, mas eles estão conscientes que estão errando. No momento da consulta ele já diz, ele já

vem sabendo a causa daquilo ali. Agora, a dificuldade grande que a gente tem é a questão do uso da medicação correta por conta que uma boa parte do grupo não sabe ler, às vezes não tem filho (para ajudar) em casa. A gente tem que estar bem atento à questão do uso incorreto da medicação, que acontece demais, principalmente nos idosos. A gente sempre procura orientar como tomar a medicação, explicar o que é de 12 em 12, de 6 em 6, de 8 em 8, que tem deles que pensam que de 8 em 8 é 8 da manhã e 8 da noite.

Percebe-se nesse DSC a ênfase dada pelas enfermeiras à necessidade de mudança dos hábitos de vida dos usuários para que consigam controlar seus níveis pressóricos.

Partindo do raciocínio apresentado nesse DSC, quando o controle pressórico almejado não é atingido, o usuário é considerado culpado pela “falha” do processo terapêutico. Essa atitude de culpabilizar o usuário é característica marcante do modelo educativo tradicional, no qual o profissional estabelece, de forma verticalizada, as normas a serem seguidas pelo usuário que acaba sendo considerado responsável pelo insucesso do tratamento, caso este venha a acontecer (BESEN *et al.*, 2007).

A educação em saúde apresentou, historicamente, um discurso normativo. Essa forma de pensar e agir é encontrada nas diversas profissões de saúde, reflexo da presença do modelo tradicional ainda hegemônico na formação desses profissionais (BESEN *et al.*, 2007; GAZZINELLI *et al.*, 2005).

Talvez por conta disso, os profissionais ainda encontrem uma dificuldade considerável em abandonar a prática do modelo tradicional, apesar de se encontrar tentativas de superação dessas dificuldades (OLIVEIRA, 2005).

Sabe-se que a mudança de comportamentos não se caracteriza como uma prática de fácil execução. Portanto, a articulação de estratégias que vislumbrem o investimento na possibilidade de transformação de condições de vida, construídas com base em um conjunto de crenças, valores e costumes, demanda apreender seus sentidos, bem como, aprender a dialogar com eles de forma não impositiva. No entanto, o trabalho realizado apenas por meio da transferência de informações não se mostra suficiente para que as pessoas modifiquem seus pensamentos e atitudes (PIRES; MUSSI, 2009; MEYER *et al.*, 2006).

A enfermeira precisa (re)avaliar suas atitudes, sistematicamente, e, caso perceba a necessidade, deve modificar o planejamento de suas ações considerando a realidade vivenciada pelos integrantes do grupo, buscando focar suas reais necessidades (ACIOLI, 2008).

Outro ponto enfatizado foi a dificuldade de realização de certas mudanças nos hábitos de vida por parte dos alguns usuários, como a adoção de uma dieta balanceada que inclua alimentos saudáveis, provocada pelo baixo nível socioeconômico que, de certa forma, acaba impedindo a aquisição desses alimentos.

Esse posicionamento reflete, em grande parte, o distanciamento apresentado pela prática da enfermeira em relação à realidade do cotidiano de uma parcela dos usuários. Essa parcela é tanto maior quanto mais carente financeiramente é a população com a qual se trabalha.

O distanciamento apresentado entre os processos educativos e a realidade vivida pela população, tida alvo dessa atuação, é apontada pela literatura como uma importante causa da ineficiência de tais processos. O referido distanciamento ocorre em virtude do não reconhecimento, por parte dos profissionais que planejam e executam as intervenções educativas, das reais necessidades dos usuários assistidos (LEONELLO; OLIVEIRA, 2008; VALLA, 2005).

Favoreto e Cabral (2009) encontraram resultados semelhantes em estudo realizado com narrativas de usuários acerca do processo saúde-doença. Os autores apontam que os usuários reconhecem a importância da modificação de seus estilos de vida, mas apresentam dificuldades ocasionadas por barreiras sociais, culturais e subjetivas para conseguirem incorporar novas atitudes.

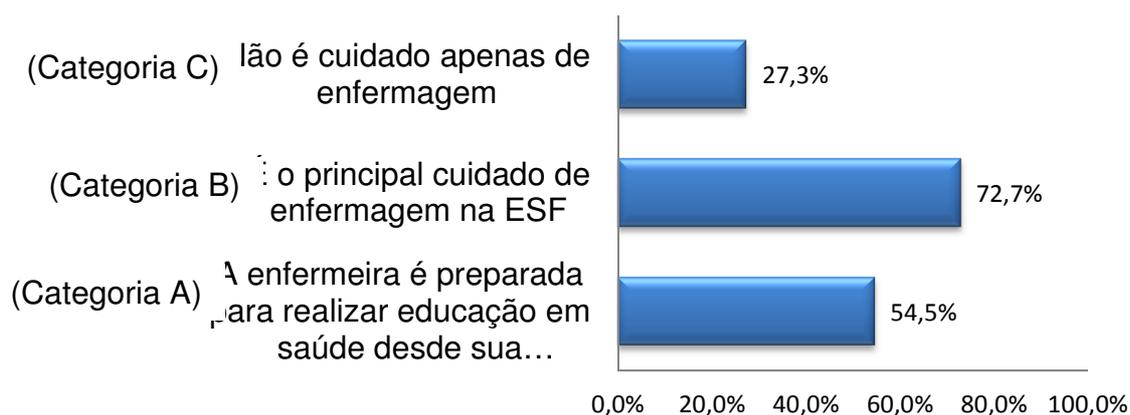
Temática 5: O grupo de educação em saúde como cuidado de enfermagem

A Temática 5 surgiu como resultado da análise das respostas à pergunta: “Você considera o trabalho com os grupos de educação em saúde um cuidado de enfermagem? Fale um pouco sobre isso.” que teve como objetivo averiguar se as

enfermeiras identificam, ou não, o trabalho com os grupos de educação em saúde como um cuidado de enfermagem.

A maioria das respostas das enfermeiras apresentou IC referente à educação em saúde como o principal cuidado de enfermagem realizado na ESF, o que denota a significativa importância dada por elas a essa atividade. Além disso, mais da metade das respostas apresentou IC que contribuiu para a formação da categoria que identifica a educação em saúde e, conseqüentemente, os grupos de educação em saúde, como atividades que estão presentes no perfil profissional da enfermeira desde o momento de sua formação profissional (Gráfico 5).

Gráfico 5. Frequência de IC nas categorias da Temática 4 - ENF (n=11)



Para a composição do DSC da Categoria A, participaram seis enfermeiras (ENF02; ENF06; ENF07; ENF09; ENF10; ENF11). Essa categoria apresenta o trabalho nos grupos de educação em saúde como algo que é fortemente trabalhado na formação da enfermeira, em seu curso de graduação, o que faz com que ela se sinta mais preparada para a prática dessa atividade.

CATEGORIA A – A enfermeira é preparada para realizar educação em saúde desde sua formação na graduação

Sim, com certeza, considero sim. É uma atividade de enfermagem, até da formação da gente, uma coisa que é trabalhada muito na faculdade, a questão da importância dos grupos, de trabalhar em grupo. A área médica, da própria formação da graduação deles, é mais a questão da consulta, a prescrição, não tem a orientação. Às vezes ele orienta, mas às vezes não dá nem tempo, é muita gente para atender. (Essa diferença) vem desde a faculdade, da graduação. Acho que essa parte é nossa e a gente, enfermeira, é quem fica mais tempo, que escuta mais, que tem tempo para orientar. Está mais para parte da enfermagem mesmo. Poderia ser já para outras profissões, falta eles se adequarem também ou mudarem o perfil para entrar. A gente, pelo menos, está mais preparada pra isso. A enfermagem é muito ligada à educação em saúde, a estar orientando o paciente (quanto) a questão do estilo de vida. Para eles é tão importante a informação, quanto à medicação. Aqui, na atenção básica, a gente faz muito, para estar mais perto do paciente, porque a gente, como orientadora, a gente está mais perto do paciente do que o médico. Então, para a gente orientar o paciente é mais fácil porque a gente está preparada para esse tipo de orientação. É relevante dentro da enfermagem porque a gente já é formada para isso, tá na nossa formação, é por isso que a enfermeira está acima na atividade educativa. Tem a questão, também, do interesse. Eu conheço outras colegas enfermeiras, que têm a mesma formação que eu, mas não têm esse mesmo engajamento. Então, é da formação e, também, pode ser que não seja da formação, pode ser que seja uma coisa mesmo pessoal até, de interesse, de saber que tem resultado, de querer ver resultado. Quando eu vejo a enfermeira trabalhando atividade educativa, pronto, ela já está fazendo cinquenta por cento do que ela tem que fazer. Você passa a ser mais valorizado, as pessoas passam a entender o que é realmente o seu trabalho. A gente vê que a educação em saúde dá esse respaldo para você, de ser até reconhecido pelo seu trabalho. Agora, a comunidade reconhece mais a gente como equipe de Saúde da Família, entendeu?

O imaginário das enfermeiras participantes deste estudo, revelado neste DSC, expõe a intensa influência que a formação, realizada durante a graduação, apresenta no preparo da enfermeira para o desenvolvimento de atividades educativas, postas em prática dentro e fora dos grupos de educação em saúde.

Diversos são os estudos que trazem a importância do processo de formação da enfermeira para o incremento da sua capacidade educativa (ABRAHÃO; GARCIA, 2009; LEONELLO; OLIVEIRA, 2008; BACKES *et al.*, 2008; CHAGAS; XIMENES; JORGE, 2007).

Cada vez mais, cresce o número de pesquisas desenvolvidas por enfermeiras que têm como objeto de estudo às atividades com grupos. Este fato

reflete uma tendência de aumento da valorização da estratégia grupal por parte dessas profissionais com diferentes tipos de público (GODOY; MUNARI, 2006).

A atividade educativa, bem como a utilização de grupos, não se constituem exatamente como uma novidade na profissão da enfermeira. Ela é, por natureza, uma profissional que desenvolve seu trabalho em grupo, como por exemplo, na equipe de enfermagem (MUNARI; FUREGATO, 2003).

Medeiros e Silveira (2007) apontam a relevante influência da formação profissional na prática da educação em saúde. Segundo os autores, uma forma de estimular o reconhecimento da realidade da população, considerada destinatária dessa prática, para que se possa trabalhar a partir de suas reais necessidades, é a ampliação dos espaços de aprendizagem dos futuros profissionais para fora dos muros da universidade.

A prática de atividades de extensão, por parte das instituições de ensino, apresenta a virtude de aproximar os futuros profissionais das vivências reais do cotidiano da população, haja vista que, futuramente, terão a própria população como foco de ação. Assim, pode-se, além do contato com a teoria, vivenciar a prática e percebê-la em todas as suas peculiaridades.

Estudo realizado por Chagas, Ximenes e Jorge (2007) revelou que o curso de graduação em enfermagem pode influenciar a ocorrência de modificações significativas no imaginário das futuras enfermeiras. Segundo o estudo, o próprio conceito de saúde, pode sofrer importantes modificações no imaginário dos acadêmicos durante a realização do curso.

Apesar disso, a literatura explica que ainda há certa dificuldade de transpor alguns aspectos teóricos para a prática profissional, em virtude, provavelmente, de dificuldades presentes no processo de formação. Dessa forma, aponta-se a necessidade de maior articulação entre teoria e prática no processo de formação, o que acaba por gerar dificuldades na prática desenvolvida (LEONELLO; OLIVEIRA, 2008; GAZZINELLI, *et al.*, 2005). Como resultado, tem-se uma evolução do discurso teórico que não consegue ser diretamente acompanhado por uma evolução da prática profissional.

Em contraponto, Backes *et al.* (2008), em estudo realizado com intuito de avaliar o impacto causado por um curso de especialização no processo de trabalho de enfermeiros, afirmam que já é possível se identificar “novos olhares” que estejam contextualizados à realidade vivida pelos usuários, principalmente em cursos de pós-graduação, que permitem a formação de enfermeiras mais voltadas para a utilização de estratégias críticas e reflexivas. Observação semelhante é realizada pelo estudo de Vila e Vila (2007), que enfoca essa característica em cursos de graduação de diferentes profissões da saúde, fazendo com que seja possível a elaboração de um novo perfil profissional, com foco na visão holística.

Participaram da composição do DSC da Categoria B desta temática oito enfermeiras (ENF01; ENF03; ENF04; ENF05; ENF08; ENF09; ENF10; ENF11). Aqui, apresenta-se a ideia de que a educação em saúde se caracteriza como a principal atividade realizada pela enfermeira na ESF e que, portanto, deve-se investir cada vez mais no aprimoramento profissional visando essa atuação.

CATEGORIA B – É o principal cuidado de enfermagem na ESF

Com certeza. O cuidado de enfermagem que se faz dentro do PSF é a educação em saúde, a promoção da saúde, porque cuidar não é só medicar, não é só examinar, cuidar é dar atenção e em um grupo desses você acaba dando atenção às pessoas, você acaba convivendo, compartilhando e isso é cuidar do outro. Educação em saúde, formação de vínculo, afetividade... cuida. Pensando no resultado do cuidado de enfermagem: promoção da saúde e prevenção de doenças, isso, pelo menos na atenção básica, a gente consegue muito mais com esse tipo de atividade do que na consulta individual. Você trabalha na parte hospitalar, em outros cantos também, cuidado de enfermagem ao paciente que já está com certa restrição, e aqui não, trabalho de promoção, a gente tá trabalhando no sentido de fazer com que essa pessoa tenha uma melhoria da sua autoestima, dos seus próprios cuidados. Eu deixo mais a parte clínica pro médico e procuro fazer mais a parte de orientação. Mesmo quando estou fazendo consulta de seguimento, eu procuro buscar a informação, puxar deles a informação pra poder passar corretamente o uso da medicação, porque o médico não espera, ele vai direto no próprio documento, e a gente não, a gente já puxa mais... A pressão tá alta, às vezes eles (médicos) nem investigam o que é, já vão fazendo alteração na medicação, e a gente não, a gente observa, pergunta... Com a educação em saúde, você pode prevenir muitas coisas. Você pode falar sobre o autocuidado, pode falar sobre os sinais de alerta do infarto, uma angina, um AVC e, com isso, eles conhecerem os sinais. Por exemplo, elas (usuárias) colocaram o tema de saúde reprodutiva, é uma coisa que é pra elas, que, com o tempo, elas vão se apropriando. Tinha mulheres que nunca tinham se olhado. É uma questão mesmo de promoção da saúde. A gente tem vários papéis. Às vezes

a gente faz o papel que é do médico mesmo que não é, no caso, o objetivo da enfermagem. Porque você estar transcrevendo receita dentro do posto, isso não é trabalho do enfermeiro, não o principal e, quando se está no posto, é o principal que se faz. Não desmerecendo, é claro que tem ainda uma parte que tem que fazer porque a gente ainda não conseguiu deslocar esse modelo biomédico. Os pacientes ainda têm essa visão, diferente daqui (do grupo), quando você faz educação em saúde, que é o trabalho do enfermeiro. Essa área de atenção primária é o forte da enfermagem. No futuro, o que o enfermeiro vai poder se destacar é isso. A enfermagem realmente tem que investir nessa área, se capacitar mais, procurar estar mais atento pra isso. Consultório é interessante, você ficar aqui e acompanhar clinicamente o paciente, mas aí (no grupo) você consegue atingir seu potencial maior, com certeza porque a gente está passando as informações. Tem melhorado, está muito longe do ideal, mas quando eu converso com as pessoas dos outros postos eu percebo até que a gente tem conseguido bons avanços e até o NASF dá muito esse retorno para a gente, porque o NASF não fica só nesse posto, eles trazem as pessoas dos outros postos para verem os nossos grupos, os agentes de saúde que estão em treinamento, a equipe que está em treinamento com eles, eles trazem para ver como é para poderem implantar em outro canto. A gente vai até o curso deles para mostrar como é que são feitos os grupos. A gente que está dentro acha que não consegue muita coisa, mas quando a gente compara fora... Eu não tenho como promover saúde e prevenir doença sem que haja o empoderamento. A pessoa tem que se responsabilizar pelo seu tratamento, tem que achar aquilo importante pra poder fazer. Eu só tenho adesão ao tratamento se eu achar que aquilo é necessário. Como é que eu vou fazer uma coisa que eu acho que não é importante? Eu sempre peço para quando eles forem fazer uma caminhada, que procurem um vizinho, que façam junto com o vizinho, que leve o vizinho para o grupo, (para) torná-los agentes de transformação, fazer com que eles se sintam pessoas importantes, porque muitas vezes eles são relegados a não ter mais função. Se o meu objetivo, na atenção básica principalmente, é prevenção de doenças e promoção da saúde, esse objetivo eu vou atingir por meio da educação em saúde. É tipo um trato.

A educação em saúde é ressaltada neste DSC como uma das principais atividades desenvolvidas pela enfermeira na ESF. O destaque dado à prática educativa é tanto que, em alguns momentos, ela é colocada como a responsável pelos alcances de alguns dos objetivos da ESF como a prevenção de doenças e a promoção de saúde.

Leonello (2007) faz, em seu estudo, um resgate histórico acerca de diversos momentos que marcaram a enfermagem como profissão com elevada tendência ao desenvolvimento da prática de educação em saúde. Segundo a autora, inicialmente, essa prática acontecia prioritariamente em instituições voltadas à saúde pública e, com o passar do tempo, passou a ser desenvolvida, também, nos outros níveis de atenção e com as mais diversas finalidades.

Outros estudos, também, apontam a educação em saúde como uma das principais atividades realizadas pela enfermeira, destacando o campo da saúde pública onde tais atividades tendem a acontecer com elevada frequência (ACIOLI, 2008; CARVALHO; CLEMENTINO; PINHO, 2008).

A educação em saúde é considerada uma prática inerente ao processo de trabalho da enfermeira e está ligada, dentre outros, aos objetivos da prevenção de doenças e promoção da saúde (ABRAHÃO; GARCIA, 2009).

Percebe-se que os achados, presentes neste DSC, estão em consonância com o que defende a literatura em relação à forte ligação existente entre a enfermagem e o desenvolvimento de práticas educativas, principalmente no que tange ao campo da saúde pública, aqui representado pelas atividades da ESF.

Leonello e Oliveira (2008), em estudo no qual abordam as competências para a ação educativa da enfermeira, explicitam que as práticas educativas permeiam o trabalho da enfermagem como um todo, inclusive suas atividades assistenciais. Em virtude desse argumento, chegam a apontar, como uma necessidade da formação inicial da enfermeira, a adoção da prática educativa como eixo norteador. Acioli (2008) corrobora esses argumentos e, complementa, com a necessidade de identificação de ambientes pedagógicos que favoreçam o desenvolvimento de habilidades das futuras enfermeiras, em relação à capacidade de potencializar o seu aprendizado da prática educativa.

O discurso aqui apresentado traz a ideia de que profissionais de outras categorias, por mais que exerçam essa atividade, não o fazem de forma tão frequente e com tanta propriedade quanto à enfermeira.

Estão envolvidas na composição do DSC da Categoria C três enfermeiras (ENF01; ENF06; ENF07). Nessa categoria, expõe-se discurso que afirma que o trabalho com os grupos de educação em saúde não se restringe à enfermagem e que, por esse motivo, deve ser executado pelas diversas categorias profissionais da saúde, sem distinção.

CATEGORIA C – Não é cuidado apenas de enfermagem

Isso é cuidado sim, não só de enfermagem, cuidado de saúde. Não acho que seja específico de enfermagem não, deveria ser de todo profissional porque, qual é o objetivo do PSF? Não é prevenção e promoção de saúde? Então, como é que eu vou alcançar esse objetivo, se eu não realizar educação em saúde? Certo? Então, não tem outro meio, tem que ser pela parte educativa mesmo. Os dentistas trabalham já. Por exemplo, o médico vai atender hoje tantos pacientes hipertensos, não custa nada ele tirar quinze minutos e fazer uma atividade educativa. (Em quinze minutos dá pra você dizer muita coisa. Eu, aqui, vou fazer prevenção, se tiver quatro, cinco (usuárias), eu reúno aqui (até mesmo) em pé e vou falar sobre a importância da prevenção, o que é HPV, como é que se pega, a importância do uso da camisinha. Aquilo ali é tão válido, eu falo da rotina da prevenção. Tem gente que se tiver um corrimento amarelo, fez prevenção faz três meses, já quer fazer outra, eu vou explicar que aquilo pode ser tratado por abordagem sintomática, (que) o objetivo da prevenção é outro. Existem, obviamente, outras categorias profissionais que conseguem cuidar assim (com grupos). A doutora [médica], no começo desse grupo, participava até como preceptora do PET. Ela levava os alunos e conseguia conduzir muito bem (a atividade grupal).

Neste DSC, apresenta-se a ideia de que a prática da educação em saúde pode e deve ser desenvolvida por todas as categorias de profissionais da saúde, pois, de acordo com o discurso, todos os profissionais apresentariam a mesma disponibilidade e preparo técnico para a execução desta atividade.

Corroborando o raciocínio presente neste discurso, o estudo de Vila e Vila (2007) traz a concepção de que as atividades de saúde desenvolvidas no Brasil, e especialmente no tocante à saúde coletiva, encontram-se em grande parte relacionadas à prevenção de agravos e à promoção de saúde, visando uma melhor qualidade de vida da população.

O pensamento das autoras defende a ideologia de uma responsabilidade compartilhada pelos profissionais de saúde, de maneira equânime, ou seja, não apresentando distinções acerca de que categoria profissional seria mais ou menos responsável pelo desenvolvimento de cada uma dessas atividades.

Ainda em relação ao estudo de Vila e Vila (2007), no qual as autoras realizaram um levantamento bibliográfico acerca das tendências da produção de conhecimento na educação em saúde no Brasil, aponta-se que o profissional de

saúde está, cada vez mais, preparado e habilitado para a realização da educação em saúde.

Uma possível explicação para que não haja maior frequência de abordagem da prática educativa por profissionais de saúde, pode estar relacionada ao tipo de formação recebida por esses profissionais que, muitas vezes, encontra-se embasada na qualificação puramente técnica (BESEN *et al.*, 2007). Um típico resultado desse processo de formação é praticado pelo médico ao subestimar a importância do discurso do usuário, dando pouco espaço para que ele venha a se colocar no processo terapêutico. Nesses casos, o discurso exigido pelo profissional está mais voltado para a descrição de sinais e sintomas e, dessa forma, para a supervalorização da doença, em detrimento da pessoa que busca auxílio no serviço de saúde (ALVES; NUNES, 2006).

No entanto, ao abrirem uma oportunidade para que ocorra o diálogo entre os conhecimentos técnico-científicos e populares, profissionais e usuários se colocam como atores de um processo pautado no respeito entre diferentes culturas e diferentes formas de pensamento, podendo, assim, estabelecerem uma forma compartilhada de saber acerca do processo saúde-doença e, em conjunto, pactuarem estratégias com vistas a soluções dos problemas vivenciados (ALVES, 2005).

Ao lançarem mão dessa possibilidade de compartilhamento de saberes, os profissionais estarão contribuindo para a construção de sujeitos realmente comprometidos com sua saúde e, dessa forma, mais autônomos para participarem no processo de recuperação e promoção da saúde.

5.4.2 A educação em saúde sob o olhar dos usuários

Com intuito de facilitar a visualização das temáticas oriundas dos DSC dos usuários, apresenta-se sua distribuição, bem como de suas respectivas categorias constituintes (Figura 6).

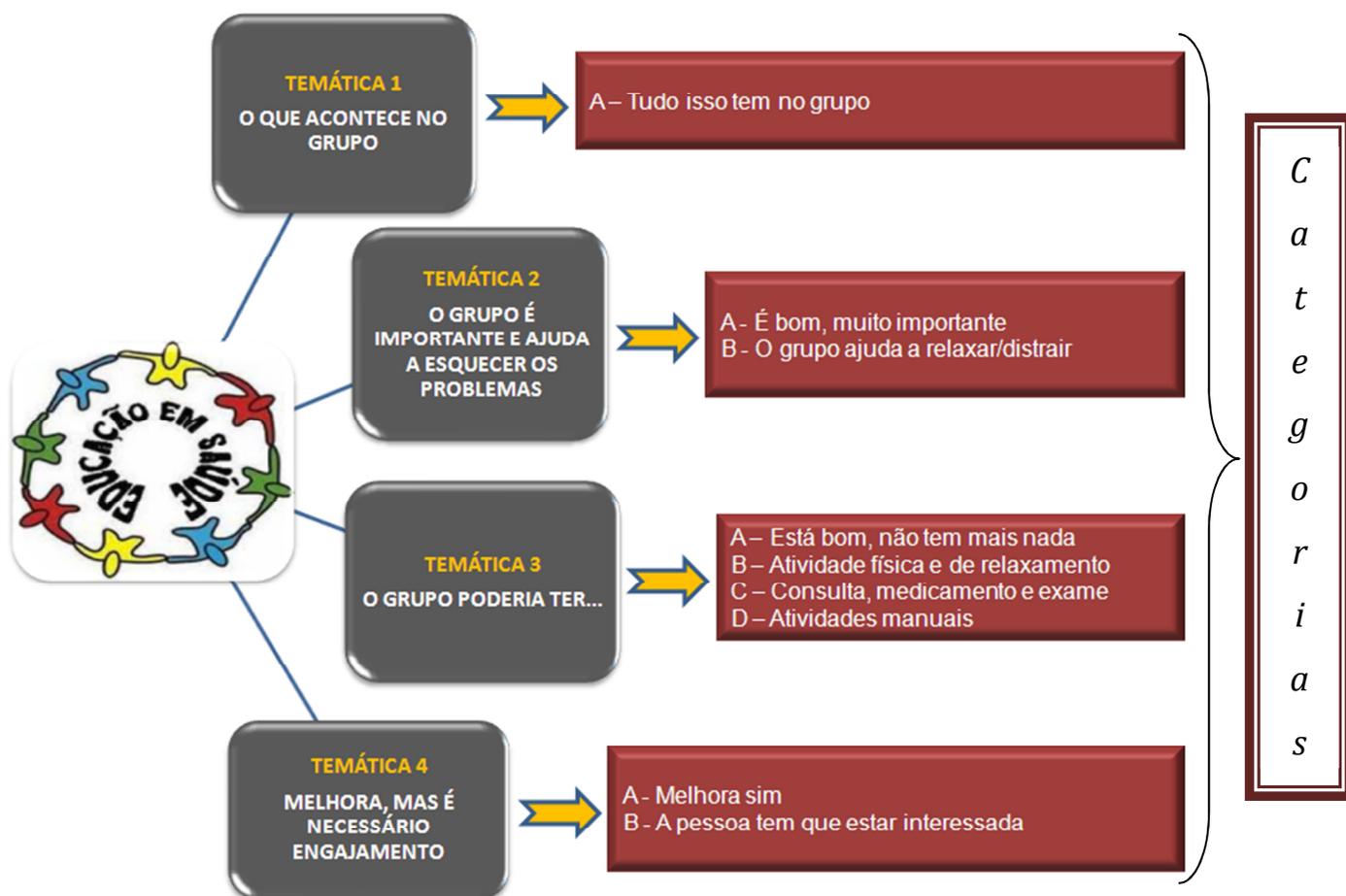


Figura 6 – Temáticas e categorias presentes nos DSC dos usuários

Apresenta-se a seguir a relação das temáticas provenientes das categorias que, por sua vez, advieram da organização das IC identificadas nos discursos de cada usuário participante do estudo, bem como os DSC construídos a partir da organização das ECH presentes nas falas coletadas por meio das entrevistas.

Temática 1: O que acontece no grupo

A Temática 1, analisada sob o enfoque dos usuários, surgiu como resultado da análise das respostas à seguinte pergunta: “Que atividades são desenvolvidas no grupo de educação em saúde que você participa?” que teve como

objetivo identificar as atividades realizadas nos grupos de educação em saúde participantes da pesquisa.

Nesta temática, todas as IC presentes nas respostas dos entrevistados se reportaram à categoria destinada à descrição das atividades desenvolvidas nos grupos de educação em saúde. Esse fato mostra a grande força representativa adquirida pelo DSC composto, haja vista que as ECH de todas as falas dos usuários participantes estão aqui presentes.

Para a composição do DSC da Categoria A da Temática 1 participaram todas os 55 usuários entrevistados (USU01; USU02; USU03; USU04; USU05; USU06; USU07; USU08; USU09; USU10; USU11; USU12; USU13; USU14; USU15; USU16; USU17; USU18; USU19; USU20; USU21; USU22; USU23; USU24; USU25; USU26; USU27; USU28; USU29; USU30; USU31; USU32; USU33; USU34; USU35; USU36; USU37; USU38; USU39; USU40; USU41; USU42; USU43; USU44; USU45; USU46; USU47; USU48; USU49; USU50; USU51; USU52; USU53; USU54; USU55). Neste discurso, encontra-se presente o conjunto de atividades desenvolvidas nos grupos de educação em saúde na visão dos usuários que participam desses grupos.

A – Tudo isso tem no grupo

Tem muitas atividades. Sempre a gente faz esse movimento que o rapaz (educador físico de NASF) fez hoje, esse exercício, como nos bombeiros. Ele ensina muita coisa boa à gente e a gente vai fazendo junto com ele. A gente conversa, tem vídeo ensinando a gente como viver, se alimentar, tem roda, palestras, agora ele falou muito sobre a gripe. Eu gosto muito das palestras, elas ensinam muita coisa. A gente brinca, dança, a gente sai pra caminhar, tem alongamento, tem agora a hidroginástica que eu gosto muito, rebolado e uma dancinha de vez em quando. A caminhada depende muito da gente. Coisa que nunca tinha, as brincadeiras, os encontros, dinâmica, gincana, festinha, a gente também faz passeio, comemora o dia das mães, o aniversário do grupo, essas coisas todas pra mexer com a mente da gente, pra ver se a gente melhora mais a mente, vê se pega mais inteligência. No dia de São João nós fizemos uma festa de dança, foi boa demais! Tem os bonequinhos (fantoques) também que a gente assiste. Tão bonitinhos aqueles bonequinhos! A gente faz muitas amizades e conhece as pessoas. No dia das mães teve a troca de presentes com o nosso vizinho. Quando as meninas (profissionais) inventam aquelas brincadeiras, a gente ri, se diverte, aquilo é bom pra gente. Tem esses encontros pra falar sobre prevenção de acidentes, aí as outras coisas são as vacinas que elas (enfermeira e ACS) trazem e a gente toma aqui mesmo. Muita

coisinha boa e é coisa que faz bem à gente. Quando a gente chega, primeiramente a gente senta pra se acalmar, aí ela (enfermeira) vai conversar com a gente, explicar alguma coisa pra gente. Tem o [nutricionista do NASF] que vem falar o que os hipertensos pode comer, exercícios que pode praticar, as pessoas diabéticas o que pode dar, que não pode. Elas (enfermeira e ACS) dão umas explicações, falam sobre a alimentação, que a gente deve se alimentar mais com frutas, não comer com sal nem com gordura e fazer exercício. O exercício ajuda muito quem tem problema de pressão. A pessoa, às vezes, pensa em ficar parado, sem se mexer e eles dizem que é melhor fazer um exercício porque ajuda na circulação e pertence muito à pressão a circulação. A doutora [enfermeira] também dá uma palestra sobre os hipertensos, conversa sobre os problemas da gente, da doença da gente, explica como é que a gente toma o remédio, o que é que faz bem e o que é que faz mal e fala para nós chegar junto com o grupo. Ela recebe a gente bem recebido, com muita alegria, arranja tudinho, bota tudo assentadinho, dá atenção à gente que é o importante. Atendem a gente muito bem (os profissionais), consultam a gente, dão merenda, mede pressão, glicemia, exame de sangue, a gente se pesa, recebe medicamento, tem vezes que falta. Se não tem aqui pra receber, passa pra receber no posto. Esse meu só vai dar pra esse mês, quando terminar eu vou me consultar com a doutora [enfermeira] para ver o que ela vai dizer. Às vezes me encaminham pra eu ficar na fila de espera e é um terror. Elas (profissionais) têm paciência com a gente, fazem umas coisinhas com a gente que a gente se sente bem melhor. Uma vez por mês a gente se junta para programar como vai ser o mês seguinte. Sempre é um papo que nós temos na última reunião do mês e a [enfermeira] participa. É bom demais!

O DSC apresentado expõe uma grande diversidade de atividades desenvolvidas nos grupos e presentes no imaginário coletivo dos usuários. Percebe-se que as práticas relacionadas ao processo educativo não são as únicas a serem evidenciadas, haja vista que as atividades voltadas à socialização e confraternização, também, foram bastante enfatizadas.

O fato de os usuários apresentarem experiências vividas nos grupos, que não estejam voltadas exclusivamente à doença, pode estar relacionado à valorização, por parte deles, de aspectos constituintes de uma concepção ampliada de saúde, como por exemplo, a qualidade de vida. Isto leva a crer que os grupos de educação em saúde pesquisados, apesar de suas dificuldades, estão conseguindo vencer barreiras historicamente reconhecidas do processo saúde-doença, como a supervalorização da doença e de aspectos relacionados a ela como a medicalização do cuidado, em detrimento da pessoa humana.

Atualmente, fatores como os sociais, econômicos e, inclusive, culturais são tidos como preponderantes no processo saúde-doença. Esse fato,

característico, da evolução do próprio conceito de saúde, acarretou o desenvolvimento das ações ligadas à educação em saúde, fazendo com que fossem além dos limites do biológico (ALVES, 2005).

Em relação a isso Gazzinelli *et al.* (2005) afirma que:

A doença é manifestada cognitivamente e afetivamente. Decorre daí a importância da educação em saúde buscar explorar a forma como a doença é elaborada culturalmente, tendo como horizonte levar os sujeitos ao reconhecimento desta como algo anômalo, vindo assim a favorecer comportamentos de recusa, negação e remoção da enfermidade – fenômeno que pode ser designado como de “*desnaturalização*” da doença, segundo o qual a doença é extraída de um contexto em que é vista como normal, natural (p. 204).

Caso se pretenda desenvolver uma educação em saúde com caráter mais próximo aos princípios da ESF e, ainda, que vislumbre a construção de sujeitos mais conscientes e autônomos, é fundamental que se busque a utilização de estratégias que não estejam embasadas unicamente na transmissão de conhecimentos, mas, na construção de conhecimentos e na busca pela qualidade de vida. Destarte, dedicar um espaço do processo educativo para que se possa trabalhar questões que transcendem o biológico, proporciona a possibilidade de empoderamento do usuário e, conseqüentemente, do desenvolvimento de conhecimentos e práticas favoráveis ao cuidado da saúde em virtude do maior controle das condições de vida, tanto no plano individual, quanto no coletivo (BESEN *et al.*, 2007).

As referências feitas neste DSC às diferentes formas encontradas para se trabalhar o processo educativo nos grupos, seja por meio de vídeos, fantoches ou dinâmicas e, ainda, da realização de atividades de socialização reflete a busca por estratégias de mobilização que possuam a capacidade de estimular o público-alvo. Vale ressaltar que a carência de recursos audiovisuais e de materiais didáticos, apesar de dificultarem sua realização, não devem inibir a prática educativa, haja vista que a prática educativa deve tentar se integrar às formas de comunicação presentes na comunidade (PLUCENIO *et al.*, 2010; MACHADO; VIEIRA, 2010).

Outro ponto destacado foi a possibilidade da troca de experiências entre os próprios usuários como uma das possibilidades exploradas pela educação em saúde realizada nos grupos. Aqui, enfatiza-se o caráter democrático e coletivo da construção do conhecimento que está em consonância com as ideias de Freire

(1987) de que a educação transformadora está pautada, dentre outros, nos aspectos democrático e dialógico.

A valorização da construção coletiva do processo educativo, do diálogo entre os atores componentes desse processo e do respeito entre diferentes tipos de saberes são características da forma humanizada de produção do cuidado.

Por outro lado, ainda é bastante presente a ideia da realização de atividades voltadas à prática do modelo tradicional de educação em saúde, como a realização de palestras. Este achado pode estar relacionado à dificuldade encontrada pelos profissionais de abandonarem o referido modelo em virtude de sua hegemonia historicamente construída e, além disso, da dificuldade de implantação dos pressupostos presentes no modelo radical (ABRAHÃO; GARCIA, 2009; OLIVEIRA; 2005; GAZZINELLI *et al.*, 2005).

A socialização, caracterizada neste DSC como uma prática valorizada nos grupos se caracteriza, de acordo com Abrahão e Garcia (2009), como uma necessidade fundamental da comunidade, ligada ao processo de convivência e de relacionamento com outro. Ainda segundo os autores:

Esta necessidade faz o indivíduo sair de si mesmo, extrapolar a dimensão de seu corpo e ir ao encontro do outro, onde firma sua própria singularidade. E é esta convivência que pode estimular os sujeitos a se esforçarem na busca pela compreensão da realidade que os cerca, produzindo saber próprio, apropriando-se do espaço em que se inserem (p.158).

A socialização é atividade frequentemente encontrada nos grupos. Ela pode acontecer, dependendo do tipo de grupo, como objetivo central ou secundário e tem como base o estímulo ao relacionamento interpessoal, que pode ser utilizado como ferramenta utilizada no cuidado e na aprendizagem (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005; MUNARI; FUREGATO, 2003).

Temática 2: O grupo é importante e ajuda a esquecer os problemas

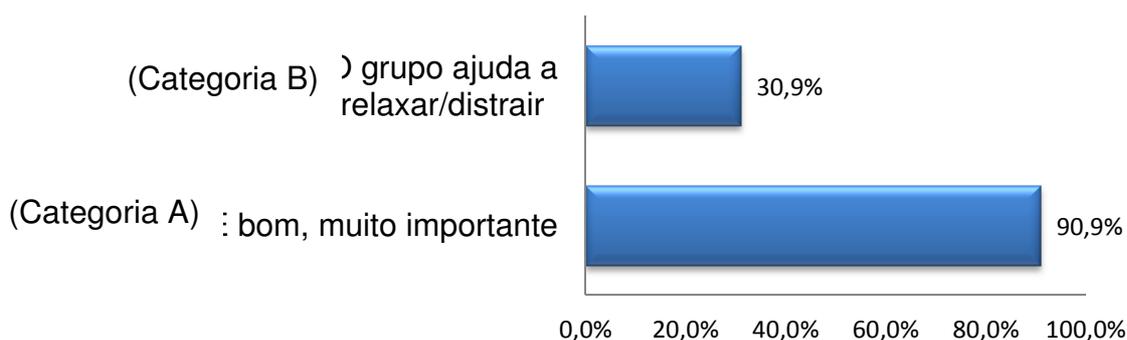
A Temática 2 teve origem nas respostas obtidas a partir do seguinte questionamento: “O que você acha dessas atividades? Por quê?” que teve como

objetivo descrever a percepção dos usuários acerca das atividades realizadas nos grupos.

A grande maioria das respostas desta temática apresentou IC ligada à Categoria “É bom, muito importante” que expressa opinião positiva dos usuários acerca das atividades realizadas nos grupos (Gráfico 6).

Cerca de um terço das respostas apresentou IC que se enquadra na Categoria “O grupo ajuda a relaxar/distrair” que enfatiza a posição de usuários que utilizam os grupos como estrutura de apoio psicológico ou emocional.

Gráfico 6. Frequência de IC nas categorias da Temática 2 - USU (n=55)



O DSC da Categoria A desta temática foi composto a partir das contribuições de 50 usuários (USU01; USU02; USU03; USU04; USU05; USU06; USU07; USU08; USU09; USU10; USU11; USU12; USU13; USU14; USU15; USU16; USU17; USU19; USU20; USU21; USU22; USU23; USU24; USU25; USU26; USU27; USU28; USU29; USU30; USU32; USU33; USU34; USU35; USU 36; USU37; USU38; USU39; USU40; USU41; USU43; USU44; USU45; USU46; USU47; USU48; USU49; USU50; USU51; USU54; USU55). Este discurso traz a qualificação das atividades realizadas nos grupos de educação em saúde como algo bom e, portanto, importante para os membros desses grupos.

A – É bom, muito importante

Tá ótimo, maravilha, muito importante, tanto que eu não falto, até porque a gente só tinha lá (no posto) e aí apareceu esse grupo aqui também, melhorou. Para nós é um privilégio! O bairro é pobre, qualquer atividade que você fizer é importante demais pra saúde. Espero que sempre continue e a gente traga mais pessoas, que a gente convida, mas o pessoal não querem vir, não sabem o quanto é importante. Eu vou (ao grupo) porque eu não posso perder, não é um passeio, é um aprendizado pra nós, porque, se a gente aprendeu pouca coisa quando era criança, agora, que a gente é idoso, é que precisa aprender alguma coisa porque o idoso é que tem precisão dessas coisas. Eu gosto do modo delas (enfermeira e ACS) falarem, da conversa, da palestra. A gente vem, é bem atendido e recebe os medicamentos. Graças a Deus eu não tenho queixa porque sempre que eu venho tem alguém pra me atender e elas atende bem, são muito atenciosas, não trata a gente mal não e, na idade que a gente tá, a gente gosta das pessoas que a gente vê que gosta da gente. O doutor [médico], tem muita gente que acha ele meio enjoado. Às vezes ele mal olha pra gente, aí eu fico assim meio encucado, mas essa aí é tão legal, a [enfermeira]. Cada vez a gente sai aprendendo mais como é que a gente tem que fazer, sobre os remédios, aprende as coisas sobre o intestino, sobre a comida que a gente come, sobre sexo e muitas outras coisas. Tô me sentindo bem acompanhado, já melhorei as condições, fiquei mais esperto, mais comportado, é bom pra nossa saúde, é bom pros problemas que a gente sofre, quem tem diabetes e quem tem pressão alta. A gente, às vezes, tá com a pressão "por acolá" e vai lá pro posto lotado e acontece de muitas vezes não conseguir. No grupo, tem o dia que a gente vai e reúne todo mundo, já atende ali na hora e pronto e a gente ainda tem mais facilidade pra médico, tratamento, remédio, essas coisas assim. Tem muita gente que não faz o seu tratamento por falta de consciência. Espero que as pessoas tenham mais responsabilidade, não falem às consultas porque muitas vezes acontece os problemas com a gente porque a gente negligencia. Há poucos dias eu estive conversando com minha vizinha, eu tenho certeza que o remédio dela não foi medicado pra ela tomar só à noite. Então, o que é isso? É conhecimento. Se ela viesse e escutasse a palestra, ela ia ficar achando importante. Eu sei a necessidade da gente se cuidar, não pode correr com a hipertensão. O acompanhamento da hipertensão é junto com o médico, com a enfermeira e tomar os remédios bem direitinho, não exceder nas alimentações e isso só precisa ter conhecimento tirado daqui (do grupo). Adoro as brincadeiras, as amizades, a coisa mais boa é a gente conhecer pessoas porque se anima mais. Aliás, não é só eu não, todos adoram porque é bom, todo mundo ali reunido num só pensamento. Ali a gente se acha uma só família. Lá no posto é só aqueles remédio e aqui pelo menos é melhor, bota o rádio pra tocar pra gente dançar um pouquinho, porque não é só a ginástica que diverte não, também tem que se divertir com a dança. Ninguém pode ficar parado. Mede a pressão, o peso e a gente fica aliviado por saber o peso, a pressão, se tá boa. Esses exercícios que eles (os profissionais) fazem, caminhadas, alongamento, eu acho muito proveitoso que já ajuda sua mente, sua memória. Acho bom a caminhada porque é muito bom a gente andar, exercita o corpo, eu me sinto leve, nem barriga eu tenho mais! A turma tá toda com saúde, tudo caminhando, tá tudo bem! Quanto mais tiver os exercícios seria melhor e eu não quero mais deixar de vir porque é muito bom.

É clara a percepção de que as atividades desenvolvidas nos grupos de educação em saúde são consideradas benéficas pelos usuários. Este discurso permite notar, ainda, a valorização dada ao trabalho da equipe da ESF e, em especial da enfermeira, considerada uma profissional bastante atenciosa.

Gonçalves e Schier (2005) corroboram a importância da realização da atividade educativa nos grupos e mostram que é possível desenvolver uma prática educativa pautada no diálogo e no respeito entre os diferentes saberes.

Ao atuar por meio da utilização da prática educativa, realizada de forma democrática e dialógica e visando a autonomia do usuário, a enfermeira apresenta a possibilidade de desenvolver um trabalho realmente comprometido com as necessidades dos usuários e, além disso, de ter seu trabalho mais reconhecido por eles. Contudo, não se garante que, estimulando a autonomia e a formação de consciência crítica, os usuários venham a desenvolvê-las em sua plenitude (SOUZA *et al.*, 2005).

A importância da realização do tratamento é reconhecida no DSC apresentado e a busca pelo conhecimento é apontada como um forte estímulo à participação nas atividades dos grupos. Além disso, o discurso afirma que o fato de os usuários participarem de um grupo de educação em saúde lhes confere certas facilidades em relação ao tratamento, como conseguirem acesso aos profissionais e a medicamentos de forma mais rápida.

Essa aparente busca do conhecimento por parte do usuário pode ser traduzida como uma tentativa de conquista de maior independência em relação ao cuidado (ALVES; NUNES, 2006). Este processo de busca por autonomia está relacionado à vocação ontológica do homem de *ser mais* em virtude de seu reconhecimento como ser inconcluso (FREIRE, 1987).

Neste discurso, está presente a opinião de que os usuários se sentem bem tratados e bem acolhidos nos grupos e, aparentemente, essa diferenciação no modo de serem atendidos atua no sentido de promover maior bem-estar.

Silva *et al.* (2006), em estudo realizado com grupos de intervenção educacional e terapêutica para o controle de HAS e DM, apresentaram resultado

semelhante ao relatarem que o seguimento regular e por um longo período de tempo possibilitou a formação de vínculo entre profissionais e usuários, o que favoreceu a adesão ao tratamento, deixando claro que a estratégia do trabalho com os grupos se apresenta como uma forma muito útil no controle dessas doenças.

Vale ressaltar que, ao buscar o estreitamento de laços e a formação de vínculo com o usuário, o profissional deve ter em mente que não pode, seja direta ou indiretamente, contribuir para o aumento da dependência do primeiro em relação ao serviço de saúde, fato este que iria de encontro com o que se preconiza em relação à atividade educativa, que é a busca pela autonomia do usuário (MUNARI; FUREGATO, 2003).

Este DSC mostra, ainda, a valorização do sentimento de pertencermos a um grupo unido, como se formássemos uma verdadeira família. Este aspecto remete à coesão grupal, caráter análogo ao vínculo estabelecido na terapia individual. A coesão apresentada pelo grupo incorpora os diversos tipos de vínculos estabelecidos, entre o coordenador do grupo e os usuários participantes, entre os próprios usuários e, enfim, do grupo como um todo. A coesão pode funcionar como um importante instrumento de avaliação do funcionamento do grupo e, além disso, coloca-se como condição fundamental para o bom andamento do processo terapêutico (MUNARI; FUREGATO, 2003).

Estão envolvidos na composição do DSC da Categoria B desta temática 17 usuários (USU03; USU13; USU14; USU16; USU17; USU18; USU21; USU22; USU23; USU25; USU31; USU34; USU39; USU42; USU51; USU52; USU53) que, por meio deste discurso, afirmam que a convivência proporcionada nos grupos de educação em saúde ajuda a se sentirem mais relaxados, ou, ainda, mais alegres e ativos.

B – O grupo ajuda a relaxar/distrair

Eu gosto porque a gente esquece os problemas de casa, os problemas de filho, disso, daquilo outro. Quando a gente chega em casa, a gente já chega outra pessoa, chega com mais amor com os filhos, com as pessoas. Eu me sinto alegre lá porque diverte e as dores que a gente tem, as preocupações, vai passando pra trás. É como que a gente chegue aqui bem estressado e saia bem aliviado. Quando a gente sai daqui já sai mais, vamos dizer assim, mais leve, já num é mais aquela pessoa que

entrou cheio de coisa. A gente já sai muito feliz. É bom demais! Estamos ali buscando, primeiramente, a paz, a amizade, o conforto e a saúde. Quando eu saio daí (do grupo), eu fico com meu corpo mais maneiro, não sinto muita dor, me sinto bem. Quando eu tô só em casa fazendo uma coisa, fazendo outra, eu sinto muito cansaço. Movimento é bom, eu gosto. Antes eu era uma pessoa muito fechada dentro de casa, muito sozinha, vivia nervosa, logo teve essa onda de assalto de roubar celular na porta da gente. Agora eu não fico mais tanto em casa, vou para minha mãe, fico com os velhinhos lá. Ficar fechado é muito ruim. Eu me sinto mais forte, cheia de ar e mais tranquila. A pessoa só em casa fica é doente, sem fazer nada, não pode viver só dentro de casa. A gente sair ajuda, deixa a gente mais tranquila. Lá em casa, quando eu tô sem fazer nada, eu fico "hiperternentezinha".

Percebe-se com este DSC que o grupo está presente no imaginário dos usuários como um local que atua na promoção do sentimento de bem-estar daqueles que participam. Este sentimento se apresenta intimamente relacionado à ideia de qualidade de vida. Além disso, atua de forma a auxiliar o relaxamento e a socialização entre seus membros.

Resultado semelhante é relatado por Fernandes e Siqueira (2010). Nesse estudo, as autoras encontraram que o fato de sair de casa e realizar atividades fora do ambiente domiciliar é algo bastante valorizado pelos usuários que participam de atividades de educação em saúde, principalmente, pelos idosos.

A valorização de aspectos que não estejam ligados unicamente ao plano objetivo da doença, revela a ampliação da noção de saúde e, por conseguinte, o reconhecimento de que fatores relativos ao plano subjetivo apresentam relevante participação no processo de composição do imaginário pessoal sobre a doença (PIRES; MUSSI, 2009; FAVORETO; CABRAL, 2009; BESEN *et al.*, 2007; SOUZA *et al.*, 2005).

O desenvolvimento de técnicas de socialização é tido como atividade inerente à formação dos grupos, mesmo que este se constitua em seu objetivo inicial, haja vista a própria natureza gregária do ser humano (MUNARI; FUREGATO, 2003). As autoras apontam, ainda, que o processo de convivência grupal está bastante relacionado ao desenvolvimento de novas atitudes e comportamentos por parte de seus membros.

Desta forma, percebe-se certa necessidade do homem em conviver e se relacionar com os outros. Esse convívio pode atuar como um estímulo para que este

homem busque compreender a realidade na qual está inserido e, ao compreendê-la, possa apropriar-se dela e desenvolver seus próprios mecanismos de intervir na realidade (ABRAHÃO; GARCIA, 2009).

Os achados revelados por este DSC permitem perceber que o modelo educativo tradicional, apesar de hegemônico, não está presente de forma exclusiva no imaginário dos usuários, haja vista o fato de perceberem os grupos como espaços que vão além das atividades voltadas à transmissão de conhecimentos.

É importante destacar que os grupos de educação em saúde não necessitam restringir suas atividades àquelas de cunho unicamente educativo, ou seja, pode-se, a partir da atividade grupal, almejar o alcance de mais de um objetivo (MUNARI; FUREGATO, 2003).

Logo, a característica apresentada neste DSC, de que os grupos de educação em saúde pesquisados estão sendo utilizados como forma de promover bem-estar aos seus participantes, está de acordo com os objetivos possíveis de serem alcançados. Além disso, a característica aqui ressaltada é, de certa forma, até recomendada devido aos benefícios causados aos usuários, de acordo com o relato presente no discurso.

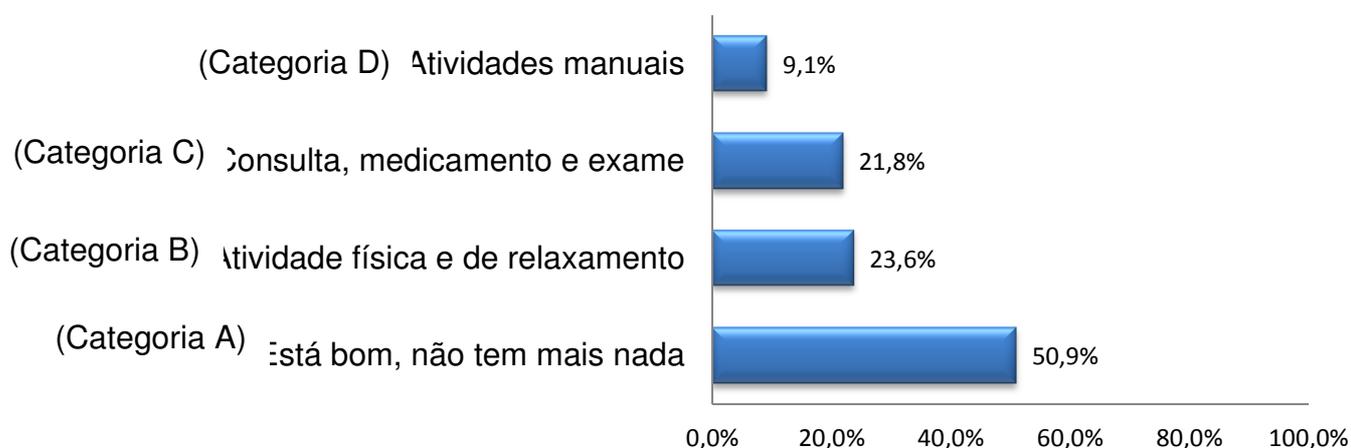
Temática 3: O grupo poderia ter...

As respostas obtidas a partir do questionamento: “Há outras atividades que deveriam ser abordadas? Por quê?” que teve como objetivo identificar se os usuários participantes dos grupos vislumbram mais alguma(s) atividade(s) a ser(em) desenvolvida(s) nos mesmos, levaram a construção da Temática 3.

Mais da metade das respostas nesta temática apresentou IC referente à categoria “Está bom, não tem mais nada” que apresenta a ideia de que as atividades realizadas nos grupos são suficientes para os usuários, não havendo necessidade de inclusão de mais nenhuma (Gráfico 7).

É importante ressaltar que, assim como na composição da Temática 3 do DSC das enfermeiras, o DSC dos usuários, por meio da temática atual, também apresentou a ideia de se desenvolverem atividades manuais nos encontros dos grupos.

Gráfico 7. Frequência de IC nas categorias da Temática 3 - USU (n=55)



Para a composição do DSC da Categoria A da Temática 3, participaram 28 usuários (USU03; USU08; USU09; USU10; USU12; USU13; USU14; USU15; USU17; USU18; USU19; USU21; USU22; USU24; USU25; USU26; USU27; USU31; USU33; USU34; USU35; USU36; USU37; USU40; USU42; USU48; USU52; USU55) que compartilham o pensamento de que não há outras atividades a serem desenvolvidas nos grupos de educação em saúde, pois as atividades existentes já os satisfazem.

A – Está bom, não tem mais nada

A mim já satisfaz, não falta mais nada não. Está bom demais, eu tô gostando de tudo que elas (enfermeira e ACS) estão fazendo aqui, tá ajudando bastante à gente. Se aumentar alguma coisa, melhor, mas o que a gente tem mais necessidade, tem, principalmente o carinho de todos, isso é importante. Só em elas ter atenção com a gente é tudo. Outras coisas mais puxadas eu já não posso fazer e tem muitas senhora aqui que tá mais doente do que eu. Eu sei que é bom, eu sei que é gostoso, mas só que eu não posso fazer. Eu queria que eu fosse uma pessoa que pudesse participar, que eu gosto. Eu gosto muito de sair de casa, eu gosto muito de me

divertir. Além disso, o tempo é pouco também e nem todo dia vêm todos (os usuários). Eu não quero é que o povo desista pra nós levar à frente.

Uma das características marcantes deste DSC é a relevância atribuída aos sentimentos de carinho e atenção presentes nas atividades desenvolvidas. Com isso, percebe-se que a afetividade e a valorização do outro se colocam como alguns dos requisitos mais importantes a serem trabalhados nos grupos em virtude de sua capacidade de promover bem-estar e, conseqüentemente, de contribuir com a melhoria da qualidade de vida.

A valorização da fala do usuário é entendida como uma importante forma de incentivar sua autonomia, pois possibilita que o profissional possa encará-lo como personagem de seu próprio adoecer. Ao agirem dessa maneira, poderão desenvolver um processo dialógico no qual o usuário tenha a oportunidade de interagir como sujeito do processo terapêutico e não apenas como objeto dele. Assim sendo, o desenvolvimento de uma escuta qualificada, por parte da enfermeira, passa a ser considerado uma habilidade fundamental para a prática da educação em saúde e do cuidado de enfermagem como um todo (FAVORETO; CABRAL, 2009; BOEHS *et al.*, 2007).

Em estudo de Backes *et al.* (2008), aponta-se que muitas enfermeiras já apresentam uma visão mais ampliada do processo de educação em saúde, manifestada por meio da valorização de aspectos como autocuidado, autonomia e qualidade de vida e a fundamentam a partir da busca pelo estabelecimento de um processo dialógico com o usuário.

Em contraponto, Alves e Nunes (2006) trazem a informação de que nem todos os profissionais se encontram voltados para a prática do modelo radical de educação em saúde, caracterizado pelo diálogo e respeito entre os diferentes saberes. Ao realizarem estudo acerca da educação em saúde realizada por médicos a usuários com HAS na ESF, as autoras encontraram que a narrativa do usuário tinha pouco espaço no processo educativo e que, quando valorizada, essa narrativa estava, na maioria das vezes, voltada para a descrição de sintomas da doença.

A valorização da afetividade relatada pelo discurso traduz a busca pela humanização e da integralidade do cuidado de forma a reconhecer a pessoa como centro do processo terapêutico e não a doença.

A promoção do princípio da integralidade é apresentada como uma das competências para a ação educativa realizada pela enfermeira e retrata o entendimento do homem como ser biopsicossocial. Sendo assim, percebe-se a importância da valorização desse sujeito a partir de suas diversas dimensões, inclusive a afetiva. Esse princípio, que considera o homem em sua totalidade, apresenta a possibilidade de transformação das relações de quem cuida com quem é cuidado à medida que transforma a impessoalidade da relação sujeito-objeto, dando lugar à humanização da relação sujeito-sujeito (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Vale ressaltar que o fato de se encontrar neste DSC a ideia de que as atividades desenvolvidas nos grupos estão satisfazendo às necessidades dos usuários, demonstra que elas estão em consonância com seus anseios e, portanto, que estão, em grande parte, voltadas à realidade desses usuários como preconizado pela literatura (BACKES *et al.*, 2008; FREIRE, 1996).

Estão envolvidos na composição do DSC da Categoria B 13 usuários (USU01; USU02; USU04; USU11; USU16; USU20; USU21; USU23; USU28; USU29; USU32; USU41; USU49) que compartilham a ideia de se ter, entre as atividades realizadas nos grupos de educação em saúde, a atividade física e de relaxamento.

B – Atividade física e de relaxamento

O que eu achava que era interessante era essa física que os bombeiros faz com a gente, ser indicado por alguém o que é que eu posso fazer, o que não posso, essas coisas, que ficava aqui mais perto e muito mais gente participaria. Se eles (profissionais) tivessem condição de botar uma dança seria bem melhor, ainda se exercita mais, mexe com o corpo da gente todo: cabeça, pé, tudo. Não sei se é porque eu gosto de dança... A caminhada, a aeróbica, que não tá tendo, aquelas garrafinhas PET pra fazer exercício, num canto fechado, também é muito bom e se tivesse uma natação seria ótimo, porque eu sinto que é um exercício que a gente faz no corpo em geral. Tomar banho de piscina (hidroterapia) eu ainda não fui experimentar porque estava doente. Eles falaram que vão trazer umas bacia com água e as bilas, que a gente tem que fazer um movimento com os pés e trazer um pessoal pra fazer massoterapia. Podia ter aqui e acolá um passeio numa praia,

numa igreja, num parque, ter churrasco, essas coisas. Às vezes, a gente chega sem se alimentar, então podia ter um chazinho, alguma coisa, porque a gente vem bem cedinho, cinco horas a gente tá aqui, porque a gente que é dona de casa tem que chegar em casa cedo. A gente tem mil problemas pra resolver. A gente sai de casa muito cedo, aí não dá tempo a gente tomar nada.

Neste DSC, apresenta-se como possibilidade de novas atividades a serem desenvolvidas nos grupos as atividades ligadas ao exercício físico e ao relaxamento dos participantes.

A prática da atividade física pode ser considerada como uma estratégia voltada para a promoção do envelhecimento saudável e, como grande parte dos usuários frequentadores dos grupos é composta por idosos, apresenta reconhecida importância com relação à redução da figura do idoso dependente e, ao mesmo tempo, das chances de desenvolverem complicações relacionadas à HAS. Ressalta-se que, além dos profissionais, os gestores ligados à saúde e a própria população estão, cada vez mais, reconhecendo a importância da realização de atividade física como forma de auxiliar no tratamento e de promover maior qualidade de vida (FERNANDES; SIQUEIRA, 2010).

Uma possibilidade que é apontada para a viabilização da prática dos exercícios físicos, além da própria atuação do educador físico, é a formação de parcerias entre o serviço de saúde e outras instituições, como por exemplo, o corpo de bombeiros que, inclusive, já desenvolve atividades deste segmento em algumas localidades do município onde ocorreu a pesquisa.

A formação de parcerias é apontada como uma relevante iniciativa que caracteriza o processo de intersetorialidade. A utilização de estruturas já existentes na comunidade representa uma importante estratégia da atividade educativa realizada na ESF, de tal forma que é considerada uma das competências para a ação educativa da enfermeira (MACHADO; VIEIRA, 2009; LEONELLO; OLIVEIRA, 2008).

A postura esperada do profissional que atua no campo da saúde coletiva, que esteja engajado em uma prática realmente transformadora, deve estar ligada à melhoria das condições de vida da população considerando a formação de parcerias intersetoriais (SOUZA *et al.*, 2005).

O reconhecimento, por parte dos usuários, da importância da prática do exercício físico, a ponto de almejam a implantação algumas dessas atividades nos grupos, revela uma atitude de ampliação da consciência voltada à promoção da saúde e da qualidade de vida.

Outro ponto ressaltado foi a possibilidade de servir algum tipo de alimentação nos grupos. Por exemplo, o chá, em virtude da falta de tempo disponível para que o usuário se alimente antes de sair de casa, haja vista o fato de ter que sair muito cedo para que possa retornar, também, cedo.

Em relação à alimentação, Mota e Munari (2006) recomendam, caso venha a ser feita durante a reunião do grupo, que seja destinado um período de tempo exclusivo para tal atividade e que, além disso, não se ofereça quantidade que vá além da necessidade de cada um, com intuito de não se causar dependência.

É preciso ressaltar que a prática educativa deve ser considerada a partir da livre escolha do próprio usuário de vivenciá-la e que, portanto, o profissional não se deve valer de métodos de coerção ou barganha, seja material ou de qualquer outro natureza (MACHADO; VIEIRA, 2009).

A elaboração do DSC da Categoria C contou com a participação de 12 usuários (USU05; USU06; USU25; USU30; USU38; USU41; USU43; USU44; USU46; USU50; USU53; USU54). Nele é apresentada a ideia de que as atividades a serem desenvolvidas nos grupos seriam o atendimento médico, a distribuição de medicação e realização de exame de glicemia.

C – Consulta, medicamento e exame

Devia ter o atendimento médico aqui (no grupo), pra gente não se deslocar pra outro local. Eu mesma sou esmorecida de ir pro posto, porque a gente tem que ir muito cedo fazer uma ficha, às vezes voltar no mesmo dia e fica muito pesado pra mim dar duas viagens no posto. Eu tenho artrose nos dois joelhos e se tivesse um médico, a gente não iria lá pro posto com tanto sacrifício. Tem as meninas (enfermeira e ACS) aqui que tira a pressão, mas não tem um médico pra estar fazendo uma consulta pra saber como é que está a situação da gente e se fosse as consultas mais perto, porque é só de três em três meses. Seria muito bom se a gente fosse se consultar lá (no grupo) e já tivesse o medicamento pra gente receber e não enfrentar uma fila (na farmácia do posto) e quando a gente precisar de um medicamento nunca faltar, porque tem horas que a pessoa não pode comprar. Além disso, organizar, os

(pacientes) da diabetes não fazem o exame (glicemia), nós é que verifica em casa, testando com o aparelhinho. Lá na regional meu marido recebeu o aparelho. Só isso, porque as outras coisas tá tendo muito bem.

Pode-se verificar neste DSC a importância atribuída pelo usuário ao atendimento médico e ao medicamento, além da vontade de ter acesso a esse último de maneira mais facilitada, sem que haja a necessidade de passar pela farmácia do CSF.

Assim, mesmo contando com a presença de outros profissionais, como a enfermeira, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e, em alguns casos, os profissionais membros do NASF ou da RMSFC, a presença do médico ainda foi solicitada, dando a entender que este se constituía como um profissional de grande importância na equipe e o principal responsável pela realização da consulta, apesar de essa não ser a principal atividade desenvolvida nos grupos de educação em saúde.

Muitos profissionais, principalmente o médico, optam por manter a hegemonia do modelo biomédico, o que acaba por dificultar o desenvolvimento de ações de educação em saúde. Percebe-se isso nas campanhas educativas baseadas em prescrições médicas proibitivas, nas quais os indivíduos são coibidos quanto a realização de determinadas atividades (OLIVEIRA, 2005). Esse processo gera como resultado a redução da autonomia do usuário e, conseqüentemente, sua maior dependência em relação ao serviço de saúde.

O referido modelo apresenta semelhanças quando comparado ao modelo tradicional hegemônico de educação em saúde, no qual há a prescrição de comportamentos tecnicamente justificados para a população leiga por aqueles que são considerados “donos” do saber. Essas prescrições seriam consideradas como as únicas possibilidades de promoção do bem-estar e da qualidade de vida dos usuários (MEYER *et al.*, 2006).

Essa forma de atuar gera como resultado, na população assistida, uma espécie de cooptação. Dessa forma, os usuários são levados a obedecerem sem maiores questionamentos as prescrições que lhes são impostas.

Segundo estudo de Silveira e Medeiros (2007), acerca das representações sociais de usuários e profissionais de saúde acerca da prática da educação em saúde, encontrou-se que muitos usuários ainda não têm uma visão da troca de conhecimentos na atividade educativa, o que se coloca como um desafio para os profissionais que coordenam tais atividades.

Este fato pode estar relacionado à relativa dificuldade encontrada pela educação em saúde em difundir, de forma ampliada na população o conceito de promoção da saúde (OLIVEIRA, 2005).

No entanto, essa é uma situação que não pode, nem deve, ser considerada como imutável. Para isso, deve-se ter em mente que a capacidade do ser humano de mudar está ligada ao fato de que possa assumir como ele está sendo e agindo, e ainda, que possa perceber que razão, ou razões, o levam a ser e agir de determinada maneira (FREIRE, 1996).

Para a composição do DSC da Categoria D, participaram cinco usuários (USU07; USU39; USU45; USU47; USU51). Ressalta-se nesta categoria a ideia de se realizar nos grupos alguns trabalhos manuais como artesanato, pintura e corte e costura.

D – Atividades manuais

Poderia ter mais atividade, reunião, conversar, coisas diferentes que a gente ainda não participou, que tudo que viesse pra cá era bom demais. Às vezes não tem dinheiro pra ir passear, pra ir pra um lazer, aí tem que ocupar a mente em alguma coisa, fazer alguma terapia de artesanato, de pintura, ou alguma aula de corte e costura, crochê, tapeçaria, culinária, essas coisas assim se tivesse aqui era melhor pra pessoa aprender alguma coisa. Pra gente, isso é muito importante. Eu gosto dessas atividades. Poderia ser um grupo que fizesse, uma vez por outra, um trabalhinho voluntário de reciclagem, uma coisa assim pra gente não só se encontrar pra ir conversar. Eu sei que aqui tem "n" terapeutas, mas poderia o próprio povo da comunidade fazer, só que é muito difícil porque o povo quer sempre uma coisa que tenha vantagem e acha que um conhecimentozinho desse não é vantagem.

Esse DSC revela, a exemplo do encontrado em discurso das enfermeiras, certa preocupação por parte dos usuários em realizarem atividades que visem, além de uma simples distração, o desenvolvimento do protagonismo social. Agindo dessa forma, demonstram uma visão ampliada de ideia de saúde que vai muito além da

simples ausência de sinais e sintomas, estando ligada, também, à noção de bem-estar.

A ideia lançada aqui é a de que a HAS não ocupa todos os espaços da vida da pessoa e que o contexto social do sujeito, também, deve ser considerado, haja vista que, a exemplo do que ocorre com o contexto biológico, é afetado pelo processo de adoecimento (PIRES; MUSSI, 2009).

A saúde está relacionada a uma série de aspectos da vida do ser humano como a alimentação, a moradia, o trabalho, a renda, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais. Dessa forma, ao se considerar a influência do adoecimento na vida da pessoa, deve-se levar em conta todos esses aspectos (BRASIL, 1990).

Assim, consciente ou inconscientemente, os usuários pontuam acerca da importância de se conceber a saúde a partir de um conceito ampliado, elencando uma série de atividades que permeiam seus imaginários e que demonstram certo conhecimento do poder que essas atividades apresentam em relação à promoção da qualidade de vida.

Esses pensamentos se assemelham aos trazidos por Plucenio *et al.* (2010) que apresentam a ideia de educação em saúde como atividade fundamental para o desenvolvimento da capacidade de proteger e promover saúde, além de se converter em atividade estratégica para a promoção da cidadania do usuário.

Ao se perceber que há neste ponto certa convergência de pensamentos entre enfermeiras e usuários, pode-se pressupor certa possibilidade de atuação por parte dessas profissionais de acordo com as necessidades apresentadas pelos usuários, de acordo com o que preconiza a pedagogia libertadora de Freire (1987).

Temática 4: Melhora, mas é necessário engajamento

A Temática 4 teve origem nas respostas obtidas a partir do seguinte questionamento: “As pessoas conseguem melhorar da hipertensão com as atividades do grupo? Fale um pouco sobre isso.”. Objetivou-se, com esse

questionamento, descrever a opinião dos usuários acerca da resolutividade das atividades desenvolvidas nos grupos

Na temática 4, a grande maioria das respostas apresentou IC ligada à categoria que afirma que as pessoas conseguem obter melhora da HAS com as atividades desenvolvidas nos grupos de educação em saúde (Gráfico 8), o que leva a crer que essa é uma ideia que está bastante presente no imaginário coletivo desses usuários.

Além disso, percebe-se que todas as categorias, advindas das IC desta temática, apresentam pontos positivos acerca do trabalho realizado nos grupos e que não há presença de ideia referente à insatisfação, por parte dos usuários, com relação à melhora obtida.

Gráfico 8. Frequência de IC nas categorias da Temática 4 - USU (n=55)



Estão envolvidos na composição do DSC da Categoria A da Temática 4 50 usuários (USU01; USU02; USU03; USU05; USU06; USU07; USU10; USU11; USU12; USU13; USU14; USU15; USU16; USU17; USU18; USU19; USU20; USU21; USU22; USU23; USU24; USU25 USU26; USU27; USU28; USU29; USU30; USU31; USU32; USU33; USU34; USU35; USU36; USU37; USU38; USU40; USU41; USU42; USU43; USU44; USU45; USU46; USU47; USU48; USU49; USU51; USU52; USU53; USU54; USU55). Neste discurso está presente a ideia de que os usuários com HAS que participam das atividades dos grupos de educação em saúde conseguem obter melhora de sua saúde.

A – Melhora sim

Consegue melhorar porque, além da gente tomar remédio, tem a ginástica e tem as palestras que ensina à gente a viver melhor e comer melhor. Se não melhorar é porque não tem que melhorar mesmo. Eu melhoro muito e acredito que as outras pessoas também melhoram porque somos de carne e osso, somos todos iguais nessa parte da necessidade da saúde e porque, além da gente vir para um grupo desse, ouvindo as pessoas que estão hipertensas mais velhas do que a gente, a gente vê que a enfermeira passa tudo que a gente deve fazer e a gente presta bem atenção ao que ela indica. Aliás, não é só ela não, quem tá ajudando ela também diz tudinho. Envolve o diálogo, a gente tá conversando, a gente tá explicando alguma coisa e recebendo, também, de volta. Eu só vivia com problema de pressão, aí, depois que eu vim pra cá, controlou. A gente vai vendo, aprendendo, todo dia a gente aprende, como eu mesmo não sabia que tinha pressão alta e eu teimei com o médico durante dez anos. Ele dizia que eu era hipertenso e eu dizia que não. Foi agora (no grupo) que eu aceitei, mas não aceitava e não tomava os remédios. Essas coisas é que tá me trazendo aqui ainda, que tá me ajudando, porque a minha vida não foi fácil, doutor, pra mim estar hoje, como eu estou aqui conversando com o senhor. Eu pensava que a vida pra mim tinha acabado. A gente se sente bem, o pessoal se diverte, a pessoa ri e quando eu não vou, perguntam se tava doente ou se tava viajando. Eu era mais tonto e depois que eu comecei nessas atividades, eu tenho melhorado. Se a gente fica em casa, como eu falei, a gente engorda. É muito bom a ocupação pra pessoa, só em casa a pessoa fica muito sedentária, fica muito angustiada, sem ter o que fazer, só come e dorme e aqui (no grupo) não, a gente se distrai, até esquece das doenças. Tem gente, como a minha irmã, ela toma uma bandinha de comprimido, de primeiro ela tomava um, agora ela toma uma bandinha. Não fico mais bom não, só melhoro. Eu melhoro, depois eu fico pior de novo, é porque às vezes tem a preocupação. Cada um tem um problema. A gente se preocupa, não dorme de noite que preste porque não dá, com os problemas não dá, mas eu tenho meus exames, são tudo normal. Sim porque, foi o que acabei de dizer, não tem coisa pior no mundo que a pessoa tá estressada. Então, a gente sai, vive e quando volta, volta bem. Naquela hora (do grupo) a gente deixa tudo pra trás, deixa os problemas em casa. e outra, aqui o ambiente é mais sereno. você fica mais à vontade do que lá no posto, porque lá no posto tem que ser daquele jeito mesmo, é estrutura de prédio. Quando você chega no posto, parece que fica irritado porque nunca consegue as coisas na hora, é mal atendido... Eu cansei de ir lá e resolvo voltar porque fico irritado. A pessoa melhora quando a pessoa se "engrupa". A pessoa não participando de grupo nenhum, às vezes, até há a possibilidade de piorar porque se preocupa em viver daquele jeito. E tendo essas atividades nos grupos a pessoa já tem aquele dia, muda as outras pessoas com quem convive, conversa e aquele pensamento ruim sai da cabeça da gente e melhora em tudo. As pessoas que têm capacidade de participar, eu tenho certeza que é muito bom, que é vida nova A gente tá em atividade, a gente vai melhorando. Essa caminhada é importante e muito, ninguém pode deixar de fazer. Que o grupo acabe, ou que não acabe, quem bem entender faz seus exercícios. É lógico, porque tem a circulação do sangue. Se eu não tivesse uma movimentação grande, se eu não andasse, se eu não fizesse exercício, eu não tava aqui desse jeito. Ainda digo o seguinte, que não adianta eu mentir, aqui e acolá a minha cervejinha eu tomo, dia de domingo, mas tudo dentro dos limites. No outro dia eu mantenho rigorosa a pressão e já vou ali na água de coco. Não sou santo não!

Este DSC traz a informação de que os grupos de educação em saúde pesquisados, por meio de suas atividades, promovem o bem-estar e a qualidade de vida de seus participantes, além de fortalecerem o envolvimento e o vínculo entre seus membros.

Foi ressaltada a troca de experiências, realizada com base no diálogo com o outro. Essa forma de condução do processo educativo permite que os usuários troquem experiências entre si e, ainda, com os profissionais que participam das atividades educativas. A troca de experiências entre os usuários também possibilita que aqueles que vivenciam a HAS há mais tempo possam interagir com os que a vivenciam há menos tempo, fazendo com que a visão técnica do assunto, com base na fala do profissional, não seja a única presente no decorrer das atividades.

O diálogo e a troca de experiências, relatadas no DSC, indicam a valorização do outro como sujeito do processo educativo, em vez de mero receptor de informações. Desta forma, a pessoa e a promoção do cuidado são colocadas no centro do processo e não a doença, enfatizando o respeito à cultura do usuário e dos diferentes saberes ali presentes (ALVES; NUNES, 2006; ACIOLI, 2008).

A atividade educativa, quando realizada de forma que ponha em evidência o diálogo, a troca de experiências e, por conseguinte, a reflexão entre os participantes, acaba por possibilitar que tanto o educador, quanto o educando aprendam juntos, por meio de um processo emancipatório (VILA; VILA, 2007).

O estudo de Gonçalves e Chier (2005) apresenta um exemplo real da possibilidade de realização da prática de educação em saúde com base no diálogo e no respeito entre diferentes saberes. Segundo as autoras:

[...] tal relação é possível e factível, na medida em que o profissional faz da sua prática um ato de criação e amor; um processo contínuo de interação entre prática e teoria; uma prática compartilhada, dialogada; uma prática que envolve cidadania e ética (p.278).

O trabalho educativo, desenvolvido com base no diálogo, na reflexão e na realidade vivenciada pelo sujeito, o auxilia no processo de conscientização acerca

dessa realidade e, dessa forma, atua como uma ferramenta para que possa buscar soluções originais e criativas para os problemas vivenciados (FREIRE, 1987).

A prática da educação em saúde realizada com base nas características apresentadas está voltada para o processo de libertação do usuário, de sua emancipação, do incremento de sua autonomia e, conseqüentemente, da redução de sua dependência em relação ao serviço de saúde.

Neste DSC é encontrada, novamente, a informação de que os grupos de educação em saúde funcionam, também, como espaços de convivência entre seus membros, relaxamento e descontração. Em determinados momentos, chega a ser apontado como uma possibilidade de fugir do estresse cotidiano e encontrar pessoas diferentes do seu convívio habitual.

Fato interessante é apontado em relação ao ambiente. Aparentemente, os ambientes onde são realizados os grupos, ocorridos em geral fora dos CSF, apresentam-se mais serenos e agradáveis que o ambiente dos CSF. Essa característica do ambiente grupal é responsável por deixar os usuários mais à vontade, ao contrário do que costuma acontecer nos CSF onde tendem a se sentir menos confortáveis.

Munari e Furegato (2003), ao caracterizarem os aspectos do grupo, elencam, dentre as variáveis físicas, a estrutura física como uma variável importante para que se possa oferecer condições para a realização do trabalho. Segundo as autoras, o ambiente deve ser amplo, ventilado, que ofereça privacidade aos membros do grupo e que possibilite a visualização de todos os seus componentes, de forma que possam estar olhando uns para os outros por meio da formação de um círculo.

De acordo com Silva (2005), a educação em saúde pode ser realizada em diversos tipos de espaços, desde que, para isso, haja um propósito e um ambiente relativamente tranquilo para os participantes da atividade.

Para Freire (1996) a importância do espaço físico para o desenvolvimento da prática educativa é inquestionável. Segundo o autor, “há uma pedagogicidade indiscutível na materialidade do espaço” (p. 50), dando a entender que as

características do espaço físico onde ocorrem as atividades educativas apresentam influência em relação à prática pedagógica.

Para as pessoas com HAS, a importância de se dispor de um local tranquilo e acolhedor para a realização da prática educativa serve tanto para que se possa desenvolver uma atividade pedagogicamente construtiva, quanto para que seus níveis pressóricos não sejam negativamente influenciados por possíveis fatores caracterizados como fontes de estresse.

Para a composição do DSC da Categoria B desta temática participaram sete usuários (USU04; USU08; USU09; USU39; USU50; USU27; USU52). Apresenta-se aqui o pensamento de que é imprescindível o interesse do usuário, bem como seu comprometimento em relação às atividades para que se consiga êxito no tratamento.

B – A pessoa tem que estar interessada

Consegue, desde que as pessoas se interessassem e não faltassem, não precisassem tá de casa em casa à procura. Se elas se interessassem iam praticar todos esses exercícios, ouvir tudo que eles (profissionais) ensinavam, o que faz mal pras pessoas hipertensas, comer mais verdura, mais fruta que é bom pro diabete. Tudo isso aqui é muito proveitoso pra nós que somos diabéticos e hipertensos. Tem que fazer as atividades que eles mandam. Uns fazem, outros não porque diz que é besteira. É uma coisa que quando sai dali eles vão fazer as mesmas coisas que antes, não levam aquilo a sério. Elas (as pessoas) têm que fazer por elas também, não fica bom porque já sabe que não fica, mas tem o controle. Cada um tem uma maneira de viver e tem muita gente que desiste também.

Este DSC enfoca a necessidade do engajamento do usuário nas atividades desenvolvidas nos grupos para que se possa lograr êxito no tratamento da HAS, haja vista se tratar de um problema crônico que pode ser controlado a partir de atitudes ligadas ao estilo de vida do usuário.

Neste discurso é possível perceber a forte influência advinda do modelo tradicional de educação em saúde. Tal modelo se apresenta voltado à doença e suas manifestações e busca como resultado principal a mudança de atitudes por parte dos usuários. Dessa forma, pode-se apreender que os usuários, ao se colocarem como defensores dessas ideias, foram bastante influenciados pelo

referido modelo de forma a internalizarem suas concepções relacionadas ao processo saúde-doença.

De acordo com Backes *et.al* (2008) e Meyer *et al.* (2006), o modelo tradicional, caracterizado principalmente pelo repasse de conhecimentos, ainda é bastante praticado pelos profissionais de saúde, possivelmente como herança da formação que obtiveram. Ao atuarem dessa forma, acabam por reforçar a “concepção bancária de educação” que se caracteriza por uma relação vertical entre o educador, que deposita seu conhecimento, e o educando, em quem se deposita (FREIRE, 1987).

Reconhece-se a importância da participação dos diferentes sujeitos envolvidos no processo educativo para que se possa conseguir sucesso a partir dessa prática. No entanto, essa participação deve se dar de forma em que se perceba o processo pedagógico como um processo democrático, no qual cada sujeito é reconhecido como peça fundamental na construção do saber.

Qualquer atividade educativa, praticada a partir de uma concepção ampliada do cuidado, demanda a participação dos diferentes sujeitos em seus diversos momentos como na mobilização, capacitação e desenvolvimento da aprendizagem (MACHADO; VIEIRA, 2009; MEDEIROS; SILVEIRA, 2007).

Apesar da implantação das atividades de educação em saúde acontecer, na maioria das vezes, por iniciativa dos serviços de saúde, os usuários devem ter em mente que apresentam papel essencial no desenvolvimento, bem como na manutenção dessas atividades. Dessa forma, embora os profissionais apresentem responsabilidade em relação ao cuidado da população, esta, por sua vez, deve-se colocar como corresponsável pelo cuidado. Isto implica que a participação ativa da população atua no sentido de possibilitar a sustentabilidade e a efetividade das ações de saúde (PIRES; MUSSI, 2009; CARVALHO; CLEMENTINO; PINHO, 2008; TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

Ao se colocar como corresponsável pelo processo de cuidado, o usuário demonstra incremento de sua conscientização acerca do seu papel como sujeito ativo do seu cuidado, em vez de optar pela atuação como mero espectador e, portanto, passivo em relação a esse processo.

5.5 Diálogo entre o discurso do sujeito coletivo da enfermeira e do usuário hipertenso que participam de atividades de educação em saúde em grupos

Por meio dos DSC das enfermeiras e dos usuários, no que tange às atividades desenvolvidas nos grupos de educação em saúde, foi possível perceber que ambos os grupos de participantes fizeram menção, basicamente, aos mesmos tipos de atividades como palestras, atividades de socialização e, inclusive, atividades ligadas à prática assistencial. As enfermeiras foram além e incluíram ideias que dão a entender que incentivam a participação dos usuários nas atividades dos grupos, como o seu planejamento.

Com relação às percepções apresentadas por enfermeiras e usuários acerca das atividades dos grupos, compreendeu-se que tais atividades são consideradas boas e, além disso, importantes para os serviços de saúde e, principalmente, para os usuários. No entanto, as enfermeiras salientaram que a grande demanda atendida pelo serviço de saúde termina, por vezes, prejudicando à implementação da prática educativa nos grupos.

A ideia de que as pessoas que participam dos grupos de educação em saúde conseguem obter melhora da HAS está presente nos DSC de enfermeiras e usuários, o que demonstra que eles percebem essas atividades como resolutivas. Todavia, ressaltam que a melhoria almejada está, em grande parte, ligada ao interesse do usuário no tratamento, bem como na sua capacidade de modificar hábitos de vida.

Em linhas gerais, as ideias presentes nos DSC das enfermeiras e dos usuários se encontram esquematizadas na Figura 7.



Figura 7. Esquema geral das ideias presentes nos DSC elaborados

Foi possível perceber no imaginário coletivo das enfermeiras a coexistência de dois modelos principais de educação em saúde: o modelo tradicional, no qual prevalece o enfoque na doença e na transmissão de conhecimentos ao usuário; e o modelo radical, que valoriza o usuário como corresponsável pela construção do cuidado e o diálogo como importante ferramenta educativa.

Esse achado também é relatado pela literatura que apresenta que, apesar de historicamente serem concebidas diferentes fases da educação em saúde, reconhece-se a coexistência dos diferentes modelos em virtude de não ter acontecido a evolução completa de seus diferentes enfoques (MEDEIROS; SILVEIRA, 2007).

O empoderamento e o incentivo à autonomia do usuário são dois outros aspectos bastante ressaltados pelas enfermeiras. Dessa forma, nota-se que as características do modelo radical de educação em saúde ocupam um espaço que, a despeito da hegemonia do modelo tradicional, revela um avanço no campo da prática profissional, apesar do atraso em relação à evolução já consolidada na literatura.

Há vários estudos que abordam a necessidade de se trabalhar a autonomia do usuário no cuidado por meio do desenvolvimento de práticas educativas realmente transformadoras. Tal aspecto é destacado de tal forma, que chega a ser considerado como uma das competências necessárias à ação educativa da enfermeira (CARVALHO; CLEMENTINO; PINHO, 2008; LEONELLO; OLIVEIRA, 2008; GAZZINELLI; REIS; MARQUES, 2006; ALVES; NUNES, 2006).

Essa busca pelo empoderamento com vistas ao alcance de maior autonomia do usuário no processo de cuidado é apontada por Freire (1996) como objetivo a ser vislumbrado pelo ato educativo. Dessa forma, não caberia ao profissional apontar as soluções a serem implementadas pelo usuário, mas, junto com ele, tentar construir tais soluções.

Um fato que demonstra a hegemonia do modelo tradicional na prática educativa das enfermeiras é a intenção de praticarem, como novas atividades nos grupos pesquisados, a abordagem de novos temas quando da realização das palestras nos encontros. Dessa forma, percebe-se a ênfase na transmissão de informações como atividade ainda bastante visada por essas profissionais. Além disso, ainda há um enfoque na responsabilização do usuário por sua melhoria em relação à doença, a partir da mudança de hábitos presentes em seu estilo de vida.

É bastante clara, no imaginário das enfermeiras e dos usuários, a capacidade que as atividades desenvolvidas nos grupos de educação em saúde têm

de promover a melhoria da saúde daqueles que participam dessas atividades. Para as enfermeiras, essa melhoria se deve, em grande parte, em razão da corresponsabilidade assumida pelos usuários em relação ao tratamento. Deste modo, percebe-se que a busca pela autonomia do usuário e do aumento de sua independência em relação ao serviço de saúde são ideias cada vez mais consolidadas entre as enfermeiras pesquisadas.

Estudos confirmam a importância das atividades de educação em saúde, realizadas por meio da utilização de grupos, pois apresentam a possibilidade de promoverem um valioso espaço para a troca de ideias e compartilhamento de experiências e, desta forma, atuarem na produção coletiva de conhecimento com enfoque crítico e reflexivo (SOUZA *et al.*, 2005; OLIVEIRA; 2005).

Aponta-se para a presença de um conflito que, em alguns momentos, é percebido nos DSC das enfermeiras em relação à prática educativa, pois, ao mesmo tempo em que apresentam uma vontade de ampliarem a autonomia do usuário e da independência desse sujeito em relação ao serviço de saúde, continuam valorizando e em muitos momentos praticando, atividades que não se mostram resolutivas e que estão voltadas à manutenção do modelo tradicional. Esta distância entre pensamento e prática pode estar relacionada a uma dificuldade teórica ou técnica para a realização dessas atividades e/ou à falta de apoio advindo da gestão dos serviços de saúde para a realização das atividades educativas em grupo.

Em relação ao trabalho com grupos e ao preparo profissional para a realização desta prática, Silveira e Ribeiro (2005) apontam que:

Trata-se de uma prática secular que alia condições vantajosas com situações problemáticas e por ser uma prática não instituída com regularidade nos serviços de saúde, o trabalho com grupos de pacientes crônicos, por vezes, caracteriza-se por uma iniciativa ingênua, na qual os profissionais têm boa vontade para desempenhar a ação, mas não estão capacitados a fazê-la com suficiente rigor teórico e criticidade, caindo no paternalismo gerador de dependência, em que alguns colocam-se como foco da ação e, na ausência deste profissional, o trabalho não vai adiante. Portanto, trata-se de uma prática que para ser realizada exige profissionais competentes, do ponto de vista de conhecimentos, habilidades e atitudes, que se não exercitados deixam de ser incorporados uma vez que se trata de uma prática que capacita pelo desempenho: o aprender fazendo e o fazer aprendendo (p.101).

É reconhecida a dificuldade apresentada por educadores em saúde de implementarem a proposta advinda do modelo radical, com vistas à promoção da

saúde e da autonomia do usuário, e, ao mesmo tempo, de abandonarem as práticas decorrentes do modelo tradicional em virtude de conflitos gerados na interseção entre novas e antigas práticas (OLIVEIRA, 2005).

Enfermeiras e usuários apresentam em seus DSC a vontade de passarem a desenvolver atividades relacionadas a trabalhos manuais nos grupos. Com isso, fica evidente o caráter ampliado de saúde que se encontra presente em diversos momentos dos discursos desses dois grupos de sujeitos. Vale ressaltar que esses trabalhos são colocados, em certos momentos, como atividades de cunho terapêutico, como forma de manter o usuário em atividade e, em outros, como forma de incentivar o protagonismo social desse usuário, podendo funcionar, inclusive, como um aprendizado para a constituição de uma nova fonte de renda.

O imaginário social dos usuários apresenta, ainda, uma ideia de satisfação em relação às atividades desenvolvidas nos grupos. Além disso, outro ponto ressaltado é a utilização dos grupos de educação em saúde como estruturas destinadas ao relaxamento, na qual os usuários obtêm um local e um momento reservado para a fuga em relação ao estresse do cotidiano, uma espécie de válvula de escape por onde despejam suas cargas negativas que foram acumuladas no período em que estiveram fora dos grupos.

Os usuários, aparentemente, valorizam as atividades voltadas à socialização entre os membros dos grupos, quase que da mesma forma que o fazem em relação às práticas educativas propriamente ditas, nas quais adquirem e trocam conhecimentos acerca de sua saúde. Este fato demonstra o reconhecimento das atividades desenvolvidas nos grupos como fontes de qualidade de vida, tanto quanto de combate à doença em si, haja vista que a socialização presente nos grupos está ligada à promoção do bem-estar de seus membros e, para tanto, é praticada por meio de atividades como passeios, atividades lúdicas, comemorações de datas festivas e dos aniversários dos seus membros.

A educação em saúde passa por um processo de evolução constante, a exemplo do próprio conceito de saúde, ampliando a visão dos fatores que intervêm no processo saúde-doença, antes focado exclusivamente nos fatores biológicos,

abrangendo atualmente fatores como os aspectos sociais, econômicos e culturais (ALVES, 2005).

Os grupos de educação em saúde apresentam a capacidade de atuarem de forma privilegiada na formação de vínculos e no acolhimento do usuário, além de favorecerem a compreensão deste sujeito acerca de sua importância no autocuidado e, conseqüentemente, do desenvolvimento de sua autonomia. Esses eventos levam ao reconhecimento da qualidade de vida como aspecto constitucional do conceito de saúde (GONÇALVES; SCHIER, 2005).

A educação em saúde que se volta para o trabalho de questões que vão além do biológico visa estimular o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde. Esse fato é resultado do processo de empoderamento do usuário que gera um maior controle de suas condições de vida em nível tanto individual, quanto coletivo (BESEN *et al.*, 2007). A partir desse detalhe, consegue-se visualizar com mais clareza o caráter político-pedagógico da educação em saúde. Neste caso, a proximidade entre a educação em saúde, a conscientização e, inclusive, a politização do homem, está presente no pensamento de que sua jornada em prol da sua saúde vai além da busca pelo estado de ausência de sintomas e se encontra em um estágio mais amplo, que remete à consciência de sua situação histórico-social (FREIRE, 1979).

É possível observar, também, certa proximidade entre os imaginários coletivos de enfermeiras e usuários, no que tange à importância da presença da afetividade no processo de cuidado desenvolvido nos grupos de educação em saúde. Este fato pode ser comprovado a partir da observação dos seguintes trechos dos DSC de enfermeiras e usuários:

(DSC - ENF) *Educação em saúde, formação de vínculo, afetividade... cuida.*

(DSC - USU) *... o que a gente tem mais necessidade, tem, principalmente o carinho de todos, isso é importante. Só em elas ter atenção com a gente é tudo.*

A atuação do profissional de saúde, quando pautada na integralidade, é responsável pelo entendimento do homem como ser biopsicossocial. Nesse tipo de atuação, percebe-se a importância da valorização das diversas dimensões do sujeito, inclusive a afetiva. O cuidado integral, que considera o homem em sua totalidade, apresenta a possibilidade de transformação das relações de quem cuida com quem é cuidado à medida que transforma as relações entre cuidador e cuidado, proporcionando uma relação humanizada (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

A maioria das enfermeiras identificou a atividade de educação em saúde como a principal atividade desenvolvida por elas na ESF. Além disso, apontaram que a formação, advinda dos cursos de graduação, coloca-se como a principal responsável por seu preparo para o trabalho da educação em saúde nos grupos. De acordo com elas, isso faz com que a enfermagem se sobressaia na realização dessa prática em relação às outras profissões de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou a relevante presença de enfermeiras que desenvolvem atividades de educação em saúde voltadas a pessoas com HAS em CSF em Fortaleza. Como característica marcante dessas profissionais, apesar de se tratarem de pessoas predominantemente jovens, pôde-se verificar a frequente participação em cursos de pós-graduação *lato sensu* na área de saúde coletiva e a crescente busca por cursos de pós-graduação *stricto sensu*. O fato de terem participado de tais cursos pode ter influenciado na decisão de atuarem por meio da estratégia de grupos de educação em saúde.

Ainda em relação às enfermeiras, verificou-se que a quase totalidade delas não é adepta da prática de exercícios físicos, apesar de constantemente enfocarem em seus discursos dirigidos aos usuários a importância de tais atividades. Este achado pode estar relacionado à carga horária e ao volume de trabalho aos quais são submetidas no cotidiano, haja vista o fato de muitas delas relatarem que, ao fim de um dia de trabalho na ESF, apresentam-se pouco dispostas a praticarem atividades físicas. Este indicativo pode ser alvo de futuros estudos para que haja melhor esclarecimento da questão.

Com relação aos usuários, averiguou-se que a grande maioria pertence ao sexo feminino e que grande parte se encontra na faixa etária de 60 anos ou mais. Além disso, no quesito escolaridade, a quase totalidade apresenta até oito anos de estudo, ou não é, ao menos, alfabetizada.

Ressalta-se o uso do DSC como ferramenta de fundamental importância para que se pudesse, a partir da reconstrução de parte das representações construídas por enfermeiras e usuários, analisar suas percepções acerca das atividades desenvolvidas nos grupos de educação em saúde participantes do estudo. O uso da técnica do DSC, como forma de revelar essas representações, permitiu conservar a literalidade das narrativas dos sujeitos, o que facilitou sobremaneira o processo de análise das percepções.

As narrativas dos sujeitos que participam dos grupos de educação em saúde pesquisados contém diversas facetas presentes no imaginário social desses sujeitos. Isso faz com que se configurem como importante instrumento de manifestação das relações estabelecidas entre eles, bem como dos sentidos que atribuem às experiências vivenciadas nesses espaços coletivos.

Ao se buscar identificar as atividades desenvolvidas nos grupos pesquisados, pôde-se perceber, por meio dos DSC de enfermeiras e usuários, que, além das atividades destinadas à educação em saúde em si, mostraram-se muito presentes as atividades ditas assistenciais que não apresentam a educação como foco de atuação.

Com relação ao DSC das enfermeiras, no que tange ao modelo de educação em saúde utilizado nos grupos, foi possível apreender a coexistência de dois tipos básicos: o modelo tradicional, caracterizado basicamente pela verticalização das relações entre educador e educando e pela valorização da transferência de informações provenientes do conhecimento científico; e o modelo radical, pautado no diálogo democrático entre educador e educando e no respeito entre os diferentes saberes presentes no ato educativo. Além disso, ressaltou-se a importância da inclusão do usuário no planejamento das atividades dos grupos, uma tentativa de torná-lo sujeito do processo.

As representações obtidas acerca dos sentidos, opiniões e percepções de enfermeiras e usuários, em relação às atividades dos grupos, revelaram que tais atividades se mostram bastante proveitosas para o serviço de saúde e, principalmente, para os usuários. Destaca-se o sentimento de satisfação, presente nos DSC de ambos os grupos de participantes, em relação às atividades realizadas.

Nos DSC dos usuários, foi possível perceber a utilização dos grupos de educação em saúde, também, como espaços destinados à socialização e ao relaxamento. Com isso, pôde-se visualizar que tais espaços apresentam a característica de atuarem na promoção do bem-estar de seus membros, o que denota uma visão ampliada de saúde que vai além da busca pela ausência de sinais e sintomas da doença.

Estão presentes no imaginário coletivo das enfermeiras duas representações aparentemente adversas quanto à pretensão de realizarem novas atividades nos grupos estudados. Uma delas revela o anseio de se investir na realização de palestras, por meio da busca por novos temas para as mesmas, refletindo uma concepção bancária de educação, enquanto a outra traz uma ideia mais próxima do modelo libertador de educação, por meio do incentivo ao trabalho da autonomia do usuário.

De maneira geral, os DSC analisados permitiram a inferência de que as atividades desenvolvidas nos grupos de educação em saúde pesquisados possibilitam a melhoria da saúde dos usuários que participam dessas atividades, pois auxiliam no desenvolvimento do autocuidado, atuam na promoção da saúde e aumentam sua qualidade de vida.

Percebeu-se no imaginário coletivo de enfermeiras e usuários pesquisados que esses atores sociais identificam as atividades de educação em saúde desenvolvidas nos grupos como fonte de melhora da saúde daqueles que delas participam. Melhora essa identificada, principalmente, pelo incremento do autocuidado e da qualidade de vida do usuário com HAS.

Outro ponto destacado, agora especificamente no DSC das enfermeiras, é que a referida melhora está ligada à promoção de corresponsabilidade do usuário em relação à sua saúde. Este achado revelou uma concepção evoluída dessas enfermeiras em relação aos fatores intervenientes no processo terapêutico, principalmente no que tange à HAS, face ao seu caráter crônico.

Vale ressaltar que, no que se refere à atividade de educação em saúde realizada nos grupos, o imaginário social das enfermeiras a apresentou como o principal cuidado de enfermagem realizado na ESF e que tal característica se deve, e muito, à formação obtida pela graduação.

Apesar disso, outro DSC, também das enfermeiras, caracterizou a atividade de educação em saúde como uma atividade a ser realizada por todos os profissionais de saúde, sobretudo na ESF.

Com este estudo, ressalta-se que não há fórmulas prontas que permitam a implementação de práticas educativas com vistas a tornar o usuário sujeito do seu cuidado. No entanto, aponta-se que ao serem observadas as características próprias do modelo radical e libertador de educação em saúde e ao se buscar sua articulação com um preparo adequado dos profissionais que o realizarão, pode-se passar a realizar uma prática que apresente grande capacidade de promover a conscientização dos sujeitos em busca da transformação da realidade.

Não foi objetivo deste trabalho esgotar as possibilidades de abordagem teórica da temática em questão. Com certeza, muito ainda há que se pesquisar acerca da prática educativa realizada por enfermeiras nos grupos de educação em saúde. Espera-se, com este trabalho, fornecer uma contribuição para as discussões acerca do assunto e para a redução das lacunas existentes na literatura referente ao assunto.

Percebe-se como limitação do estudo o fato de não ter acompanhado os grupos selecionados durante um período de tempo mais ampliado, haja vista o fato de ter nos discursos de enfermeiras e usuários, coletados em momentos específicos, serem considerados o ponto principal aqui analisado.

Vale salientar que a capacidade da ESF, em virtude de sua proximidade em relação ao cotidiano dos usuários, de realizar alianças com diferentes setores da comunidade com intuito de se possibilitar a realização de práticas intersetoriais, que atendam às complexidades oriundas do processo saúde-doença e que auxiliem na transposição de dificuldades encontradas para a realização das práticas educativas.

Destaca-se que a realização do trabalho educativo nos grupos de educação em saúde, pode incentivar a troca de conhecimentos e o compartilhamento de experiências, que podem acabar por contribuir na mudança de concepções acerca do processo saúde-doença.

Com isso, propõe-se a realização de maior aproximação entre as enfermeiras que atuam por meio da prática educativa na ESF e os modelos de educação em saúde, tanto durante a graduação dessas profissionais, quanto por meio de uma estrutura de educação permanente em saúde, como forma de proceder a redução da lacuna existente entre a teoria e a prática educativa, bem como a

consolidação de processos educativos dialógicos, democráticos, problematizadores, políticos e, conseqüentemente, transformadores.

Por fim, sugere-se a educação em saúde realizada em grupo como um relevante instrumento a ser utilizado com intuito de promover o autocuidado, incrementar a qualidade de vida e, destarte, possibilitar a promoção da saúde dos usuários dos serviços de saúde, mais até do que as atividades educativas realizadas individualmente.

REFERÊNCIAS

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Rev. Bras. Hipertens.** v. 13, n. 4, p. 256-312. 2006.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **Rev. Bras. Hipertens.** v.17, n. 1. 2010, 64p.

ABRAHÃO, A.L.; GARCIA, A.L.S. Sobre o exercício da educação em saúde: um estudo bibliográfico da prática em enfermagem. **Saúde Coletiva**, v.7, n.31, p.155-162. 2009.

ABREU, R. N.D.C. **Pós graduação em enfermagem no Brasil: análise das dissertações e teses sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus de 1972 a 2004.** Monografia (Especialização em enfermagem clínica). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2006.

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-121. 2008.

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

ALVES, V. S.; NUNES, M. O. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.131-147. 2006.

BACKES, V. M. S.; LINO, M. M.; PRADO, M. L.; REIBNITZ, K. S.; CANAVER, B. P. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, [online]. vol.61, n.6, p. 858-865. 2008.

BESEN, C. B.; SOUZA NETTO, M; DA ROS, A. A.; SILVA, F. W.; SILVA, C. G.; PIRES, M. F. A Estratégia Saúde da Família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade.**, v.16, n.1, p. 57-68. 2007.

BOEHS AE, MONTICELLI M, WOSNY AM, HEIDEMANN IBS, GRISOTTI M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enferm** [online], Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 307-314. 2007.

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 213-223, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria interministerial nº 421/2010**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acessado em: 16 de agosto de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Brasília, 2006a

BRASIL, Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. 24p.

BRASIL, Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Lei 8.080 de 19/09/1990**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1990.

CAMPOS, G.W.S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12 (Sup), p.1865-1874, 2007.

CARVALHO, V. L. S.; CLEMENTINO, V. Q.; PINHO, L. M. O. Educação em saúde nas páginas da REBEn no período de 1995 a 2005. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 243-248. 2008.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6 n. 3, p. 443-456. 2009.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4. 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p. 1400 – 1410. 2004.

CHAGAS, M. I. O.; XIMENES, L. B.; JORGE, M. S. B. Educação em Saúde e interfaces conceituais: representações de estudantes de um curso de enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 646-650. 2007.

CHAVES, E. S.; LÚCIO, I. M. L.; ARAÚJO, T. L.; DAMASCENO, M. M. C. Eficácia de programas de educação para adultos portadores de hipertensão arterial. **Rev. Bras. Enferm.**, [online]. v.59, n.4, p. 543-547. 2006.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2009.

DINIZ, M. C. P.; FIGUEIREDO, B. C.; SCHALL, V. T. Hortênsia de Hollanda: a arte da educação em saúde para prevenção e controle das endemias no Brasil. História, **Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro. v.16, n.2, p.533-556. 2009.

FAVORETO, C. A. O.; CABRAL, C. C. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.28, p.7-18, 2009.

FELIPE, G. F. **Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao portador de hipertensão atendido no Programa Saúde da Família em Fortaleza - Ceará.** 2007. 50f. Monografia (Graduação em enfermagem) – Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2007.

FELIPE G. F.; ABREU R. N. D. C.; MOREIRA T. M. M. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao usuário com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 42. n. 4. p. 620 - 627. 2008.

FERNANDES, W.R.; SIQUEIRA, V.H.F. Educação em saúde da pessoa idosa em discursos e práticas: atividade física como sinônimo de saúde. **Interface comunicação saúde educação.** v.14, n.33, p.371-85. 2010.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad Saúde Pública**, v.24, n.1, p.17-27. 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1987.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 25 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Educação e Mudança.** 12 ed. São Paulo: Paz e Terra. 1986.

_____. **Conscientização: teoria e prática da libertação. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire** São Paulo: Cortez & Moraes. 1979.

GADOTTI, M.; FREIRE, P.; GUIMARÃES, S. **Pedagogia: diálogo e conflito.** 4 ed. São Paulo: Cortez, 1995.

GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C.; MARQUES, R. C. **Educação em saúde: teoria, método e imaginação.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006. 166 p.

GAZZINELLI, M.F.; GAZZINELLI, A.; REIS, D.C.; PENNA, C.M.M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 200-206. 2005.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GODOY, M. T. H.; MUNARI, D. B. Análise da produção científica sobre a utilização de atividades grupais no trabalho do enfermeiro no Brasil: 1980 a 2003. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 5. p. 156-163. 2006.

GOMES, V. L. O.; TELLES, K. S.; ROBALLO. E. C. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 13, n 4, p. 856-62. 2009.

GONÇALVES, L. H. T.; SCHIER, J. “Grupo Aqui e Agora” - Uma tecnologia leve de ação sócio-educativa de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v.14, n.2, p. 271-279. 2005.

GÜNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 201-210. 2006.

GUEDES, M. V. C. **Comportamentos de pessoas com hipertensão arterial:** estudo fundamentado no modelo de crenças em saúde. 2005. 168f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Discurso do sujeito coletivo:** um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2 ed. Caxias do Sul: Educs, 2005. 256 p.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. O sujeito coletivo que fala. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v.10, n.20, p.517-24. 2006.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. TEIXEIRA, J. J. V. **O Discurso do sujeito coletivo:** uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs, 2000. 138 p.

LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C.. Competências para ação educativa da enfermeira. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]., v.16, n.2, p. 177-183. 2008.

LEONELLO, V. M. **Competências para a ação educativa da enfermeira:** uma interface com o ensino e a assistência de enfermagem. 2007. 156f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Fortaleza, 2007.

MACHADO, M. A. S.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. **Rev. Latino-am enfermagem.**, v.17, n.2, p. 29-35. 2009.

MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R. GUIZARDI, F. L. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 57-74.

MARCUS, M. T.; LIEHR, P. R. Abordagens de pesquisa qualitativa. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. Cap. 9, p. 123.

MEDEIROS, B.; SILVEIRA, J.L.G.C. Educação em saúde: representações sociais da comunidade e da equipe de saúde. **Dynamis revista tecno-científica.**, v.13, n.1, p. 120 -126. 2007.

MEYER, D. E. E.; MELLO, D. F.; VALADÃO, M. M.; AYRES, J. R. C. M. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1335-1342. 2006.

MOTTA, K. A. M. B.; MUNARI, D. B.; LEAL, M. L.; MEDEIROS, M.; NUNES, F. C. As trilhas essenciais que fundamentam o processo e desenvolvimento da dinâmica grupal. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [online], v. 9, n. 1, p. 229-241. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a18.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2009.

MOTTA, K. A. M. B.; MUNARI, D. B. Um olhar para a dinâmica do coordenador de grupos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.8, n.1, p. 150-161, 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/atualizacao.htm. Acesso em: 03 dez. 2009.

MOURA, L.B.A; LEFÈVRE, F.; MOURA, V. Discurso do Sujeito coletivo: narrativas de violências praticadas por parceiros íntimos contra mulheres. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, XVII, 2010, Minas Gerais. **Anais...** Brasília: ABRASCO, 2010. p.1-14.

MUNARI, D. B.; FUREGATO, A. R. F. **Enfermagem e grupos**. Goiânia: Editora AB, 2003. 82 p.

MUNARI, D. B.; PADILHA; G. C.; MOTA, K. A. M. B.; MEDEIROS, M. Contribuições para a abordagem da dimensão psicológica dos grupos. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 1, p. 107-112. 2007.

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

PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **O mundo da saúde**. São Paulo: vol. 31, n. 3, p. 320-328. 2007.

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

PLUCENIO, R. M.; ASSIS, A. A.; ORLANDI, E. M.; CASTELLANI, T. T. Atividades do Projeto "Educação em Saúde como um Exercício de Inclusão Social": Ações em 2009. **Extensio: R. Eletr. de Extensão**, Florianópolis, v.7, n. 9, p. 12-23, 2010.

REIS, D. C. Educação em saúde: aspectos históricos e conceituais. In: GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C.; MARQUES, R. C. **Educação em saúde: teoria, método e imaginação**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006. p. 19-24.

REIS, M. A. S.; FORTUNA, C. M.; OLIVEIRA, C. T.; DURANTE, M. C. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.655-66. 2007.

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

ROGERS, C. **Grupos de Encontro**. 8 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002. 198 p.

ROLIM, M. O.; CASTRO, M. E. Adesão às orientações fornecidas no Programa de Controle da Hipertensão: uma aproximação aos resultados padronizados de enfermagem. **Online Brazilian Journal of Nursing** [periódico na Internet]; 2007 [citado 2009 jul. 08]; 6(1): [cerca de 20 p]. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/713/161>

ROSÁRIO, T. M.; SCALA, L. C. N.; FRANÇA, G. V. A.; PEREIRA, M. R.; JARDIM, P. C. B. V.; Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica em Nobres-MT. **Rev Bras Epidemiol.**, v.12, n.2, p. 248-57. 2009.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Introdução à epidemiologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 282 p.

SANTOS, Z. M. S. A.; LIMA, H. P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto contexto - enferm.** [online], v.17, n.1, p. 90-97. 2008.

SANTOS, Z. M. S. A.; FROTA, M. A.; CRUZ, D. M.; HOLANDA, S. D. O. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto contexto – enferm.**, v.14, n.3, p. 332-40. 2005.

SILVA, J. L. L. Educação em saúde e promoção da saúde: a caminhada dupla para a qualidade de vida do cliente **Informe-se em promoção da saúde**, n.1, p.3. 2005. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/informe> . Acessado em: 01/08/2010.

SILVA, T. R.; FELDMAN, C.; LIMA, M. H. A.; NOBRE, M. R. C.; DOMINGUES, R. Z. L. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saude soc.** [online], v.15, n.3, p. 180-189. 2006.

SILVA, D.G.V.; FRANCIONI, F.F.; NATIVIDADE, S.L.; AZEVEDO, M.; ANDOVAL, R.C.B.; DI'LOURENZO, V.M. Grupos como possibilidade de desenvolver educação em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v.12, n.1, p.97-103, 2003.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.91-104. 2005.

SIMÕES, F. V.; STIPP, M. A. C. Grupos na enfermagem: classificação, terminologias e formas de abordagem. **Esc Anna Nery R Enferm.**, v.10, n.1, p. 139-44. 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Educação da saúde e promoção da saúde. In: _____. **Brunner & Suddarth, Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan. 10 ed. v1. 2005. p. 48-61.

SOUZA, A. C.; COLOMÉ, I. C. S.; COSTA, L. E. D.; OLIVEIRA, D. L. L. C. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147 – 153. 2005.

TAVEIRA, L. F.; PIERIN, A. M. G. O nível socioeconômico pode influenciar as características de um grupo de hipertensos? **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 5, p. 45-51. 2007.

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

TORRES, H. C.; FRANCO, L. J.; STRANDIOTO, M. A.; HORTALE, V. A.; CHALL, V. T. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Rev Saúde Pública**, v.43, n.2, p. 291-8. 2009,

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514. 2005.

VALLA, V. V. [Entrevista]. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 3 n. 1, p. 227-238. 2005.

VAN EYKEN, E. B. B. D.; MORAES, C. L. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 111-123. 2009.

VASCONCELOS, E. M.; **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 2 ed. São Paulo: Hucitec. 2001. 336p.

VASCONCELOS, E. M. A educação popular na atenção primária à saúde. **Rev. APS**, v. 11, n. 3, p. 344-345. 2008.

VICTOR, J.F.; VASCONCELOS, F.F.; ARAÚJO, A.R.; XIMENES, L.B.; ARAÚJO, T.L. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, n.4, p.724-30, 2007.

VILA, A. C. D.; VILA, V. S. C. Tendências da produção do conhecimento na educação em saúde no Brasil. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.15, n.6, p. 1177-1183. 2007.

VILLA, E. Educação em saúde. Conhecimentos, representações sociais e experiência da doença. In: GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C.; MARQUES, R. C. **Educação em saúde: teoria, método e imaginação**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006. p. 43-51.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: “Grupos de educação em saúde: possibilidade para o cuidado clínico de enfermagem à pessoa com hipertensão”, que tem como objetivo de analisar as percepções de enfermeiros e pessoas com hipertensão arterial, participantes de grupos de educação em saúde em Unidades Básicas de Saúde em Fortaleza – Ceará, sobre as práticas desenvolvidas nos grupos de educação em saúde. Será utilizada uma entrevista gravada.

Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista sobre o tema acima proposto que poderá ser gravada se o(a) Sr(a) concordar. Garantimos que a pesquisa não trará nenhum tipo de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que participarem. Todas as informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o(a) Sr(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão a liberdade para não participarem quando assim não acharem mais conveniente. Contatos com o mestrando Gilvan Ferreira Felipe no seguinte endereço: Rua dos Maias, nº210. Bairro Parque Manibura; telefone: (85) 8778-9870.

O Comitê de Ética da UECE encontra-se disponível para quaisquer esclarecimentos pelo fone: 3101-9890; Endereço: Av. Paranjana, 1700 – Campus do Itaperi – Fortaleza/CE.

Este termo está sendo elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____, tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar desta com tema: Grupos de educação em saúde: possibilidade para o cuidado clínico de enfermagem à pessoa com hipertensão.

Fortaleza ___/___/_____

Assinatura do participante

Gilvan Ferreira Felipe

APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados (Enfermeira)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL		
1. Código de Identificação: _____		Data da Entrevista: ____/____/2010
2. Endereço: _____		2.1. Telefone(s): _____
3. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	4. Data de nascimento: ____/____/____	7. N° de filhos: _____
	5. Cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Outra: _____	8. Renda pessoal: R\$ _____
	6. Religião: <input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Outra: _____	8.1. Renda familiar: R\$ _____
9. Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> União Consensual <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Outro: _____	10. Escolaridade: <input type="checkbox"/> Graduação <input type="checkbox"/> Especialização: _____ <input type="checkbox"/> Mestrado: _____ <input type="checkbox"/> Doutorado: _____ <input type="checkbox"/> Pós-doutorado: _____	11. Possui outra ocupação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se SIM, qual? _____ _____

DADOS PARA AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE			
12. Altura: _____ cm	13. Peso: _____ kg	14. IMC: _____ kg/m ²	15. CA: _____ cm
16. Pressão Arterial: PAS: _____ mmHg PAD: _____ mmHg	17. Tabagista: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	18. Etilista: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	19. Atividade Física <input type="checkbox"/> Sim: _____ <input type="checkbox"/> Não
20. Antecedentes familiares – cardiovasculares: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> AVE <input type="checkbox"/> Outro: _____	21. Presença de complicações: <input type="checkbox"/> Infarto agudo do miocárdio <input type="checkbox"/> Outras cardiopatias: _____ <input type="checkbox"/> AVE <input type="checkbox"/> Pé diabético <input type="checkbox"/> Amputação por diabetes <input type="checkbox"/> Doença renal		

PRÁTICA EDUCATIVA QUE DESENVOLVE NA UNIDADE DE SAÚDE	
22. Unidade de Saúde: _____	
22.1. Endereço: _____	22.2. Telefone(s): _____
23. Início das atividades na Unidade de Saúde: ____/____/____	
24. Por que optou trabalhar com grupo de educação em saúde? <input type="checkbox"/> Vontade própria <input type="checkbox"/> Imposição da chefia <input type="checkbox"/> Outro: _____	25. Quantos usuários participam do grupo? _____ 26. Outro(s) membro(s) da equipe de saúde participa do planejamento e/ou implementação das atividades do grupo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se SIM, quem? _____ Se NÃO, por quê? _____ _____ _____
27. Participa (ou participou) de outro grupo (ou atividade) de educação em saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se SIM, qual? _____ _____ _____	

28. Participou de alguma atividade de educação em saúde durante a graduação ou pós-graduação?

Sim

Não

Se SIM, qual? _____

ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL – QUESTÕES NORTEADORAS

29. Que atividades são desenvolvidas no grupo de educação em saúde que você participa?

30. O que você acha dessas atividades? Por quê?

31. Há outras atividades que deveriam ser abordadas? Por que SIM ou por que NÃO?

32. As pessoas conseguem melhorar da hipertensão com as atividades de grupo? Fale um pouco sobre isso.

33. Você considera o trabalho com os grupos de educação em saúde um cuidado de enfermagem? Fale um pouco sobre isso.

NOTAS DO ENTREVISTADOR

APÊNDICE C - Instrumento de Coleta de Dados (Usuário)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO			
1. Código de Identificação: _____		Data da Entrevista: ____ / ____ / 2010	
2. Endereço: _____		2.1. Telefone(s): _____	
3. Unidade de Saúde: _____		3.1. Data de admissão na unidade: ____ / ____ / ____	
		3.2. N ^o do prontuário: _____	
4. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	6. Data de nascimento: ____ / ____ / ____		9. N ^o de filhos: _____
	7. Cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Outra: _____		9.1. N ^o de pessoas no domicílio: _____
5. Município/UF de nascimento: _____	8. Religião: <input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Outra: _____		10. Escolaridade: _____
			11. Ocupação: _____
		11.1. Renda pessoal: R\$ _____	
		11.2. Renda familiar: R\$ _____	
12. Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> União consensual <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Outro: _____			

DADOS CLÍNICOS DO USUÁRIO			
13. Altura: _____ cm	14. Peso: _____ kg	15. IMC: _____ kg/m ²	16. CA: _____ cm
17. Pressão Arterial: _____ / _____ mmHg		18. Atividade Física: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se SIM, qual? _____	
19. Fatores de risco e doenças concomitantes: <input type="checkbox"/> Antecedentes familiares – cardiovasculares (HAS / DM / AVE / IAM / Outro: _____) <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1 <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2 <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Etilismo <input type="checkbox"/> Sobrepeso / obesidade		20. Presença de complicações: <input type="checkbox"/> Infarto agudo do miocárdio <input type="checkbox"/> Outras cardiopatias: _____ <input type="checkbox"/> AVE <input type="checkbox"/> Pé diabético <input type="checkbox"/> Amputação por diabetes <input type="checkbox"/> Doença renal	

TRATAMENTO		
21. Não-medicamentoso: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
22. Medicamentoso: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
22.1. Medicamentos em uso / dose diária: <input type="checkbox"/> Captopril 25mg / _____ cp <input type="checkbox"/> HCTZ 25mg / _____ cp <input type="checkbox"/> Propranolol 40mg / _____ cp	<input type="checkbox"/> AAS 100mg / _____ cp <input type="checkbox"/> Glibenclamida / _____ cp <input type="checkbox"/> Metformina / _____ cp <input type="checkbox"/> Losartana / _____ cp <input type="checkbox"/> Isordil / _____ cp	<input type="checkbox"/> Digoxina / _____ cp <input type="checkbox"/> Outro(s): _____ _____ _____

PARTICIPAÇÃO NO GRUPO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	
23. Tempo de participação no grupo: _____ meses	25. Quem incentivou o ingresso no grupo? _____ _____
24. Frequência dos encontros: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Outra: _____	
26. Participa (ou participou) de algum outro grupo de educação em saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se SIM, qual? _____	

ANEXO

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UECE)



Governo do Estado do Ceará
 Secretaria da Ciência Tecnologia e Educação Superior
 Universidade Estadual do Ceará
 Comitê de Ética em Pesquisa
 Av. Paranajana, 1700 - Campus do Itaperi
 CEP 60.740-000 - Fortaleza-Ce
 Fone: 3101.9890 - E-mail: cep@uece.br



Fortaleza, 04 de maio de 2010

Título: “Grupos de Educação em Saúde: possibilidade para o cuidado clínico de enfermagem à pessoa com hipertensão”.

Processo: 10030439-7 **FR:** 320298

Pesquisador responsável: Gilvan Ferreira Felipe (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde da UECE)

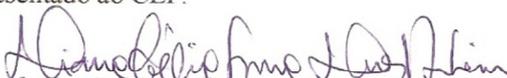
Orientadora: Profa. Thereza Maria Magalhães Moreira.

Parecer

O presente projeto tem por objetivo geral analisar as percepções de enfermeiros e pessoas com hipertensão arterial, participantes de grupos de educação em saúde em Unidades Básicas de Saúde em Fortaleza-Ceará, sobre as práticas desenvolvidas nos grupos de educação em saúde. Trata-se de um projeto de dissertação apresentado ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde da UECE. O estudo será de caráter descritivo com abordagem qualitativa e será realizado em Unidades Básicas de Saúde de uma Secretaria Regional em Fortaleza-Ceará. A população constará de enfermeiros e pacientes com hipertensão arterial, que utilizam os grupos de educação em saúde como estratégia de intervenção na saúde, bem como na doença hipertensiva. A amostra será composta de 30 sujeitos, cuja escolha ocorrerá de maneira intencional com o intuito de alcançar com maior clareza as mais diferentes concepções apresentadas pelos envolvidos. Como critério de inclusão será considerado o fato dos enfermeiros e pacientes hipertensos estarem participando das atividades dos grupos de educação em saúde, há pelo menos seis meses. A coleta dos dados será realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas com os enfermeiros e pacientes hipertensos e por meio de grupos focais, no caso dos pacientes. Ambos os meios de obtenção dos dados serão gravados e, em seguida transcritos para posterior análise, a qual ocorrerá por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. O projeto apresenta uma boa revisão de literatura; a FR se encontra preenchida adequadamente; o orçamento será de responsabilidade do pesquisador, no valor de R\$646,00 (seiscentos e quarenta e seis reais); apresenta cronograma com coleta de dados para junho de 2010 e o TCLE foi feito adequadamente.

O projeto está bem estruturado e é relevante, havendo retorno para o sujeito e a comunidade. Ele atende aos ditames da Resolução 196/96 do CNS, e foram resolvidas as pendências no dia 04 de maio de 2010, portanto está aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE.

O relatório final deverá ser apresentado ao CEP.


 Prof. Dra. Diana Célia Sousa Nunes Pinheiro

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE

