

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-  
AMERICANA - UNILA**

**DESENVOLVIMENTO DE ESTRATÉGIAS NA EDUCAÇÃO EM  
SAÚDE NOS PROGRAMAS DE CONTROLE E PREVENÇÃO DO  
DIABETES E DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA A SAÚDE EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO  
MUNICÍPIO DE FOZ IGUAÇU**

**LISETE TEIXEIRA PALMA DE LIMA**

**Foz do Iguaçu – PR**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-  
AMERICANA - UNILA**

**DESENVOLVIMENTO DE ESTRATÉGIAS NA EDUCAÇÃO EM  
SAÚDE NOS PROGRAMAS DE CONTROLE E PREVENÇÃO DO  
DIABETES E DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA A SAÚDE EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO  
MUNICÍPIO DE FOZ IGUAÇU**

Pré projeto apresentado como  
pré-requisito para a obtenção do  
título de Especialista em  
Educação Médica pela UNILA –  
Universidade Federal da  
Integração Latino Americana.

Orientadora: Profa. Dra. Beatriz  
Jansen Ferreira

**LISETE TEIXEIRA PALMA DE LIMA**

**Foz do Iguaçu – PR**

**2014**

## INTRODUÇÃO

Os problemas que a comunicação em saúde ainda enfrenta tem em sua história marcas do Iluminismo do século XIX, quando se pensava que a educação era a simples transmissão de um saber – de quem sabe para quem não sabe, e também equivocadamente se imaginar que “saber sobre alguma coisa” seria suficiente para produzir uma mudança de comportamento ou de atitude. Mesmo pessoas que “sabem” de todos os riscos e prejuízos que uma determinada ação ou atitude trazem e, mesmo assim, a executam, têm como resposta motivos de ordem econômica, cultural, afetiva, social, subjetiva, e outros ligados a própria interpretação e credibilidade das mensagens sobre saúde. Assim a questão que se coloca para o receptor não é só receber uma informação, mas acreditar nela, considerá-la relevante, priorizar alguma mudança relacionada com ela, e principalmente ter condições (econômicas, sociais e subjetivas) de por em prática os novos conhecimentos que, por acaso, sejam considerados de seu interesse. (Carvalho, 2006)

A comunicação está presente em todo o processo de educação em saúde, onde às pessoas, uma vez informadas, caberia a responsabilidade quanto a adoecer ou permanecer saudável e que a educação em saúde, um dos eixos da concepção de promoção em saúde, possui como principal compromisso desenvolver o senso de identidade, autonomia e responsabilidade dos indivíduos, bem como a solidariedade e a responsabilidade comunitária.

Apresenta-se como desafio, a utilização da comunicação que perpassa o processo dinâmico do cuidar. Em maneiras da equipe envolvida repassar orientações que impactem no comportamento dos usuários, de forma que eles compreendam a necessidade das mudanças, que se sintam implicados no seu próprio tratamento, e ainda que venham a interagir de forma a ser co-participes desse tratamento

As reflexões sobre a comunicação nos remetem aos processos de educação em saúde dentro de um sistema de saúde com um perfil epidemiológico de mudanças demográficas vivenciadas pelo País nas últimas décadas. Como a progressiva melhoria do índice de mortalidade infantil, aliada ao envelhecimento da população e ao grande aumento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis que conduzem a uma mudança nos processos de trabalho das equipes de assistência da atenção primária a saúde.

No Brasil, o percentual de jovens de 0 a 14 anos que era de 42% em 1960 passou para 30% em 2000 e deverá cair para 18% em 2050. Diversamente, o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos que era de 2,7% em 1960 passou para 5,4% em 2000 e deverá alcançar 19% em 2050, superando o número de jovens (Brito, 2007).

O número expressivo de atendimentos para portadores de doenças crônicas ocupa hoje espaços nas ofertas de atendimentos que podem ser em livre demanda para clientes com agudizações do quadro; no acompanhamento destes portadores na intenção de evitar complicações em agenda programada ou ainda em grupos de educação a saúde que visam o emponderamento para o autoconhecimento e o auto cuidado.

A qualidade do processo da educação em saúde na realização das ações citadas pela equipe responsável vai se refletir no controle da doença crônica relacionada dos clientes da sua área de abrangência.

Acolher, atender, mensurar sinais, avaliar sintomas, prescrever medicamentos de uso continuado entre outras são ações de rotina da equipe que merecem atenção e dedicação individualizadas aos seus clientes.

Num país com iniquidades em várias áreas, a dificuldade de discernimento acarretada pelo analfabetismo ou ainda por uma escolaridade precária minimiza e empobrece a possibilidade de êxito em um processo de educação em saúde marcado por uma parceria ativa, crítica e autônoma.

Dos 36 milhões de adultos analfabetos na América Latina, 38,5% são brasileiros. São cerca de 14 milhões de pessoas num país que abriga 34,2% da população latino-americana. O dado levantado entre 2005 e 2011 consta do relatório Educação Para Todos, divulgado pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO, Relatório publicado em 29/01/2014).

É imprescindível entender o nível de compreensão da sua clientela, ou de cada cliente, buscar formas de entendimento recíproco, buscando estratégias exitosas já utilizadas para avançar no sentido de educar para a saúde e para o auto cuidado. Apresenta-se, portanto como desafio para enfrentamento de forma competente no processo de trabalho da estratégia saúde da família assistir de forma integral clientes portadores de doenças crônicas, na sua maioria hipertensos e diabéticos, com vistas a manutenção da saúde, a redução de complicações relacionadas aos desequilíbrios, e buscando levar este cliente ao conhecimento da sua própria condição de cronicidade, conhecimento que leve a autonomia na busca de uma melhor qualidade de vida.

Educar para a saúde é papel atribuído a todos os profissionais de saúde, porém, a distancia entre o saber e o repassar dificulta o processo de autonomia da pessoa que recebe os cuidados prestados.

Citando Ceccim e Feuerwerkerl, 2004, encontramos que de forma geral, no que se refere ao seu foco epistemológico predominante, a educação de profissionais de saúde pode ser considerada biologicista, tecnicista, medicalizante e procedimento-centrada, questionando-se se essa formação é capaz de responder às necessidades reais de saúde do conjunto da população, com compreensão mais ampla de saúde ( não limitada à doença), articulando conhecimentos e práticas profissionais com o papel social das profissões.

## **JUSTIFICATIVA**

No setor da saúde, Educação Permanente é um conceito que expressa as relações entre ensino e ações e serviços, articulando docência e atenção à saúde. Com a publicação da Portaria número 1.996 de 20/08/2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da PNEPS – Programa Nacional de Educação Permanente em Saúde, esse conceito é ampliado e passa a designar também as relações entre a formação e a gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. Esta política de governo se propõe, entre outras finalidades, a tornar a rede pública de saúde em uma rede de ensino-aprendizagem no trabalho e no exercício da prática profissional (Ceccim, 2005).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) da área da saúde apontam para a formação de um profissional que tenha perfil e competências orientados pelos princípios e diretrizes do SUS. Este perfil proposto pelas DCN é passível de ser construído a partir de experiências de ensino, desenvolvidas em cenários concretos de prática.

Dessa maneira, a educação permanente em saúde pode se constituir em estratégia fundamental para as transformações do processo de trabalho neste setor.

Nesse contexto, este trabalho pretende desenvolver um plano de ação de educação permanente para que os profissionais que atuam na rede de assistência se qualifiquem com a finalidade de aprimorar seus conhecimentos e competências para fortalecimento do SUS e a melhorar a qualidade da formação dos estudantes da área da saúde que utilizam os serviços de saúde como cenários de suas práticas de ensino.

Um dos cenários adequados para este tipo de aprendizagem é a Educação Permanente em Saúde (EPS), inserido em sua prática profissional onde a equipe interprofissional pode aprender novas atitudes, soluções, ideias e conceitos, que modificam a prática.

Como apontado acima, para além da EPS o processo educativo apoia-se em três vertentes: a educação permanente, a educação continuada e a educação em serviço, que são espaços de ensino aprendizagem inseridos em cenários da prática que têm como objetivos o desenvolvimento de habilidades e competências. Todas, em última instância, aprimoram a assistência à saúde.

O conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS) é definido na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2006, p.20), como:

[...] aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho [...] se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais [...] pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e população [...] têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

Educação Permanente em Saúde (EPS) é um conceito de processo educativo promovido pela Organização Pan-americana de Saúde (OPS) desde 1984, por meio do seu Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos.

Esta proposta surge a partir da constatação de que havia uma estreita relação entre o planejamento das ações de saúde e as de recursos humano e ambas tinham o potencial de atender a demanda de sua readequação. (GUIMARÃES, 2009)

O Ministério da Saúde (MS) em 2004, por meio da portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, instituiu como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores da área da saúde, baseada na aprendizagem significativa, buscando mudanças e melhorias baseadas na análise do cotidiano de trabalho, nos seus problemas e desafios. (BRASIL, 2004)

A EPS assegura à participação coletiva interprofissional e interdisciplinar, favorecendo a construção de novos conhecimentos, e fundamenta-se na pedagogia da problematização centrada na resolução de problemas, partindo da reflexão crítica sobre os mesmos referentes à qualidade da assistência, onde o resultado é a mudança e o fortalecimento do processo de trabalho. (PEIXOTO, 2013)

Já a Educação Continuada (EC) trabalha de forma uniprofissional, e tem por objetivo a atualização técnico-científica, e mudanças pontuais em categorias profissionais ou saberes específicos em saúde. (GIRADE, 2006)

A Educação em Serviço (ES) foi o primeiro conceito a ser operacionalizado, como forma de adequação dos profissionais da saúde aos serviços públicos. Um processo educativo a ser aplicado no ambiente de trabalho, com intuito de desenvolver a capacitação profissional para o trabalho, voltada para uma instituição em particular. (PASCHOAL, 2007)

## **OBJETIVO GERAL**

Descrever as estratégias desenvolvidas junto ao corpo discente do primeiro ano do Curso de Medicina da UNILA no âmbito da educação em saúde especialmente na assistência aos grupos de hipertensos e diabéticos à luz do autocuidado.

Descrever a percepção discente frente às estratégias construídas pelo corpo docente.

Descrever a percepção docente sobre as estratégias construídas em educação em saúde para o cuidado junto aos grupos de hipertensos e diabéticos desenvolvidas junto aos alunos do primeiro ano do Curso de Medicina da UNILA.

## **OBJETIVO ESPECÍFICO**

Descrever à luz da Educação Permanente em Saúde – EPS quais as estratégias desenvolvidas junto ao alunos do primeiro ano do Curso de Medicina da UNILA.

Descrever a percepção docente e discente sobre o processo de formação para a atenção à saúde junto a hipertensos e diabéticos, desenvolvido no primeiro ano do Curso de Medicina da UNILA.

### **QUESTÕES NORTEADORAS**

- Como trabalhar com grupos de educação e saúde para adultos portadores de diabetes e/ou hipertensão arterial?
  - Que contribuições a Educação Permanente em Saúde – EPS pode fornecer para o desenvolvimento do trabalho em educação em saúde para os grupos acima citados?
  - Como estas questões são inseridas no processo de formação desenvolvido no Curso de Medicina da UNILA.

### **REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **1. Situação de Saúde no Brasil**

O efeito combinado de redução dos níveis fecundidade e de mortalidade, em especial a mortalidade infantil, resulta numa transformação da pirâmide etária da população. O formato triangular, com base alargada, em 2005, irá ceder lugar, em 2030, a uma pirâmide com parte superior mais larga, típica de sociedades envelhecidas.

Aliada ainda ao imperativo da situação de saúde brasileira que se caracteriza por uma transição demográfica acelerada e uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças com predomínio relativo forte das condições crônicas. Caracteriza-se a crise fundamental dos sistemas de saúde do mundo e, também, do SUS, que consiste numa incoerência entre a situação de saúde e a resposta social do sistema de atenção à saúde. Uma situação de saúde do século XXI fortemente dominada pelas condições crônicas, sendo respondida socialmente por um sistema desenvolvido no século XX, focado nas condições e nos eventos agudos. (Mendes, 2012)

#### **2. Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus**

A HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica e o DM - Diabetes Mellitus, constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual constituem agravos de saúde pública onde cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica.

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

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

Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as DCVs têm sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis. Estudos estimam que a prevalência global da HAS seja de um bilhão de indivíduos, acarretando aproximadamente 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo (CHOBANIAN, 2004).

Na Alemanha, a HAS atinge 55% da população adulta, sendo o país com maior prevalência no continente europeu, seguido da Espanha com 40% e da Itália, com 38% da população maior de 18 anos hipertensa (SHERMA et al., 2004; MARQUEZ et al. 2007; GRANDI et al. 2006) .

Cerca de 40% dos usuários da rede da Atenção Primária foram diagnosticados portadores de HAS e de doenças cardiovasculares em 2007 (SCHMIDT et al., 2011).

O termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999).

O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial.

Analisando a importância do DM como carga de doença, ou seja, o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos seus portadores, por meio do Disability Adjusted Life of Years (DALY), anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, verifica-se que, em 1999, o DM apresentava uma taxa de 12 por mil habitantes, ocupando a oitava posição (BRASIL, 2010).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (SCHMIDT; DUNCAN; STEVENS et al., 2009; SCHMIDT et al., 2011; ROSA, 2008).

### **3. Doenças Crônicas e a Atenção Básica em Saúde**

Um grande desafio atual para as equipes de Atenção Básica é a atenção em saúde para as doenças crônicas. Estas condições são muito prevalentes, multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, e sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade.

O contexto atual clama pela estruturação do trabalho das equipes de Atenção Básica, cujos processos de trabalho devem responder às muito prevalentes e complexas doenças crônicas, que não “curam”, como as doenças agudas, mas permanecem ao longo da vida dos indivíduos. Recentes evidências mostram que equipes multidisciplinares atuando de forma coordenada, preparadas para orientar e apoiar as pessoas a lidar com suas condições e a responder às agudizações desses processos, alcançam melhores resultados. (Ministério da Saúde, 2014)

A possibilidade de associação das duas doenças é da ordem de 50%, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias num mesmo paciente. A HAS e o DM são doenças que apresentam vários aspectos em comum: etiopatogenia: identifica-se a presença, em ambas, de resistência insulínica, resistência vascular periférica aumentada e disfunção endotelial; fatores de risco, tais como obesidade, dislipidemia e sedentarismo; tratamento não-medicamentoso: as mudanças propostas nos hábitos de vida são semelhantes para ambas as situações; cronicidade: doenças incuráveis, requerendo acompanhamento eficaz e permanente; complicações crônicas que podem ser evitadas quando precocemente identificadas e adequadamente tratadas; geralmente assintomática na maioria dos casos; de difícil adesão ao tratamento pela necessidade de mudança nos hábitos de vida e participação ativa do indivíduo; necessidade de controle rigoroso para evitar complicações; alguns medicamentos são comuns; necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar; facilmente diagnosticadas na população.

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS, do DM e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos.

São problemas de saúde considerados Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo destes problemas ainda na Atenção Básica evitam hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

Os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão.

Estudos epidemiológicos demonstram uma relação direta e independente entre os níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular (MOLITCH et al., 2003) fazendo com que a estratégia clínica de prevenção cardiovascular requeira o conhecimento do estado diabético. No entanto, o diabetes mellitus (DM) pode permanecer assintomático por longo tempo e sua detecção clínica é frequentemente feita, não pelos sintomas, mas pelos seus fatores de risco. Por essa razão, é importante que as equipes de Atenção Básica estejam atentas, não apenas para os

sintomas de diabetes, mas também para seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade). A abordagem terapêutica dos casos detectados, o monitoramento e o controle da glicemia, bem como o início do processo de educação em saúde são fundamentais para a prevenção de complicações e para a manutenção de sua qualidade de vida.

#### **4. Educação em saúde para o auto cuidado**

No século XIX, com o avanço de tecnologias que exigiam sistematização de conhecimentos e a institucionalização das doenças, o cuidado dos problemas de saúde foi transferido para profissionais com formação formal: médico e, a partir do início do século XX, enfermeiras. A partir da profissionalização do cuidado, ocorre um uso crescente de tecnologia dura no cuidado da saúde, a privação progressiva dos direitos de informação, a decisão unilateral por parte dos profissionais de Saúde sobre quais cuidados o paciente/doente precisa e a quase total ausência de participação deles nas decisões que afetam diretamente a sua saúde.

Este contexto fez com que, em 1978, na Declaração de Alma-Ata, fosse destacada a necessidade de participação dos indivíduos, famílias e comunidades nas decisões que dizem respeito ao seu cuidado. A partir desta data, o direito à informação, ao conhecimento, aos recursos necessários para o autocuidado, ao apoio das instituições sanitárias, à participação decisiva dos usuários nos serviços nas questões referentes ao seu cuidado de saúde são vistos como direito humano básico (LANGE et al., 2006). A partir desse momento, inicia-se um resgate pela humanização e participação da pessoa no seu cuidado, assim como uma relação mais horizontal da população com o sistema de Saúde.

A avaliação da capacidade de autocuidado é, em boa parte, subjetiva, pois depende da percepção do profissional e da equipe de Saúde ao observar o contexto e as atitudes da pessoa diante de sua condição crônica. Mas há formas de aperfeiçoar a capacidade de avaliar esses aspectos que incluem o conhecimento sobre as crenças relacionadas à condição de saúde; as atitudes, a confiança e a motivação diante das mudanças; a importância dada à condição; e a presença e a força das redes de suporte social (MENDES, 2012).

O processo de educação em saúde do usuário deverá ser contínuo e iniciado na primeira consulta. É fundamental que o plano de cuidado seja pactuado com a pessoa e inclua as mudanças de estilo de vida (MEV) recomendadas.

A orientação sobre MEV não é exclusiva do médico e/ou do enfermeiro. Todos os profissionais da Saúde podem orientar essas medidas. Essas ações possuem baixo

custo e risco mínimo, ajudam no controle da glicemia e de outros fatores de risco, aumentam a eficácia do tratamento medicamentoso (causando necessidade de menores doses e de menor quantidade de fármacos) e diminuem a magnitude de muitos outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (KLEIN et al., 2004; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004a; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004b; TUOMILEHTO, 2001).

As equipes de Atenção Primária em Saúde (APS) devem estimular e empregar procedimentos de colaboração entre elas e as pessoas, já que entendemos o autocuidado apoiado como uma relação de diálogo entre os saberes de cuidar de si e os saberes de cuidar do outro. Essa relação vai se manifestar seja escolhendo problemas, estabelecendo prioridades, fixando metas, criando planos conjuntos de cuidado, checando o cumprimento de metas, identificando as dificuldades em cumpri-las e resolvendo os problemas de competência dos serviços de Saúde. Pode-se desenvolver o autocuidado individualmente, no contexto da consulta clínica ou da visita domiciliar; nos grupos; em consultas coletivas; a distância, por telefone e/ou por meio da internet.

O autocuidado, assim, é centrado na pessoa, no diálogo, e, propõe a construção conjunta de um plano de cuidados a partir de uma prioridade escolhida por meio de uma negociação entre o profissional de Saúde e o usuário. Isso significa, entre outros aspectos, compreender as diferentes vulnerabilidades da pessoa, conhecer o modelo explicativo da sua condição e estabelecer um horizonte comum de cuidados entre todos os atores envolvidos no processo.

Empowerment approach: traduzido para o português como empoderamento, refere-se à abordagem no autocuidado que prioriza a escuta do outro, a problematização do cotidiano do sujeito e do profissional, argumentar diante das contradições e exercitar o estranhamento, assim como mudanças de práticas que objetivem a autonomia dos sujeitos e da sua família. Faz abordagens contextualizadas cultural e socialmente de acordo com a realidade dos sujeitos envolvidos no processo de autocuidado. Esta abordagem critica de forma contundente os programas de autocuidado focados equivocadamente apenas em mudanças individuais de comportamento. Os processos educativos para o autocuidado sustentados no empoderamento fundamentam-se metodologicamente a partir da realidade, sentimentos e práticas do usuário, no diálogo, estranhamento e argumentação dessas experiências e na construção de novas práticas consensuadas de forma intersubjetiva. Como observamos muito da educação de adultos de Paulo Freire.

## 5. Educação para o autocuidado em grupos

Os grupos são espaços (objetivos e subjetivos) onde se desenvolve uma escuta para as necessidades das pessoas, dos seus problemas e vivências e onde a informação circula entre a experiência técnica dos profissionais e a vivência dos participantes, buscando soluções em conjunto. O grupo é um dispositivo para olhar as relações e os modos de viver, produzindo mudanças que possam melhorar a qualidade de vida. As atividades em grupo precisam ter aspectos comuns para facilitar a identidade grupal e entre os participantes. Podemos utilizar um ou vários critérios para agrupar os usuários. Por exemplo: critérios de gênero, idade, escolaridade, renda (socioeconômicos), clínicos e de estratificação de risco, este último aspecto é fundamental já que vai determinar que tipo de cuidado o usuário precisará e a organização da equipe.

### **METODOLOGIA**

Para o alcance dos objetivos, propõe-se a estratégia metodológica que consiste em uma pesquisa do tipo descritiva, análise documental, estudo de caso, com abordagem de natureza quantitativa e qualitativa, utilizando um instrumento de percepção do tipo atitudinal ou Likert.

Segundo Thomas, Nelson e Silverman (2007) na pesquisa descritiva realizam-se o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico sem a interferência do pesquisador. A finalidade é observar, registrar e analisar os fenômenos ou sistemas técnicos, sem, contudo, entrar no mérito dos conteúdos.

Nesse tipo de pesquisa não pode haver interferência do pesquisador, que deverá apenas descobrir a frequência com que o fenômeno acontece ou como se estrutura e funciona um sistema, método, processo ou realidade operacional.

O processo descritivo visa à identificação, registro e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenômeno ou processo. Esse tipo de pesquisa pode ser entendido como um estudo de caso onde, após a coleta de dados, é realizada uma análise das relações entre as variáveis para uma posterior determinação dos efeitos resultantes em uma empresa, sistema de produção ou produto.

Dentre as ferramentas da metodologia qualitativa, este estudo utilizou o estudo de caso.

O estudo de caso é o estudo de um único caso, que deve ser aplicado quando o pesquisador tiver o interesse em pesquisar uma situação singular, particular. É sempre bem delimitado, devendo ter seus contornos claramente definidos ao longo do seu desenvolvimento. (LÜDKE e ANDRÉ, 1986).

De acordo com Minayo (1993), Godoy (1999) e Landim et al (2006), as abordagens qualitativa e quantitativa não se excluem nem se opõem, se completam para explicar a multicasualidade dos problemas e buscar as respostas que a sociedade exige. A complementaridade desses métodos surge a partir da premissa de que podemos considerar que os fatos conhecidos a partir da subjetividade humana (abordagem qualitativa) podem não dispensar uma representação matemática, assim como sofisticados recursos matemáticos (abordagem quantitativa) podem ser totalmente infrutíferos se, fatos relevantes da problemática advindos da imersão dos significados, permanecem desconhecidos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35, 36 e 37).
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e *Diabetes Mellitus* (DM): protocolo / Ministério da Saúde, Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- Wagner, Gastão e colaboradores - Tratado de Saúde Coletiva, São Paulo: Hucitec Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006
- Brito F. A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, Texto para Discussão nº 318; 2007.
- Formação em Saúde: experiências e pesquisas nos cenários de prática, orientação teórica e pedagógica / Márcia Regina Selpa de Andrade...(et al) (orgs). Blumenau: Edifurb, 2011
- MENDES, EUGÊNIO VILAÇA - O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- FERREIRA, B. J. . A formação ética e cidadã: imperativo contemporâneo, campo fecundo da educação. Revista Bioética (Impresso), v. 17, p. 429-433, 2009.
- FERREIRA, B. J. ; BATISTA, N.A ; BATISTA, S. H. S. S. . O Processo de Ensino/Aprendizagem no Mestrado Profissional - MP-Norte: Análise de um experiência. Enseñanza de las Ciencias, v. extra, p. 1246, 2013.
- FERREIRA, B. J. ; MORENO, L. R. . O Processo de Formação Profissional nos Semi-internatos: a percepção do acadêmico de enfermagem da Universidade Federal do Pará, Brasil. Enseñanza de las Ciencias, v. EXTRA, p. 3002-3007, 2013..
- IERVOLINO SA, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. Rev Esc Enferm USP. 2001 Jun; 35(2):115-21