

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ – UNICESUMAR
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**O EMPODERAMENTO PARA O AUTOCUIDADO DE PESSOAS QUE CONVIVEM
COM DOENÇAS CRÔNICAS POR MEIO DE METODOLOGIAS ATIVAS DE
APRENDIZAGEM**

**ANA PAULA DE OLIVEIRA
REGIANE DA SILVA MACUCH (orientadora)
SONIA CRISTINA SOARES DIAS VERMELHO (co-orientadora)**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**MARINGÁ
NOVEMBRO 2014**

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ – UNICESUMAR
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**O EMPODERAMENTO PARA O AUTOCUIDADO DE PESSOAS QUE CONVIVEM
COM DOENÇAS CRÔNICAS POR MEIO DE METODOLOGIAS ATIVAS DE
APRENDIZAGEM**

Dissertação de Mestrado
apresentada ao Centro Universitário
de Maringá (UNICESUMAR), como
requisito à obtenção do título de
Mestre em Promoção da Saúde.

**MARINGÁ
NOVEMBRO 201**

Oliveira, Ana Paula

O EMPODERAMENTO PARA O AUTOCUIDADO DE PESSOAS QUE CONVIVEM COM DOENÇAS CRÔNICAS POR MEIO DE METODOLOGIAS ATIVAS DE APRENDIZAGEM.

114p.

Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário de Maringá-UniCesumar.
Área de Concentração: Promoção da Saúde

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Regiane da Silva Macuch.

Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª Sonia Cristina Soares Dias Vermelho.

1. Autocuidado; 2. Empoderamento; 3. Doenças Crônicas; 4. Promoção da Saúde; 5. Educação em Saúde

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ – UNICESUMAR
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

A dissertação: **O EMPODERAMENTO PARA O AUTOCUIDADO DE PESSOAS QUE CONVIVEM COM DOENÇAS CRÔNICAS POR MEIO DE METODOLOGIAS ATIVAS DE APRENDIZAGEM.**

Elaborado por **Ana Paula de Oliveira,**

e aprovado por todos os membros da Banca Examinadora, com ressalvas a serem entregues ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá (Unicesumar), como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

Linha de Pesquisa: Educação e tecnologia na promoção da saúde.

Maringá, 27 de Novembro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Regiane da Silva Macuch – Unicesumar
(Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Cássia Kely Favoretto Costa – Unicesumar
(Membro)

Prof.^a Dr.^a Adriana Maria Wan Stadnik – UTFPR
(Membro)

Prof.^a Dr.^a Rose Mari Bennemann – Unicesumar
(Membro suplente)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus familiares, pessoas especiais, que sempre fazem a diferença, são minha base e minha força.

E em memória ao meu Tio e Padrinho querido José Mário Sasso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que pela oportunidade da vida e por iluminar e conduzir meus passos, durante todos os dias, nesta caminhada da vida.

A todos meus familiares, pelo apoio incondicional.

A Professora Dra. Regiane Macuch, por me orientar neste trabalho, por me fortalecer no exercício da criticidade, por ampliar minha curiosidade sobre as coisas, sempre com muito amor e sensibilidade. Agradeço pela nossa convivência onde sua postura generosa e íntegra de cuidado com o “outro” me mostrou a relação que um bom educador ou profissional da saúde precisa ter, para assim poder respeitar o tempo de aprendizagem das pessoas. Espero podermos compartilhar muitas outras construções e, principalmente, ser sempre sua amiga.

A todos os Professores do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde, saibam que esta experiência foi especial para meu crescimento pessoal e profissional.

Aos meus amigos, agradeço pelo companheirismo, pela força e apoio. A amizade, o carinho, as palavras de incentivo foram fundamentais para vencer esta etapa. Espero poder “brindar” com vocês, em todos os momentos especiais de nossas vidas!

Agradeço aos colegas de mestrado, por compartilharem experiências de vida, pelas discussões, muitas vezes polêmicas, que foram essenciais para as desconstruções e construções, que nos fizeram crescer. Obrigada pelos momentos de descontração, pela amizade e pelo apoio mútuo!

A minha equipe de trabalho que souberam entender meus afastamentos e que me incentivaram na conquista desse trabalho: Muito obrigada!

Meu agradecimento especial aos sujeitos desta pesquisa, pela riqueza dos conhecimentos produzidos e experiências vivenciadas. Obrigada pela confiança!

“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.”

Cora Coralina

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ASA-A	Escala para Avaliar Capacidades de Autocuidado
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DC	Doenças Crônicas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	<i>Diabetes mellitus</i>
DMI	<i>Diabetes mellitus</i> tipo I
DMII	<i>Diabetes mellitus</i> do tipo II
ES	Educação em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESF I	Equipe Saúde da Família I
ESF II	Equipe Saúde da Família II
GOTA	Doença Reumatoide ou Artrite gotosa aguda
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HPP	Hospital de Pequeno Porte
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pressão Arterial
PS	Promoção da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Roteiro de entrevista.....	42
Quadro 02 – Temas selecionados.....	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Usuários e Doenças Crônicas.....	46
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Desenho Lírio-Encontro 02.....	71
Figura 02 – Desenho Tulipa-Encontro 02.....	72
Figura 03 – Desenho Orquídea-Encontro 02.....	73
Figura 04 – Desenho Primavera-Encontro 02.....	73
Figura 05 – Desenho Violeta-Encontro 02.....	74
Figura 06 – Desenho Jasmim-Encontro 02.....	74
Figura 07 – Desenho Dália-Encontro 02.....	75
Figura 08 – Colagem Begônia-Encontro Final.....	91
Figura 09 – Colagem Palma-Encontro Final.....	91
Figura 10 – Colagem Orquídea-Encontro Final.....	92

RESUMO

A promoção da saúde visa capacitar os usuários dos sistemas de saúde para que sejam autônomos e consigam por meio de suas atitudes terem melhor compreensão sobre seus determinantes de saúde e adoecimento, assim como qualidade de vida. No cenário atual do cuidado em saúde, as pessoas que convivem com as doenças crônicas necessitam de cuidados integrais de forma contínua. Para prestar estes cuidados, os profissionais de saúde necessitam reconhecer os usuários dos serviços de saúde como sujeitos ativos no processo, e não meramente recebedores de informações. Para que isso ocorra, é necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde pautadas em metodologias que visem promover a autonomia e a emancipação dos sujeitos, para que estes desenvolvam maior consciência e responsabilidade sobre as decisões, cuidados e tratamentos. Ações educativas voltadas para a emancipação e autonomia como estratégias positivas para estimular o autocuidado, a fim de possibilitar a estes sujeitos e aos profissionais de saúde o reconhecimento de suas realidades e necessidades em saúde. Neste sentido, o presente estudo objetivou promover o autocuidado como estratégia de empoderamento em pessoas que convivem com doenças crônicas, por meio de metodologias ativas de aprendizagem. A fundamentação teórico-prática focou-se nos conceitos de dialogicidade e empoderamento, de Paulo Freire, na escuta sensível, de René Barbier, e na ação transformadora, de Jacob Levy Moreno. Trata-se de um estudo de caso realizado no município de Itaúna do Sul-PR, que utilizou métodos mistos para análise e tratamento dos dados. As estratégias de ação pautaram-se em: conversas com os membros da equipe de Estratégia Saúde da Família para a identificação dos usuários com doenças crônicas com repetidas internações e complicações decorrentes, em especial, da falta do autocuidado diário; seleção dos casos mais significativos ao estudo e realização de entrevistas individuais semiestruturadas como base na Escala para Avaliar Capacidades de Autocuidado (ASA-A), com o intuito de conhecer a rotina dos usuários em relação ao autocuidado. A partir da análise das entrevistas, foram elencados temas para a realização de uma intervenção pedagógica, a qual se deu em quatro encontros. Foi realizado um último encontro para avaliar as competências de autocuidado incorporados pelos usuários participantes da intervenção pedagógica. Posteriormente, foi realizada uma análise dos processos metodológicos desenvolvidos na intervenção, sob o ponto de vista da aprendizagem significativa. Os resultados apontaram que os sujeitos estavam abertos à aprendizagem, e que as ações de educação em saúde baseadas em metodologias ativas se tornam um meio importante para promoção do autocuidado e, conseqüentemente, para a mudança de atitudes e a tomada de decisão junto às pessoas que convivem com doenças crônicas e possibilitam que as mesmas compreendam mais profundamente seus determinantes de saúde e adoecimento. Este estudo não respondeu a todas as inquietações acerca deste tema, mas nos motiva a investigar novas possibilidades e temáticas com diferentes enfoques para que se possa enriquecer ainda mais os estudos sobre os cuidados às pessoas que convivem com doenças crônicas.

Palavras-chave: Autocuidado. Empoderamento. Doenças crônicas. Promoção da saúde. Educação em saúde.

ABSTRACT

Health promotion aims to enable users of health systems so that they are autonomous and can achieve through their attitudes a better understanding about the determinants of health and illness, like quality of life. In the current scenario of health care, people that live with chronic diseases require continually comprehensive care. To provide these care health professionals need to recognize health services users as active characters in the process, and not merely information receivers. To make it happens, it's necessary the development of health education actions guided by methodologies which aims to provide the autonomy and emancipation of the character, so that they develop greater awareness and responsibility about decisions, care and treatments. Educational activities focused on the emancipation and autonomy, as a positive strategy to encourage self-care, in order to enable these individuals and health professionals recognize their realities and health needs. In that sense, the present study aimed to provide the self-care as an empowerment strategy for people that live with chronic diseases, through active learning methodologies. The theoretical and practical substantiation focused on Paulo Freire's dialogicity and empowerment concepts, on René Barbier's sensitive listener, and on Jacob Levy Moreno's transformative action. This is a case study conducted in Itaúna do Sul-PR, which used a combination of methods for analysis and data processing. Action strategies were guided in: conversations with team members of the Family Health Strategy for identification of users with chronic diseases with repeated hospitalizations and complications, especially, the lack of daily self-care; selection of the most significant cases in the study; realization of individual semi-structured interviews based on the Scale to Assess Self-Care Skills (ASA-A), in order to know the users routine in relation to self-care. From the analysis of the interviews, subjects were listed for the realization of a pedagogical intervention, which occurred in four meetings. It took place a last meeting to evaluate the self-care competence incorporated by users who participated in the pedagogical intervention. Afterward it was done an analysis of the methodological processes developed in the intervention, from the point of view of the significant learning. The results showed that the individuals were opened to learning, and that the actions of health education based on active methodologies become an important way of promoting self-care, and consequently for the change in attitudes and making decision together people who lives with chronic diseases and enable them to understand deeper the determinants of health and illness. This study didn't answer all the concerns about this issue, but it motivates us to explore new possibilities and thematics with different focus, so that we can further enrich the studies about care to people who lives with chronic diseases.

Keywords: Self-care. Empowerment. Chronic diseases. Health promotion. Health education.

APRESENTAÇÃO

Este estudo pretendeu promover a construção compartilhada de conhecimento e de ações sobre o autocuidado entre usuários que convivem com doenças crônicas e profissionais de saúde, visando promover melhor qualidade de vida às pessoas que convivem com doenças crônicas.

A dissertação está dividida em quatro capítulos: Capítulo I: Revisão da literatura; Capítulo II: Pressupostos metodológicos; Capítulo III: Discussão dos resultados; e Capítulo IV: Considerações finais.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA	18
1.1 Promoção de Saúde e Doenças Crônicas.....	18
1.2 Promoção do Autocuidado.....	22
1.2.1 Promoção do autocuidado em pessoas que convivem com doenças crônicas.....	25
1.3 Educação e Saúde e seus Modelos Metodológicos.....	26
1.4 Metodologias de Educação Emancipatória.....	28
1.4.1 A Educação Dialógica de Paulo Freire.....	29
1.4.2 A Escuta Sensível de Rene Barbier.....	32
1.4.3 A Educação Transformadora de Jacob Levy Moreno.....	33
CAPÍTULO II – PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS	36
2.1 O Percurso Metodológico.....	37
2.2 A Entrevista.....	39
2.3 A Intervenção Pedagógica.....	43
CAPÍTULO III – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	45
3.1 Caracterização dos Sujeitos.....	45
3.2 As Entrevistas.....	47
3.2.1 Sobre a percepção dos usuários a respeito do seu dia a dia.....	47
3.2.2 Sobre a relação entre as atividades do dia a dia e o autocuidado.....	51
3.2.3 Sobre as divergências e convergências em relação ao autocuidado.....	60
3.3 A Intervenção Pedagógica.....	65
3.3.1 Análise da Intervenção Pedagógica.....	65
3.3.1.1 Encontro 01.....	65
3.3.1.2 Encontro 02.....	68
3.3.1.3 Encontro 03.....	78
3.3.1.4 Encontro 04.....	83
3.4 Encontro Final após 01 mês e 12 dias das Intervenções Pedagógicas.....	87
CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS	98
ANEXOS	105
Anexo I – Parecer Consubstanciado do CEP.....	106
Anexo II – Escala para Avaliar Capacidades de Autocuidado (ASA-A).....	109
Anexo III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	112

INTRODUÇÃO

Atualmente, vivenciamos no cenário da saúde um novo perfil demográfico e epidemiológico, o qual é fortemente influenciado pelas mudanças comportamentais, sociais, socioeconômicas e culturais mundiais. Tais mudanças surgiram em sua maioria pelos avanços tecnológicos alcançados, em especial, no campo biomédico.

Um exemplo a ser destacado, conforme aponta a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2006), é o aumento na expectativa de vida das pessoas. No Brasil, a inversão da pirâmide etária demonstra o aumento do número de idosos, a diminuição das taxas de fecundidade e de mortalidade, principalmente por doenças infectocontagiosas. Neste cenário, destaca-se o elevado número na morbimortalidade por Doenças Crônicas (DC).

Portanto, as mudanças ocorridas exigem modificações na forma como se realizam os cuidados prestados em saúde. Como enfermeira atuante na Atenção Primária em Saúde (APS), reconheço a urgência por mudanças no que diz respeito aos cuidados prestados em saúde pelo SUS (Sistema Único de Saúde). O profissional enfermeiro atua diretamente na atenção em saúde, em especial, em ações de educação em saúde junto aos usuários do SUS, como estratégia de Promoção da Saúde (PS).

As Políticas Públicas baseadas nos princípios da promoção saúde contribuem para melhor formulação e sistematização desse novo cuidar, junto aos usuários do SUS, principalmente em relação aos sujeitos que convivem com doenças crônicas.

No Brasil, conforme aponta Carvalho (2004), as ações de promoção da saúde estão presentes nas propostas de vigilância em saúde, na Atenção Primária em Saúde (APS) e na Educação em Saúde (ES).

A promoção da saúde é, sem dúvida, a grande responsável pelas mudanças no cenário atual, no entanto, ainda encarada por muitos como um grande desafio a ser enfrentado, visto que muitos profissionais de saúde ainda planejam e executam suas ações baseados no modelo biomédico, centrado no cuidado da doença e não no cuidado da saúde. Ao planejar e efetuar as ações de cuidado promotoras de saúde focadas na promoção da saúde busca-se promover junto aos usuários a qualidade de vida, o cuidado integral e também o autocuidado.

Por meio da atuação dos profissionais que integram as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), os usuários do SUS recebem informações de caráter educativo a fim de compreenderem os diversos fatores que influenciam o adoecimento e promovem a saúde.

CHIESA et. al. (2007) ressaltam que os usuários de saúde não são meros consumidores das orientações dos grupos educativos, são, além disso, agentes/coprodutores do processo educativo e possuem uma dupla função: são ao mesmo tempo sujeitos do trabalho dos agentes educativos e sujeitos de sua própria educação.

Neste sentido, percebe-se que os profissionais que atuam na APS vivenciam uma problemática importante, as dificuldades para trabalhar ações educativas junto aos usuários do SUS, em especial, junto às pessoas que convivem com a DC. No geral, quando desenvolvidas ações baseadas em modelos tradicionais de educação em saúde, estas não focam o desenvolvimento da autonomia e da emancipação dos usuários, uma vez que são orientadas a partir de uma concepção que considera os usuários como meros receptores de informações, o que tende a limitar ou impor somente regras sobre “certo” ou “errado” em saúde, conseqüentemente, não ressaltando a importância do autocuidado nas rotinas das pessoas que convivem com DC.

Em contraponto a isto, ações educativas por meio de uma visão emancipatória, focadas na aprendizagem e não somente no ensinar, podem ser uma estratégia positiva para estimular o autocuidado. As ações focadas na promoção da saúde e na qualidade de vida, seguindo este modelo, possibilitam o desenvolvimento da autonomia e do empoderamento dos sujeitos que convivem com DC. No entanto, para que tais ações tenham efeito, os profissionais de saúde precisam identificar as reais necessidades dos usuários, de forma que suas ações educativas auxiliem de maneira efetiva a incorporação do autocuidado em suas rotinas.

Portanto, questiona-se, de que forma os profissionais de saúde podem promover a autonomia e a emancipação dos usuários do SUS que convivem com doenças crônicas com vistas ao desenvolvimento do autocuidado de forma compartilhada?

Nesta linha de raciocínio, conforme destacado por Chubaci e Fraga (2013), a promoção do autocuidado pode ser uma estratégia fundamental para a manutenção da saúde e para a capacidade funcional. Para Silva et. al. (2012), o autocuidado permite que as pessoas desenvolvam hábitos saudáveis com o objetivo de estabelecer e manter a própria saúde.

A Educação em Saúde (ES) é um dos componentes da promoção da saúde (CZERESNIA, 2012), sendo esta uma ferramenta importante no processo de conhecimento e de mudança no cenário do cuidado das pessoas que convivem com DC.

Para o desenvolvimento do autocuidado, Soares et. al. (2010) afirmam que é necessária a adoção de ações de educação em saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribuam para a autonomia do usuário no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença.

Neste sentido, a fundamentação teórico-prática deste estudo focou-se nos conceitos de dialogicidade e empoderamento, de Paulo Freire, na escuta sensível, de René Barbier, e na ação transformadora, de Jacob Levy Moreno. Esses conceitos carregam em si uma visão de homem que propicia aos indivíduos e coletivos maior controle sobre os determinantes de saúde no que diz respeito à melhoria da saúde e do bem-estar, bem como propiciam o desenvolvimento da autonomia e da emancipação dos sujeitos.

Com este estudo, esperamos promover a construção compartilhada de conhecimentos e de ações sobre o autocuidado entre usuários e profissionais de saúde, visando melhor qualidade de vida às pessoas que convivem com a DC.

Sabemos da complexidade da problemática e temos consciência que uma série de outras pesquisas e ações é necessária para compor um quadro maior sobre as estratégias de promoção da saúde e para as resoluções efetivas com relação às necessidades das pessoas que convivem com as DC. O autocuidado é apenas uma delas, no entanto, acreditamos que o mesmo representa uma parte significativa e importante na vida das pessoas que convivem com DC.

Neste trajeto, o objetivo geral deste estudo foi promover o autocuidado como estratégia de empoderamento em pessoas que convivem com Doenças Crônicas (DC), por meio de metodologias ativas de aprendizagem.

Para a consecução do objetivo geral, organizaram-se os seguintes objetivos específicos: conhecer o perfil dos usuários de DC da Unidade Básica de Saúde de Itaúna do Sul; compreender o entendimento das pessoas que convivem com DC sobre a doença, sua rotina diária e o autocuidado; promover o empoderamento com relação às atitudes de autocuidado em pessoas que convivem com DC por meio de intervenções metodológicas ativas de aprendizagem; analisar as percepções dos sujeitos participantes da intervenção educativa em relação ao empoderamento para o autocuidado e refletir sobre os processos metodológicos emancipatórios como proposta para o desenvolvimento do empoderamento e da aprendizagem significativa em pessoas que convivem com DC.

CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA

No cenário atual do Brasil, a promoção da saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) é vista como uma grande estratégia que possibilita o entendimento ou compreensão da díade saúde-adoecimento da população. Existem inúmeros determinantes que influenciam o adoecer das pessoas, assim como a geração de saúde, como os determinantes culturais, econômicos, políticos e sociais, e estes precisam ser considerados com atenção no processo de implantação de ações de promoção da saúde nas comunidades atendidas pelo SUS.

A promoção da saúde busca articular saberes técnicos e populares, mobilizar recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, de diversos setores, para o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde, para que a população assuma um papel ativo no processo de construção das práticas sanitárias para o enfrentamento de diversos problemas e necessidades de saúde (CHIESA, et. al. 2007).

1.1 Promoção da Saúde e Doenças Crônicas

A Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006) é um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do governo, o setor privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população, em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida. No entanto, considero que a promoção de saúde ainda é encarada com grande desafio, uma vez que muitos profissionais desconsideram os diferentes determinantes geradores de saúde e de adoecimento e não compreendem que a saúde é resultante de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos e estilo de vida responsável (BUSS, 2000).

Esta não compreensão e/ou desconsideração pelos profissionais de saúde dos diversos determinantes que envolvem a saúde e o adoecimento acabam reduzindo ou limitando o campo para o desenvolvimento das ações promotoras de saúde, o que leva à fragmentação do cuidado prestado às pessoas que são atendidas no Sistema Nacional de Saúde, o SUS.

O hábito de procurar gerar o cuidado aos usuários do SUS que convivem com as doenças crônicas de forma fragmentada, geralmente não produz resultados positivos, pois estes requerem um cuidado de forma contínua e integralizada.

A integralidade é um princípio que objetiva a compreensão de novas abordagens sobre as questões da saúde e suas práticas, e propõe que as ações ofertadas de cuidado sejam realizadas de forma efetiva e contínua aos sujeitos que estão envolvidos neste cuidado. Conseqüentemente, tal atitude pode abrir espaço nos serviços de saúde à prática do diálogo entre os diferentes saberes (biomédicos e não biomédicos) (FAVORETO, 2008).

A integralidade necessita do trabalho em equipe para ser estabelecida de forma efetiva, na qual, o diálogo e a troca dos saberes entre profissionais e usuários podem contribuir para as ações de promoção de saúde de forma individual e coletiva (MACHADO et. al., 2007).

A troca de saberes irá se estabelecer por meio de ações educativas, e esta não deve ser exclusivamente informativa, todavia, deve levar os usuários a refletirem sobre as bases sociais de sua vida, passando a perceber a saúde não mais como uma concessão, e sim como um direito social (TOLEDO, 2007).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), desde 2006, ressalta que as doenças crônicas (DC) ou Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortalidade e de incapacidade prematura na maioria dos países de nosso continente, incluindo o Brasil, e que doenças crônicas de maior impacto são as doenças cardiovasculares, o câncer, o *diabetes mellitus* e as doenças respiratórias crônicas (OPAH, 2009).

Entre as doenças cardiovasculares, a que se destaca é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), em suas diretrizes, caracteriza como uma condição clínica multifatorial por níveis elevados e sustentados da pressão arterial (PA). Essas características multifatoriais estão associadas a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos do próprio

organismo, e seu tratamento é por tempo indeterminado, podendo ser medicamentoso ou não-medicamentoso.

Em seu estudo, Moreira et. al. (2012) relatam que a pressão arterial elevada é considerada tanto uma doença como um fator de risco, especialmente para doenças cardiovasculares. Cerca de 25% da população mundial sofre desta doença e estima-se que este número será de 60% em 2025, atingindo uma prevalência de 40%. As mortes provocadas por ela causam ônus socioeconômicos elevados e interrompem a vida produtiva, seja por invalidez temporária ou permanente.

A HAS é apontada como um dos mais importantes problemas de saúde pública em todo o mundo, é o maior fator de risco passível de prevenção nos casos de acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), doença vascular periférica e insuficiência renal. Na cidade de Curitiba, já é segunda causa de internamento hospitalar e a primeira causa de morte por doenças cardiovasculares (MALUF, 2010).

O *Diabetes mellitus* (DM) é outra DCNT de relevância, pois é considerada uma síndrome de etiologia múltipla decorrente da falta de insulina e/ou incapacidade da insulina exercer adequadamente suas ações. Caracterizada por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. Habitualmente, pode estar associada à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. (Caderno de Atenção Básica em Saúde nº 36, 2013).

O diabetes pode ser classificado em dois tipos: *diabetes mellitus* do tipo I (DMI), ocorre destruição da célula beta e eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte, e o *diabetes mellitus* do tipo II (DMII), a deficiência de insulina é relativa e sua administração nesses casos, quando efetuada, não visa evitar cetoacidose, mas alcançar controle do quadro hiperglicêmico. A cetoacidose é rara e, quando presente, é acompanhada de infecção ou estresse muito grave. Um dos principais fatores para a DMII é a obesidade (Caderno de Atenção Básica em Saúde nº 16, 2006).

A HAS e DM são as DCNT mais comuns, cujo tratamento e controle exigem alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e o estilo de vida. Tais alterações podem comprometer a qualidade de vida se não

houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das complicações que decorrem destas patologias (MIRZINI, et. al. 2008).

Em seu estudo, Goulart (2011) relata que existem evidências de comorbidades entre as doenças mentais, o *diabetes* e as doenças cardiovasculares, e estas contribuem fortemente para os anos de vida perdidos por incapacidade em todo o mundo.

Portanto, as doenças crônicas não transmissíveis são as principais fontes da carga de doença no Brasil, sendo necessária a implantação de políticas para sua prevenção e controle (SCHMIDT, et. al. 2011).

Desde 1970, programas de intervenção de base comunitária, que integram promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos, são introduzidos nos diferentes países, com a finalidade de diminuir a morbidade e a mortalidade por doenças crônicas por meio da redução dos fatores de risco nas comunidades (OPAS, 2007).

Mesmo existindo diferenças econômicas entre os países e regiões, as DCNT e seus fatores de risco, como hipertensão, tabagismo, colesterol alto, baixo consumo de frutas e hortaliças, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, bem como consumo abusivo de álcool, afetam o mundo todo.

Conforme apontamentos do estudo de Silva et. al. (2013), as DCNT poderiam ser evitadas, apesar de sua gravidade e grande incidência, e que houve diminuição nos últimos dez anos do número de publicações em relação às estratégias de promoção de saúde e prevenção de DCNT, o que é preocupante; tendo em vista a gravidade dessas e o aumento de sua incidência, seria de esperar que mais estudos e publicações estivessem sendo conduzidos. Ressalta-se, ainda, que os estudos atuais têm concentrado em aspectos da fisiopatologia, terapêutica clínica e prevalência das DCNT, sendo reduzido o número de publicações voltadas para as políticas de promoção da saúde e prevenção dessas doenças.

Por isso, a promoção de saúde implica em planejamento de um conjunto integrado de programas, políticas e serviços de saúde nos níveis individuais, comunitário e social mais amplo (CZERESNIA, 2012 apud Ministry of Health/Ontário, 1993), diria que tal planejamento deve envolver ações de intersetorialidade e interdisciplinaridade.

Assim, na busca por alternativas e estratégias para se promover saúde junto ao usuário do SUS e propor mudanças no cenário do cuidado e do autocuidado as pessoas que convivem com as DCNT, a Educação em Saúde (ES), a qual é um dos componentes da promoção da saúde (CZERESNIA, 2012), pode ser uma ferramenta importante neste processo de conhecimento e mudança.

1.2 Promoção do Autocuidado

Promover o autocuidado possibilita que as pessoas desenvolvam hábitos saudáveis com o objetivo de estabelecer e manter a própria saúde, por meio do reconhecimento dos recursos que o indivíduo dispõe para cuidar de si (CHUBACI e FRAGA, 2013). Dessa maneira, as pessoas trazem para suas vidas, para sua vivência saúde e qualidade de vida, tornando-se atores responsáveis por sua saúde.

Em seu estudo, Silva et. al. (2012) reconhecem o autocuidado como estratégia fundamental de manutenção da saúde e da capacidade funcional, e abordam a teoria do autocuidado defendida por Dorothea Orem (2001) como uma prática de atividades que uma pessoa inicia e realiza por deliberação própria para manter sua vida, saúde e bem-estar.

No estudo sobre a avaliação das capacidades de autocuidado, Silva (2013) ressalta que a capacidade do autocuidado estabelecida por Orem (2001) permite as pessoas distinguirem os fatores que devem ser controlados e tratados, bem como decidir o que pode ser realizado e reconhecer as suas necessidades, o autocuidado permite o desenvolvimento de fatores como motivação, concentração, autonomia, tomada de decisão, energia, conhecimento e habilidade.

Em seu estudo sobre educação em saúde para diabéticos, Santos (2011) afirma que a educação em saúde não se destina apenas a prevenir doença, mas a preparar o indivíduo para a luta com suas próprias armas, por uma vida mais saudável, para atingir seu bem-estar, visto que uma das concepções novas da promoção da saúde é capacitar os indivíduos para o autocuidado.

O autocuidado não está relacionado somente ao cuidar de si mesmo de forma puramente individual, mas como vários estudos apontam (CARVALHO e GASTALDO, 2008; SANTOS, 2011; LOPES e TOCANTINS, 2012 e BUSS, 2013), como uma estratégia para promoção da saúde das pessoas, no cuidado relacionado

e as pessoas que convivem com as doenças crônicas e também como fator importante para o envelhecimento saudável.

O autocuidado não pode ser encarado somente como algo individual, mas como uma estratégia de saúde comunitária.

Em seu estudo, Soares et. al. (2010) afirmam que são necessárias para o desenvolvimento do autocuidado, a adoção de ações de educação em saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença.

Os usuários do SUS, quando atendidos pelos profissionais de saúde, principalmente os que atuam diretamente na Atenção Primária à Saúde (APS), precisam ser sensibilizados/despertados a se tornarem atores participativos no cuidado de sua saúde. Para tal, é necessário que os profissionais enxerguem para além da doença, os costumes, hábitos, valores e crenças desses usuários ou da comunidade. Este olhar mais aprofundado pode servir como um espaço de abertura para a inserção de cuidados/ensinamentos aos usuários de DC, de forma que os mesmos possam, inclusive, se tornarem facilitadores/educadores desse processo, pois os usuários verão os profissionais de saúde como parte desse processo de aprendizagem do autocuidado, e não como alguém quem detém o saber sobre seus cuidados (hierarquia) e que quer impor as ações que devem ser incorporadas pelos sujeitos em questão.

Em 1986, a Carta de Ottawa ressaltava que a promoção da saúde seria compreendida como um processo que capacitaria as pessoas para atuarem na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo (BRASIL, 2002).

As cartas e declarações de promoção da saúde têm como tema presente a educação. Tais documentos expressam diferentes dimensões da educação, sendo identificadas nos processos de *empowerment* comunitário como chave do sucesso. (LOPES, TOCANTINS, 2012 apud WHO, 2005).

A palavra *empowerment* tem origem na língua inglesa, cujo significado é “dar poder” aos sujeitos para que estes realizem suas tarefas sem precisar de permissão de ninguém. No Brasil, o educador Paulo Freire utilizou em sua obra a expressão “empoderamento”, cujo significado e conceito seriam de que os sujeitos, grupos ou

instituições realizam “por si mesmos” as mudanças de ações que levariam a evoluir e se fortalecerem, fazendo com que estes sujeitos sejam ativos no processo dessas mudanças (VALOURA, 2006). Sendo assim, este trabalho irá adotar ambas as expressões.

No desenvolvimento do *empowerment*, existem duas categorias, a psicológica e a comunitária. Neste trabalho se destacará o *empowerment* comunitário, o qual pode ser entendido como um processo e também como o resultado de ações que afetam a distribuição de poder, levando a um acúmulo ou desacúmulo (*disempowerment*) de poder nas esferas pessoais, políticas e intersubjetivas (LEITE et. al. 2011).

As estratégias de empoderamento se tornam potentes ferramentas conceituais para repensarmos as práticas de educação em saúde visando superar processos que têm como eixo a relação de hierarquia estabelecida, por exemplo, entre professor/alunos ou entre profissional de saúde/usuário (CARVALHO, GASTALDO, 2008).

O conceito de empoderamento possibilita que tanto os profissionais de saúde como a população sejam sujeitos de um mesmo processo, pelo qual se estimula o fortalecimento de cada pessoa, individualmente e em grupos organizados (CHIESA, et. al. 2007).

Conforme afirmações dos estudos de Carvalho (2004) e Heidemann (2006), o empoderamento é um eixo central da promoção da saúde, que corporifica a razão de ser da promoção à saúde enquanto um processo que procura possibilitar que indivíduos e coletivos aumentem o controle e possam atuar de forma positiva sobre os determinantes da saúde e, desta maneira, melhorar sua saúde e bem-estar.

O empoderamento pode também ser entendido como um processo educativo destinado a ajudar os pacientes a desenvolver conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento necessário para assumir efetivamente a responsabilidade com as decisões acerca de sua saúde (TADDEO, 2012 apud FESTE, 1995).

Para Heidemann (2006), o empoderamento é importante para promoção da saúde, visto que ao inspirar-se na perspectiva libertadora e baseada no referencial do educador Paulo Freire, o empoderamento tem o objetivo de contribuir para a emancipação humana, para o desenvolvimento crítico, para a superação das

estruturas institucionais ideológicas de opressão, propiciando o engajamento comunitário, levando a mudanças sociais e políticas.

Vale ressaltar um fato importante sobre autocuidado e o empoderamento aos usuários da comunidade como corresponsáveis pela sua saúde, o que não faz da comunidade a única responsável por sua saúde, mas como elemento indispensável para as ações a serem trabalhadas junto a elas.

Desta forma, o autocuidado passa a ser compreendido como parte do empoderamento para que os usuários compreendam o que devem ou não assumir como sua responsabilidade na saúde (SANTOS e MIRANDA, 2007).

1.2.1 Promoção do autocuidado em pessoas que convivem com doenças crônicas

No processo de promoção do empoderamento dos sujeitos que convivem com DC são essências dois elementos: a autonomia e a emancipação.

Autonomia é a capacidade do sujeito de tomar suas próprias decisões, de ser independente em suas ações. Neste sentido, Oliveira (2011) ressalta que existe uma relação entre o autocuidado e a autonomia, pois por meio da autonomia os sujeitos passam a ter a capacidade de estabelecerem suas próprias regras e seus próprios limites; dessa forma, a autonomia adquirida pelos sujeitos torna-se importante ferramenta para o autocuidado, ou ainda, como afirma a carta de Ottawa, a essência da PS é a autonomia que “visa capacitar/preparar os sujeitos para o cuidado de si”.

Ao tentar trazer a autonomia para a tomada de decisão e formulação das ações em saúde, essa possibilitará aos profissionais de saúde construir objetivos que serão comuns tanto para a equipe que realizará os cuidados em saúde como para os usuários do SUS, pois estes poderão assumir o controle sobre sua própria saúde.

Em seu estudo, Heidemann (2006) relata que “o saber em saúde representa o primeiro passo no processo de emancipação dos sujeitos”, com a emancipação, os sujeitos tornam-se livres e independentes. Os sujeitos devem lutar por sua emancipação, e assim se tornam instrumento importante para a transformação da sociedade. (HEIDEMANN, 2010 apud FREIRE 2005).

Ao promover a autonomia e a emancipação dos sujeitos, passamos a realmente considerar o conceito de saúde como amplo e complexo. Este deve envolver não somente os aspectos biológicos e físicos, mas também as práticas sociais e culturais que estão ligadas diretamente ao conceito e ao ponto de vista dos usuários do sistema de saúde, o que possibilitará a estes sujeitos se tornarem capazes de identificar o que realmente precisam fazer para terem melhor qualidade de vida ao conviverem com suas DC, bem como criar mudanças em suas rotinas, levando em consideração seus limites e possibilidades, passando a incorporar o autocuidado com maior controle sobre sua saúde.

Para assumir um papel ativo na construção do autocuidado, os usuários do SUS necessitam empoderar-se, ou seja, necessitam desenvolver maior consciência sobre os determinantes do processo saúde-doença. Neste processo, modifica-se a velha conduta em que o profissional de saúde é o emissor dos conceitos e dos conhecimentos e os usuários dos serviços de saúde são meros receptores desses conhecimentos, na qual um emite e o outro escuta, não havendo a escuta como troca para a busca de escolhas feitas em conjunto.

Mais do que nunca, promover nas pessoas condições para que as mesmas convivam com as DC de forma mais autônoma e emancipada e que assumam o autocuidado como uma ação empoderadora da sua saúde é, por si só, uma importante estratégia para a promoção da saúde. No entanto, para que isto ocorra, é necessária uma mudança de paradigma em relação ao binômio educação e saúde.

1.3 Educação e Saúde e seus Modelos Metodológicos

A educação em saúde apresenta-se sob dois modelos referenciais, o modelo tradicional ou preventivo e o modelo radical ou dialógico (OLIVEIRA, 2005; SOUZA et. al. 2005; MACIEL, 2009 e FIGUEIREDO et. al. 2010).

Em seu estudo, Souza et. al. (2005) ressaltam que o modelo tradicional é baseado na antiga saúde pública e focado na prevenção das doenças. Sua abordagem educativa é centrada na mudança de comportamento individual, baseado na ideologia do individualismo e do behaviorismo. Já o modelo radical objetiva promover a saúde, promovendo a conscientização crítica e reflexiva dos

indivíduos sobre os aspectos da realidade pessoal e coletiva, buscando desenvolver planos de ação para a transformação dessa realidade.

No modelo tradicional, o que predomina são as ações e estratégias educativas denominadas bancárias por Paulo Freire (2005), em que a transmissão do conhecimento é realizada de forma passiva, na qual os profissionais de saúde seriam os professores e, portanto, os detentores do saber, e os usuários dos sistemas de saúde seriam os educandos, os quais receberiam as informações sobre os seus cuidados e sobre suas doenças de forma impositiva e tradicional.

As ações e estratégias adotadas pelo modelo tradicional de educação em saúde são centradas na doença, na imposição do conhecimento técnico sobre os cuidados acerca das patologias sem levar em consideração a realidade e as condições de vida da população, bem como o saber já adquirido por eles, denominado de saber popular (FIGUEIREDO, et. al. 2010).

O modelo dialógico de educação em saúde centra-se, portanto, na nova concepção da promoção da saúde, adotada na Carta de Ottawa, cujo objetivo é gerar saúde com qualidade de vida, trabalhando as ações em grupo, para que se potencialize a consciência crítica por troca da troca de ideias, e não mais de forma individual. Assim, as pessoas participam e tomam decisões sobre sua própria saúde, gerando uma relação igualitária entre educador e educando (OLIVEIRA, 2005).

Para Baldissera (2011), as ações de educação em saúde estão sendo executadas em três abordagens, a primeira é centrada no ensino voltado para doença, em que o educador é o detentor do saber e transmite os ensinamentos sanitários aos menos esclarecidos. Esta abordagem está focada na prevenção de doença ou de suas complicações. A segunda abordagem é caracterizada pelo diálogo entre os educadores e educandos, vistos como coparticipantes do processo de ensino e aprendizagem. Focado também na prevenção, o processo ensino e aprendizagem é conduzido de forma aberta, e a terceira abordagem, caracterizada pelo enfoque emancipatório, vai além das questões sanitárias preventivas, adota um conjunto de ações educativas que visam levar os educandos a assumirem uma postura crítica e autônoma.

Para que as ações sejam realizadas no modelo dialógico é preciso conhecer a realidade dos sujeitos envolvidos nesse processo, ou seja, conhecer seus hábitos, seus costumes, crenças e as condições em que vivem, pois devemos envolvê-los

neste processo e transformar os saberes existentes dos sujeitos, de forma a desenvolver a autonomia e responsabilidade sobre os cuidados com a saúde, sem imposições, mas por meio do desenvolvimento da compreensão da situação de saúde (ALVES, 2005).

Portanto, o modelo dialógico direciona os profissionais de saúde e a comunidade a estabelecer uma relação de igualdade, em que um reconhece o valor do outro por meio do diálogo pedagógico e enfatiza o empoderamento como condição fundamental para a educação (OLIVEIRA, 2005).

A partir dessas considerações, faz-se necessária uma reflexão mais aprofundada sobre a aplicação do conhecimento educativo para promover a saúde. Este deve ser voltado para as características da emancipação, autonomia e reflexão crítica dos sujeitos, em que o diálogo e a participação são as peças fundamentais do processo (LOPES, TOCANTINS, 2012).

Neste sentido, o estudo de Oliveira (2011) relata que a educação é a estratégia principal para a promoção em saúde e que essa se consolida a partir da autonomia para o autocuidado. A autora aponta para as diversas formas de se buscar esse autocuidado. A forma de desenvolver as ações acaba sendo embasada em concepções reduzidas de saúde e centradas apenas nas mudanças individuais de comportamento, estabelecendo um padrão inevitável de “enformação”, colocando os indivíduos em uma forma, moldando-os.

Diante desse quadro, acreditamos que a educação dos sujeitos para a saúde deve ser realizada a partir de uma perspectiva crítica e emancipatória, em que o aprender e o conhecimento são construídos e não adquiridos, significando com isso o desenvolvimento e o empoderamento pelos sujeitos de habilidades pessoais e sociais e não adaptação ou reprodução de comportamentos tão somente, uma vez que o reconhecimento do outro e de seus valores e experiências vivenciadas devem fazer parte do processo educativo (LOPES, TOCANTINS, 2012).

1.4 Metodologias de Educação Emancipatória

Metodologias de educação emancipatórias são propostas de ação pedagógico-educativa que visam promover aprendizagens significativas pelos sujeitos nelas implicados. Para Ausubel (1978), a aprendizagem significativa é

aquela que interage ou se relaciona com os conceitos e/ou informações já formadas/existentes nos sujeitos (estrutura cognitiva), e a partir das antigas informações se estabelecerá, portanto, um terceiro conceito já modificado que passará a fazer sentido para este sujeito. Quando o sujeito não passa por este processo dinâmico e útil para futuras aprendizagens, não se estabelece a aprendizagem significativa, mas uma aprendizagem mecânica, em que a nova informação foi somente passada ao sujeito e armazenada, não existindo uma conexão com as informações anteriores, as quais estão “ancoradas” em suas estruturas cognitivas (MOREIRA, 2006).

Neste sentido, reconhecemos nas ideias de dialogicidade do educador Paulo Freire, de escuta sensível, de René Barbier, e de ação transformadora, de Jacob Levy Moreno, mecanismos para a promoção de uma comunicação efetiva entre profissionais e usuários como promotores de saúde e de empoderamento.

1.4.1 A Educação Dialógica de Paulo Freire

Paulo Freire é um dos educadores que apresenta uma proposta de cunho sociocultural, em que o ser humano é valorizado, a interação entre homem-mundo é enfatizada, realçando o ser humano como sujeito da educação, colaborador, criador do conhecimento, situado no tempo e no espaço e inserido num contexto socioeconômico, cultural-político, ou seja, num contexto histórico (PONCE, 2005).

Em seu trabalho, Heidemann (2006) buscou compreender e aproximar os pensamentos e a obra de Paulo Freire, como a busca em compreender as bases que sustentam a nova promoção da saúde, visto que a concepção dialógica de Freire demonstra a necessidade de um compromisso ético de emancipação e libertação da sociedade para a melhoria da qualidade de vida.

Em seu livro *A pedagogia do oprimido* (1970), Freire destacou que a dialogicidade deve ser trabalhada como essência da educação, sendo uma prática de liberdade, o diálogo é um fenômeno humano.

Este diálogo pedagógico a que Freire refere visa oportunizar a participação de todos os envolvidos e implica um saber crítico que possibilite uma práxis uma ação-reflexão também crítica, portanto, a dialogicidade (LOPES, TOCANTINS, 2012).

A dialogicidade possibilita capacitar os indivíduos e coletivos para ressignificar o conhecimento que é mediatizado por suas próprias experiências socioculturais e pela realidade ampla da sociedade para serem capazes de argumentar, discutir, defender, intervir e lutar por seus interesses coletivos (LOPES, 2008).

Assim, as ações educativas realizadas na perspectiva da dialogicidade, reflexividade e crítica, pautadas nos pressupostos de Paulo Freire, poderão ser instrumentos efetivos para a formação de um conhecimento crítico que possibilitará ampliar a compreensão dos indivíduos e sua autonomia diante das condições de vida e saúde (TORRES, et. al. 2011).

A dialogicidade torna-se importante e necessária para estabelecer a comunicação e práticas entre os profissionais de saúde e os usuários do SUS, pois é uma das peças fundamentais para a construção do conhecimento acerca de seus problemas de saúde, fazendo com que os profissionais de saúde entendam suas reais necessidades, primando pela integralidade do cuidado.

O educador Paulo Freire, por meio de suas obras, tem influenciado a metodologia usada na educação em saúde como já apontou a educação em saúde radical ou dialógica, que é baseada em seu referencial.

No contexto atual, facilmente encontram-se estudos (HEIDEMANN, 2006; SCHAFF, et. al. 2007; HEIDEMANN, et. al. 2010; SANTOS, 2011 e SOUZA, et. al. 2012;) que utilizaram a metodologia problematizadora, o método dialógico e/ou os círculos da cultura, entre outras metodologias do referencial de Paulo Freire.

Para Minayo (2010), o pensamento crítico sobre a realidade social em nosso país foi inspirado nas obras de Paulo Freire, o que possibilita realizarmos em nossos estudos intervenções ou ações de formação que se baseiam em abordagens que utilizam a visão emancipatória, em que o pesquisador é um ator político transformador, que do ponto de vista metodológico trabalha com grupos, que possui saberes diferenciados, numa inter-relação em que todos os sujeitos interessados participam do processo, discutindo, socializando os dados e construindo planos de ação em conjunto.

Em seu estudo, Santos (2011, apud Briceño-Léon, 1996) relatou que os dois princípios básicos na orientação das ações de saúde relacionam-se com o referencial de Paulo Freire, em que o primeiro diz respeito a conhecermos os

sujeitos aos quais iremos realizar as ações de saúde e o segundo é que devemos envolver esses sujeitos nas ações que iremos propor, e não impor sua participação.

Sendo assim, o referencial de Freire propõe de forma clara que a educação em saúde que buscamos deve ser partilhada, ou seja, todos aprendem, seja o profissional de saúde sejam os usuários dos serviços de saúde. Para a efetivação dessa proposta, tem-se como premissa o conhecimento de quem são esses sujeitos, quais são suas crenças, as suas histórias de vida, seus costumes e hábitos.

Neste sentido, as ideias de Freire se tornam de grande importância, visto que o diálogo, um dos pontos fundamentais de seu referencial, aproxima os sujeitos, traz autonomia e promove reflexões sobre as situações que tenham vivenciado, principalmente os doentes crônicos, fazendo com que passem a valorizar suas diferentes experiências e conhecimentos advindos de seus costumes e hábitos (HEIDEMANN, et. al. 2010).

Quando referenciamos autores como Freire, Moreno e Barbier, estamos falando da mudança no processo de ensino-aprendizagem, neste caso específico na mudança de postura que os profissionais de saúde devem incorporar, ou seja, incorporar o papel de educador facilitador, o qual favorecerá a inter-relação com os sujeitos, a troca de experiências e vivências e a busca pelo novo e pela mudança.

Esta é a promoção de saúde que buscamos, a qual capacita a comunidade, visando à melhoria da qualidade de vida junto aos usuários dos serviços de saúde, em especial aos portadores de doenças crônicas, pois hoje, como aponta o estudo de Silva-Arioli et. al. (2013), as pessoas raramente aparecem como participantes de seus cuidados em saúde, não porque não entendem de saúde ou doença, mas porque são tratadas como sujeitos passivos do processo, tanto nas unidades prestadoras dos serviços de saúde quanto diante da formulação das políticas, nas quais, geralmente, são vistas apenas como utilizadores do sistema.

Acreditamos que as ações em saúde devem partir de uma dimensão que visa à emancipação e à autonomia dos sujeitos, para que possamos promover a saúde do ponto de vista dessas pessoas que estão envolvidas no processo, para que possamos construir uma subjetividade coletiva para que esses sujeitos sejam capazes de identificar e lutar pela melhoria de sua saúde tanto de forma individual como coletiva (LOPES, TOCANTINS, 2012).

1.4.2 Escuta Sensível de René Barbier

Para promover um diálogo que possibilite o desenvolvimento da capacidade de empoderar-se em seu processo de autocuidado por parte do usuário, consideramos que o profissional de saúde precisa desenvolver um processo de escuta ativa e cuidadosa, que ele seja capaz de ouvir seu usuário para além de suas queixas cotidianas, reconhecendo, em especial no contexto do dia a dia do usuário de doença crônica, condições que efetivamente possam promover o autocuidado.

A estratégia da escuta sensível de Rene Barbier permite uma troca mútua entre quem fala e quem escuta, de forma que ambos os sujeitos do processo se doam para que haja a aceitação total da complexidade e completude do ser humano (CERQUEIRA, 2011).

Como relata Barbier (1997), a escuta sensível trata-se de um escutar-ver, a qual se apoia na empatia e na capacidade do pesquisador de saber sentir o universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro para poder compreender suas atitudes, comportamentos e sistemas de ideias, de valores de símbolos e de mito.

Em seu estudo, Pontes et. al. (2012) utilizaram a escuta sensível como processo para compreender o grupo e estabelecer uma relação de confiança, ressaltaram ainda que a perspectiva científico-clínica da escuta sensível, segundo Barbier (2002), acontece durante a avaliação inicial do grupo, visando a diagnosticar suas necessidades, e consideram os sujeitos de forma holística, em suas dimensões física, mental e espiritual, o que possibilitou ajudar os sujeitos a se tornarem parceiros e produtores do processo de transformação da prática e de auto e heteroformação.

A dificuldade do profissional de saúde de escutar os usuários pode ser explicada por Camilo e Maiorino (2012) pelo fato de que cada indivíduo apresenta sua história de vida com valores, cultura, significados, razões, propósitos e objetivos próprios. Cada pessoa apresenta uma perspectiva de vida (uma forma de pensar), com seus próprios pressupostos.

Por isso, a escuta sensível nos faz exercitar a proposta de troca mútua entre quem fala e quem escuta, em que ambos os sujeitos do processo devem se doar para que haja a aceitação total da completude do ser humano, tornando-se um

instrumento metodológico indispensável para levar os usuários de saúde a refletirem sobre os seus determinantes de saúde (CERQUEIRA, 2011 e CANCHERINI, 2010).

Ao realizar a escuta sensível, os profissionais de saúde devem se despir de julgamentos e preconceitos, e permitir e possibilitar que os usuários do SUS portadores de doenças crônicas sintam-se acolhidos e livres para se expressarem abertamente, para que, desse modo, se possa valorizar aquilo que o usuário vê e percebe ao seu redor, aquilo que está envolvido em seu processo de saúde e adoecimento.

Os conceitos já traçados por Barbier sobre a escuta sensível aliada aos conceitos de dialogicidade de Freire podem ser importantes estratégias metodológicas que auxiliam na compreensão das angústias, dificuldades e mudanças que os usuários passam quando são diagnosticados por uma doença crônica.

Assim, a escuta sensível possibilita o aumento do vínculo entre profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde, em que os profissionais devem mobilizar e potencializar as capacidades de aprendizagem de cada usuário, fazendo com que estes aprendam a lidar com as mudanças e transformações que ocorre em suas rotinas no seu viver.

1.4.3 Ação Transformadora de Jacob Levy Moreno

Freire e Moreno compartilham da ideia de que os sujeitos passam a construir algo novo a partir do contato e suas vivências com o mundo, e que este processo é transformador e dinâmico (VIERA, 2012).

O sociopsicodrama, criado por Moreno, possibilita uma articulação entre educação e saúde uma vez que os conceitos e saberes dos sujeitos são construídos de forma conjunta com os profissionais de saúde a partir de suas experiências de vida, do seu cotidiano. Conforme aponta Souza (2010), o sociopsicodrama promove espaços de fala e de escuta, sendo uma proposta de intervenção eficiente para que os profissionais de saúde desenvolvam suas ações, as quais promoveram a construção em conjunto de novos conhecimentos para que possam transformar sua prática, ou seja, incorporar o autocuidado em suas vidas de forma consciente.

O estudo de Vieira (2012) ressalta também que a metodologia moreniana trata o sujeito como um ator e protagonista de suas próprias vivências, sendo assim, este sujeito valoriza a sua relação com os demais atores que estão a sua volta. Tanto a teoria de Freire quanto a de Moreno concordam que isso só será possível por meio de ações e técnicas ativas, as quais permitirão a construção e reconstrução do saber por estes sujeitos.

O caminho metodológico da proposta moreniana se estabelece a partir de ações dramáticas e/ou lúdicas que possibilitam que os sujeitos se envolvam nos processos de aprendizagem. Ou ainda, conforme aponta Ramalho (2010), a proposta Moreniana envolve abordagens que se situam tanto na arte quanto nas ciências, pois seus métodos estudam as verdades existenciais por meio da ação e assim privilegia o estudo do homem em relação como um ser biopsicossocial e cósmico, o qual busca fazer com que os sujeitos alcancem uma existência autêntica, espontânea e criativa.

Estudos como os de Beretta e Andrade (2004) e Canel e Pelicioni (2007) utilizaram a metodologia proposta por Moreno. O primeiro estudo (2004) foi realizado com grupo de gestantes, em que a metodologia foi utilizada como intervenção educativa, visando favorecer a aprendizagem de conhecimento do grupo de gestante sobre assuntos ligados à gestação. O segundo estudo (2007) utilizou a metodologia como instrumento para auxiliar nas práticas da PS, uma vez que ela possibilita e facilita a transferência da aprendizagem e a aquisição de conceitos.

Quando se trabalha com a metodologia moreniana, esta se estabelece em três fases: o aquecimento (preparação), dramatização (vivência) e compartilhar (partilha) (GONÇALVES et. al., 1988 e RAMALHO, 2010).

Ao realizarem as atividades baseadas na teoria moreniana, interpretando os denominados “papeis”, ou seja, cada sujeito irá demonstrar a seu modo, o seu comportamento humano. Para Moreno, existem três tipos de papeis: os fisiológicos ou psicossomáticos, o psicológico ou psicodramático e o papéis sociais. Os fisiológicos são representados pelas funções biológicas como dormir e alimentar-se, os psicológicos se relacionam com as características interpessoais, como amor e ódio, os papeis sociais são aqueles desempenhados no dia a dia e que se referem aos aspectos culturais, como as crenças e padrões de comportamentos. Cada papel, ao ser representado usando a expressão “como se”, propõe um resgate dos

sujeitos a suas partes reprimidas. (DURIC et. al., 2005). A expressão “como se” representa o espaço-lugar onde tudo é permitido, onde cada sujeito pode se expressar e viver sua cena, seja no passado ou no presente ou interpretando um personagem (YOZO, 1995).

Por meio da metodologia sociopsicodramática, ao revelar suas percepções e sensações, os sujeitos guiarão os profissionais de saúde na compreensão de suas reais necessidades, direcionando as ações que poderão ser realizadas pelos profissionais de saúde por meio do cuidado prestado de forma acolhedora e humanizada, possibilitando aos usuários portadores de DC que compreendam mais sobre os determinantes de saúde e de adoecimento que estão presentes em seu cotidiano.

Considerando a proposta moreniana como uma estratégia para desenvolver o empoderamento, considera-se que o sociopsicodrama pode possibilitar ao profissional de saúde assumir realmente o papel de facilitador do processo de aprendizagem das pessoas que convivem com DC, não como aquele que detém todo o saber que precisa ser transmitido para o outro, neste caso, o seu “cliente” na unidade de Saúde, nos hospitais ou no atendimento domiciliar.

CAPÍTULO II – PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

Podemos dizer, a partir do enfoque de Minayo (2010) que, metodologia é uma discussão epistemológica sobre os caminhos percorridos pelo pensamento do que estamos investigando, e que métodos, técnicas e instrumentos operativos são apresentados e justificados para a realização das buscas e investigações e que tais métodos, teorias ou ainda achados observacionais e experimentais são as respostas aos nossos questionamentos científicos. Sendo assim, a teoria e metodologia andam juntas.

Nos desenhos metodológicos atuais em pesquisa científica, a utilização de métodos mistos vem se tornando uma tendência crescente (TASHAKKORI, TEDDLIE, 2003; CRESWELL, 2010). A combinação de métodos representa uma alternativa à velha dicotomia entre quanti e quali, valendo-se dos pontos fortes de cada um. O uso de mais de um método oferece um entendimento mais profundo dos problemas complexos enfrentados em pesquisas científicas.

Segundo estudos de Breitmaer, Aures, Knafl (1993) e Sandelowski (1995), existem cinco objetivos principais para pesquisadores utilizarem mais de um método de pesquisa ao estudarem um determinado fenômeno, são eles triangulação, complementaridade, desenvolvimento, iniciação e a expansão.

A triangulação de dados é o mais conhecido dos cinco objetivos, diz respeito à convergência entre os dados coletados de um mesmo fenômeno da pesquisa, podendo haver variações nas formas de coletar ou interpretar estes dados. A complementaridade foca-se nas diferentes faces do fenômeno da pesquisa. O desenvolvimento possibilita a combinação de resultados do estudo, usando um método para desenvolver outro método de estudo. A iniciação envolve uma análise intencional de novas perspectivas para estudar um fenômeno de interesse e a expansão proporciona amplitude e aumenta o escopo do estudo (DRIESSNACK, et. al., 2007).

As pesquisas qualitativas possibilitam aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos em extensão e suscetíveis de serem abrangidos intensamente (MINAYO, 2008).

A metodologia qualitativa é compreendida pela sua capacidade de abranger questões de significado e da intencionalidade as quais estão ligadas aos atos, às

relações e às estruturas sociais, para as construções humanas significativas. Permitindo a compreensão dos valores culturais, das relações entre os indivíduos e os processos sociais e históricos das políticas públicas e sociais (MINAYO, 2010), o que permite justificar a escolha dessa metodologia de pesquisa abordada.

Dentro da pesquisa qualitativa, o estudo de caso utiliza da observação direta dos acontecimentos a serem estudados e da entrevista aos sujeitos envolvidos no estudo. O estudo de caso é um importante meio para a investigação empírica, uma vez que explora e investiga os acontecimentos no contexto da vida real, em especial quando estes não estão claramente evidentes. Permite ao investigador detectar e perceber as características holísticas (integrais) e significativas dos acontecimentos da vida real dos sujeitos envolvidos na pesquisa (YIN, 2010).

Segundo Yin (2005), o estudo de caso nos permite compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores. Segundo Minayo (2010), este método busca analisar os contextos e as relações e percepções que se relacionam nas situações. É um método importante para produção do conhecimento sobre os eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança.

Já a pesquisa quantitativa permite quantificar indicadores e tendências observáveis e está vinculada a características da filosofia positivista. Ela remete a análise de dados brutos por um lado, crença e valores por outro, na qual os dados estatísticos passam a se sobrepor como fatos/dados objetivos na pesquisa e os valores e crenças são considerados dados subjetivos, portanto, os indicadores numéricos ou dados numéricos responderão as indagações da pesquisa (MINAYO, 2010). Não se pode desconsiderar que certos resultados científicos sejam melhores representados e entendidos se forem apresentados sob a forma numérica.

2.1 O Percurso Metodológico

Esta pesquisa tratou-se de um estudo de caso que utilizou métodos mistos de análise sobre a promoção do autocuidado em pessoas que convivem com doenças crônicas.

O estudo foi realizado no município Itaúna do Sul, localizado na zona hidrográfica da bacia do Ivaí, ao noroeste do Estado do Paraná. O município tem

uma área territorial de aproximadamente 129 km², sendo considerado de pequeno porte, com estimativa populacional de 3.585 pessoas no senso de 2010. A população estimada em 2013 foi de 3.476 pessoas. O índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM), em 2010, foi de 0,656 e seguiu a inversão da pirâmide de faixa etária, com uma população acima dos 60 anos de 532 pessoas (IBGE, 2010-2013).

O município possui uma Unidade Básica de Saúde, sendo considerada uma Unidade Mista, visto que as duas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF I e ESF II) possuem como referência esta unidade e ambas as equipes realizam cobertura na zona rural. O município conta com um Hospital Municipal, caracterizado como Hospital de Pequeno Porte (HPP), com 17 leitos (enfermarias masculina e feminina, obstetrícia, pós-cirúrgico, pediatria e isolamento; 02 são apartamentos).

O estudo foi realizado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Maringá – Unicesumar, Parecer nº 481.854, no dia 05/12/2013, que atendeu os preceitos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos constantes na Resolução nº 466, de 13 de julho de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, Brasília-DF (Anexo I).

Para a realização do estudo baseamo-nos no desenvolvimento das seguintes etapas:

Fase 01. Conhecer o perfil dos usuários de doenças crônicas da Unidade Básica de Saúde de Itaúna do Sul, de forma a compreender qual o seu entendimento sobre o autocuidado e como o realizam no dia a dia por meio de consulta aos profissionais da unidade de saúde que conheciam os usuários.

No desenvolvimento dessa fase, realizamos uma reunião com os membros integrantes das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), equipes ESF I e ESF II, onde por meio de conversas com os membros das equipes, identificamos os usuários portadores de doenças crônicas que possuíam repetidas internações e complicações decorrentes, em especial pela falta do autocuidado diário.

Após a escolha dos usuários participantes, foi realizada uma entrevista individual semiestruturada (MINAYO, 2010) com o intuito de conhecer a rotina dos usuários em relação ao autocuidado. Para a elaboração do guia da entrevista foi utilizada como apoio a Escala para Avaliar Capacidades de Autocuidado (ASA-A) (Anexo II).

Após a análise das entrevistas, foi realizada uma intervenção por meio da utilização de metodologias ativas que visou promover atitudes de autocuidado junto aos usuários que convivem com DC da referida Unidade de Saúde no período de julho e agosto de 2014 e que compareceram aos encontros previstos.

Fase 02. Desenvolver ações de formação junto ao grupo selecionado de usuários do SUS na referida comunidade a fim de promover o desenvolvimento de atitudes emancipatórias de autocuidado.

Fase 03. Analisar os processos metodológicos desenvolvidos na intervenção pedagógica sob o ponto de vista da aprendizagem significativa.

Fase 04. Avaliar as competências de autocuidado incorporadas pelos usuários participantes da ação de formação após um período de tempo após a intervenção.

2.2 A Entrevista

A entrevista semiestruturada caracteriza-se por combinar perguntas fechadas e abertas, na qual o pesquisador abordará o tema de forma a não se prender exclusivamente aos questionamentos formulados (MINAYO, 2010).

Para a entrevista, utilizou-se um roteiro semiestruturado dividido em quatro dimensões: I preparação da entrevista; II percepção dos usuários sobre seu dia a dia; III relação entre as atividades do dia a dia e o autocuidado e IV divergências e convergências. A entrevista teve por objetivos motivar o entrevistado a respeito da importância da sua participação no estudo; conhecer o dia a dia do usuário portador de doenças crônicas pertencentes à UBS de Itaúna do Sul; identificar como o usuário realiza seu autocuidado e compreender o entendimento do usuário sobre autocuidado. Conforme demonstrado no quadro 01.

O roteiro de entrevista foi elaborado com o intuito de conhecer as rotinas dos sujeitos da pesquisa e a relação destes com o autocuidado. O guia de entrevista foi elaborado com base na Escala para Avaliar Capacidades de Autocuidado (ASA-A) (Anexo II), este instrumento é baseado na Teoria de Autocuidado, de Dorotheia Orem (1995), cuja teoria ressalta que o autocuidado é a capacidade do ser humano em realizar as práticas de cuidado de si. É composto por 24 perguntas distribuídas em uma escala que possui variações que apontam o grau em que sujeito possui

maior ou menor habilidade para autocuidar-se. A intenção não era categorizar quantitativamente o grau de habilidade, mas a qualidade desta habilidade e, portanto, neste estudo, a escala foi usada apenas como uma referência e não como instrumento de medida.

O roteiro permitiu que pudessemos buscar uma aproximação em relação à coleta de dados e o referencial teórico deste estudo com relação à “escuta sensível” e aos conceitos e métodos de educação emancipatória e dialógica, uma vez que, ao conhecer melhor a rotina e a vivência dos sujeitos da pesquisa, trabalhou-se diretamente com suas realidades, seu dia a dia, seus costumes e hábitos, o que possibilitou após a análise das entrevistas reconhecer temas que poderiam ser trabalhados na intervenção. Temas estes que apontam para as reais necessidades destes sujeitos, que ao serem transformadas em saberes tornam-se imprescindíveis para o reconhecimento e a tomada de decisão sobre as condições de saúde dos sujeitos e que conseqüentemente poderão levar ao reconhecimento do autocuidado como uma necessidade na promoção da saúde.

Todos os usuários foram esclarecidos antes da realização das entrevistas com relação à gravação e à confiabilidade das informações a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado em duas vias (Anexo III).

As entrevistas foram realizadas no período de 05 de março a 15 de abril de 2014. Os entrevistados foram referenciados por nome de flores em respeito a sua privacidade e anonimato, e assim foram identificados também na ação de formação.

As entrevistas foram gravadas em aparelho de áudio do tipo MP3 e transcritas na íntegra para a composição do *corpus* da análise.

Foram realizadas 13 entrevistas nos domicílios dos usuários e duas foram realizadas na Unidade de Saúde, uma vez que estes entrevistados não se encontravam em suas residências e, após contato, se prontificaram em ir até o referido local.

Para o agrupamento e sistematização das entrevistas foi utilizada a planilha de cálculos Excel, onde foram lançadas e agrupadas as respostas conforme as dimensões estabelecidas no roteiro de entrevista.

Para Creswell (2007, p. 194), o processo de análise de dados qualitativos “consiste em extrair sentido dos dados de texto e imagem.” Neste sentido, utilizou-se como estratégia metodológica para a análise das entrevistas a Análise de Conteúdo

de Bardin (2008). A análise de conteúdo consiste em uma descrição objetiva e sistemática dos conteúdos manifestos e latentes das comunicações, tendo por finalidade a interpretação dos mesmos.

A análise de conteúdo temática consiste em descobrir os núcleos de sentido nas comunicações. Para tal, Bardin (2008) propõe três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na fase da pré-análise, o material coletado foi organizado e analisado para que depois fosse utilizado de forma sistemática. Na exploração do material foram realizadas as definições das categorias (sistemas de codificação), nesta fase foram feitas as interpretações e inferências do material coletado. Na última fase foi realizado o tratamento dos resultados, no qual se destacaram a análise reflexiva e crítica das informações, conforme as interpretações e inferências encontradas no estudo.

No quadro 01 apresenta-se o roteiro de entrevista com suas dimensões e objetivos que serviu de guia para a coleta de dados sobre a percepção das pessoas que convivem com DC e que são atendidas na UBS de Itaúna do Sul.

QUADRO 01 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dimensões	Objetivos	Orientações para o formulário	Guia	Dados Prévios no Guia
I – Preparação da entrevista	Legitimar a entrevista e motivar o entrevistado	Informar o entrevistado do trabalho a ser desenvolvido e da confidencialidade das informações fornecidas. Solicitar permissão para gravação e posterior citação do discurso (na íntegra ou parcialmente).	Permite-me que cite o seu discurso na íntegra ou parcialmente?	Entrevistado: Data: Local da entrevista: Idade: Patologia/Condição referida: Frequência à UBS: Escolaridade:
II - Percepção dos usuários sobre seu dia a dia.	Conhecer o dia a dia do usuário portador de doenças crônicas da Unidade Básica de Saúde (UBS) de Itaúna do Sul.	Reconhecer como o usuário portador de doença crônica estabelece sua rotina.	Percepções sobre o dia a dia do entrevistado.	1- Como é seu dia, que atividades você costuma fazer? 2- Uso de medicamentos/remédios todos os dias? 3- Há quanto tempo tem esse problema?
III- Relação entre as atividades do dia a dia e o autocuidado.	Identificar como o usuário realiza seu autocuidado.	Identificar como o usuário portador de doença crônica se relaciona com sua patologia.	Percepções e concepções dos fatores essenciais que o usuário tem sobre sua patologia e sua relação com o autocuidado.	1- A sua doença mudou ou afetou/interferiu na sua vida, nas coisas que você fazia e faz? 2- O que você sabe sobre sua doença? 3- O que você procura fazer para se manter bem, se manter saudável?
IV- Divergências e convergências	Compreender o entendimento do usuário sobre autocuidado.	Compreender o entendimento do portador de doença crônica sobre os cuidados a cerca de sua patologia.	Valores dados pelo usuário sobre o cuidado que realiza ou não.	1- Qual a sua maior preocupação em relação aos cuidados que você deve ter? 2- Quais cuidados você toma para melhorar sua saúde? 3- Quem falou para você, informou você sobre estes cuidados? De que forma foi?

Fonte: Pesquisadoras, (2014).

2.3 A Intervenção Pedagógica

Pela análise dos relatos dos usuários, por meio das entrevistas, foi possível reconhecer maiores detalhes sobre os hábitos, costumes e crenças, bem como as rotinas destas pessoas que convivem com a DC. Detalhes estes diretamente ligados às reais necessidades destes usuários. A compreensão de tais necessidades é imprescindível quando está em causa a promoção da qualidade de vida e a manutenção da saúde por meio do autocuidado.

Neste sentido, este estudo promoveu uma intervenção educativa que ocorreu em quatro encontros, conforme o cronograma (anexo II), os quais aconteceram no mês de agosto/2014, sendo que um último encontro foi proposto para avaliar as competências de autocuidado incorporadas pelos participantes da intervenção (fase 04) e decorreu no dia 10 de outubro de 2014, a partir de suas próprias perspectivas.

Os encontros foram baseados no referencial teórico de Moreno (GONÇALVES, et. al., 1988; DURIC, et. al., 2005; RAMALHO, 2010) e desenvolveram-se em fases de aquecimento, dramatização e compartilhar (Moreno, 1989) e os temas foram selecionados a partir das entrevistas (quadro 02).

De acordo com Moreno (1989), no aquecimento (preparação), os sujeitos preparam-se para as atividades que serão realizadas, o que permite ao pesquisador conhecer as potencialidades de cada um para que estes possam aquecer para o trabalho a ser desenvolvido.

Na dramatização (vivência), os sujeitos experimentam vivenciar seus sentimentos e dificuldades, utilizando cenas ou episódios da sua própria vida, ou seja, de sua vivência, seus medos e suas felicidades. Nesta fase, o pesquisador procura estimular os sujeitos, por meio do diálogo, das cenas ou da produção de desenhos ou jogos, buscando sempre que estes se expressem ao máximo.

No compartilhar (partilhar), os sujeitos falam de suas experiências ao realizarem as atividades propostas e compartilham as aprendizagens que obtiveram com elas, produzindo um depoimento individual e ao mesmo tempo coletivo.

Quadro 02 – Temas Seleccionados

Encontros	Temas a serem promovidos
Encontro 01	<ul style="list-style-type: none"> - Contato inicial e levantamento de expectativas (aquecimento inicial) - Promover e resgatar autoestima/autonomia dos usuários
Encontro 02	<ul style="list-style-type: none"> - Valorização do autocuidado/empoderamento. - Atitudes para a reorganização da rotina.
Encontro 03	<ul style="list-style-type: none"> - Conscientização das possíveis complicações, decorrentes da ausência do autocuidado. - Resignificação das noções de doença e saúde.
Encontro 04	<ul style="list-style-type: none"> - Resignificação do autocuidado. - Promoção à autonomia dos usuários.

Fonte: Resultados da pesquisa, (2014).

O encontro 05 ocorreu após um mês e 12 dias, conforme as especificações das etapas deste estudo (fase 04), e teve como objetivo avaliar as competências de autocuidado incorporados pelos usuários participantes da intervenção (ação de formação) a partir de suas próprias perspectivas.

CAPÍTULO III – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A caracterização dos sujeitos foi alocada neste capítulo de discussão por considerarmos que apresenta informações que descrevem resultados expressivos sobre a população implicada no estudo.

3.1 Caracterização dos Sujeitos

Para compor o universo de sujeitos participantes deste estudo, foi realizada uma reunião com os membros das ESF's, quando se optou como critério para a seleção dos usuários portadores de doenças crônicas e os históricos clínicos destes.

A partir da análise documental dos históricos clínicos, ficaram evidente os casos de usuários que passaram por repetidas internações pelas complicações decorrentes de suas patologias crônicas. Outro aspecto que auxiliou na seleção dos sujeitos do estudo foi o relato dos membros das equipes de ESF's, ou seja, médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e auxiliares e técnicos de enfermagem que tinham contato direto com estes usuários. Esta conversa ajudou a pesquisadora a perceber as reais dificuldades dos usuários de conviverem com suas patologias crônicas e que por diversos fatores, apresentavam dificuldades para incorporar o autocuidado em suas rotinas.

Inicialmente, foi dimensionada uma lista de 30 usuários com histórico de atendimento elevado por doenças crônicas, em reunião com os membros da ESF, deste total, 15 foram selecionados para a entrevista com base nos históricos, segunda fase do estudo.

Destes usuários, 12 do sexo feminino e 03 do sexo masculino. A idade variou entre 40 e 75 anos. O perfil escolar destes usuários apresentou-se com dois usuários com ensino médio completo, oito usuários com ensino fundamental incompleto, como antigo mobral, três usuários analfabetos e dois usuários afirmam só escrever o nome mas não sabem ler.

As doenças crônicas relacionadas as estes sujeitos foram categorizadas conforme tabela 01.

Tabela 01 – Usuários e doenças crônicas.

Doenças Crônicas	Quantidade
Hipertensão arterial sistêmica (HAS)	15 usuários
<i>Diabetes mellitus</i> do tipo I (DMI)	04 usuários
<i>Diabetes mellitus</i> do tipo II (DMII)	04 usuários
Insuficiência cardíaca congestiva (ICC)	05 usuários
Câncer de mama	01 usuário
Câncer de útero	01 usuário
Câncer de tireoide	01 usuário
Câncer de próstata	01 usuário
Artrose e artrite	02 usuários
Hiperuricemia (GOTA)	01 usuário
Asma/bronquite	01 usuário
Hanseníase (HAN)	01 usuário

Fonte: Resultado da pesquisa, (2014)

Somente um dos usuários estava exercendo atividade profissional, os outros 14 eram aposentados ou estavam recebendo benefícios por invalidez e/ou auxílio-doença.

O tempo médio estimado de atendimento destes usuários portadores de doenças crônicas na unidade de saúde variou de 15 a 40 anos, e o tempo de vivência com a DC pelos usuários variou de dois a 32 anos.

3.2 As Entrevistas

3.2.1 Sobre a percepção dos usuários a respeito do seu dia a dia

Nesta dimensão “percepção dos usuários” foi possível reconhecer como o usuário portador de DC estabeleceu a sua rotina diária. Os entrevistados referiram sobre suas rotinas e as limitações decorrentes das doenças crônicas como no caso do relato de Orquídea.

Eu faço uma comidinha, arrumo a cozinha, às vezes passo uma vassoura na casa, não é todo dia, porque o médico proibiu né. E o resto do dia é fazendo meus crochês. Porque o médico me disse que limpa a casa, varre e lava a roupa é uma das coisas que mais prejudica o coração. (Orquídea, 73 anos, feminino, portadora de hipertensão arterial, diabetes tipo II, insuficiência cardíaca congestiva e teve de câncer de útero)

De acordo com o relato da Orquídea, foi possível perceber que ela, após o diagnóstico de DC, no caso hipertensão há mais de 20 anos, *diabetes* tipo I há dois anos e tratamento de câncer uterino há 14 anos, vem seguindo com sua rotina diária em casa, no entanto, com mais cautela, uma vez que relatou que o próprio médico havia lhe dito que a atividade doméstica como limpar a casa, varrer e lavar louça poderia ser prejudicial ao seu coração por exigirem esforço, mesmo que leve.

Orquídea tem consciência daquilo que pode ou não fazer, no entanto, como o dia a dia exige que ela tome conta de si mesma, ela também não pode deixar de fazer as atividades domésticas cotidianas típicas que aprendeu serem suas “obrigações” como “esposa” e/ou “dona de casa”.

Assim como Orquídea, os relatos de Jasmim e Dália demonstraram que ambas também procuram seguir com suas rotinas de dona de casa e esposa, apesar de suas limitações.

É só o serviço da casa mesmo, só que eu faço, faço a comida, lavo a roupa, limpo os quintal e faço compra. (Jasmim, 66)

anos, feminino, portadora de hipertensão arterial, bronquite e refluxo gástrico).

Olha o que eu posso fazer minha filha eu faço, eu lavo roupa, limpo a casa e limpo o terreiro. (Dália, 66 anos, feminino, portadora de hipertensão arterial e diabetes tipo I).

Mesmo com tais limitações, estas mulheres conseguem desempenhar essas ações dentro dos seus limites, por isso, é possível afirmar que estas pessoas ao longo do tempo de convívio com seus diagnósticos aprenderam a respeitar o limite imposto pela cronicidade e tratamento da doença crônica. Neto e Alves (2012), em estudo realizado em Portugal, ressaltam que as tarefas cotidianas tornam-se importantes para a manutenção da vida dos doentes crônicos e que a realização destas permitirá a eles gerir suas condições crônicas, de forma que estas condições não interfiram demasiadamente em suas rotinas e na organização de suas vidas.

Até mesmo os usuários que apresentam limitações mais importantes como amputação total dos membros inferiores, como no caso de Rosa, ou amputação parcial, como no caso de Bromélia, pelas complicações do *diabetes* do tipo I, conseguiram se readaptar às suas novas condições e realizar suas atividades cotidianas.

[...] Faço a comida de casa, frito uma carne, uma linguiça. Lavo a louça na pia lá de fora porque a aqui de dentro não dá por causa da cadeira. Faço crochê também. (Rosa, 61 anos, feminino, portadora de hipertensão arterial, diabetes tipo I e osteoporose).

Eu todo dia levanto, arrumo minha cama, abro os vidros da casa, passo a mão na vassoura e varro a casa. Varro um pouco e vou sentando porque não senão eu canso. Arrumo a cozinha, junto à roupa para lavar. Eles levam o tanquinho e a cadeira porque eu vou lavando e sento um pouco né. É pau na mula (risos), depois eu estendo tudo no varal. Lavo tudo,

cobertor, edredom, tudo. (Bromélia, 68 anos, feminino, portadora de hipertensão arterial e diabetes tipo I).

Costa et. al. (2006) evidenciaram que a DC gera sentimentos como o medo de ser acometido por uma incapacidade e ansiedade, por saber que se tornará dependente do cuidado de outras pessoas para a realização de tarefas simples como os cuidados com o corpo ou se locomover para outro lugar, como é o caso de AM, são fatores que influenciam e interferem no autocuidado.

O relato de Rosa evidenciou suas angústias e relevou que ela conseguiu superar suas limitações e se readaptar a essa sua nova condição:

[...] Por que eu falava assim meu deus do céu eu não vou conseguir empurrar isso aqui nunca. Porque eles me empurravam né, pra lá e pra cá. Agora como o tempo, não eu vou me movimentando. Ele (esposo) encosta a cadeira, ninguém precisa me pegar e colocar na cadeira, eu venho assim engatinhando de costa e venho e pulo na cadeira, e saio andando na cadeira, viro para lá e vou para cozinha. Só em um lugar que eu tenho medo que ela tomba ali na varanda, ai ele me ajudam. (Rosa, 61 anos, feminino, portadora de hipertensão arterial, diabetes tipo II e osteoporose).

O relato de Lírio demonstra que o diagnóstico que recebeu fez com que se sentisse limitado ou como disse “inútil” em alguns momentos. Este exemplo nos fez refletir sobre ações estratégicas alternativas de atendimento e de promoção do autocuidado em pacientes com DC. Atividades “rotineiras ou banais” podem ser prejudiciais se forem feitas sem o devido cuidado, mas deixar de fazê-las pode ser ainda mais prejudicial para a autoestima e para a motivação de seguir em frente com o tratamento e suas atividades.

[...] Fico em casa, ajudo minha esposa a fazer alguma coisa em casa, como varrer o quintal ali na frente. Mas tem hora que eu me sinto assim uma pessoa inútil. Ficou emocionado. Porque

assim eu com sessenta e seis anos ainda tenho um físico bom, mas o médico disse que eu não posso fazer esforço, por causa do coração. Mas tem hora que eu volto atrás e me animo, por que sei que faz parte da vida à doença né. (Lírio, 66 anos, masculino, portador de hipertensão arterial e insuficiência cardíaca congestiva)

Assim como Lírio, Camélia também relatou que se sente uma pessoa incapaz por não poder fazer suas atividades cotidianas após seu tratamento de câncer de mama, ela não pode fazer grandes esforços e até o ato de lavar a louça ou as roupas passou a ser algo restrito.

Olha antes de ficar assim eu fazia bastante coisa, e tinha vontade de fazer mais. Sobre coisa do trabalho eu não tinha preguiça menina. E agora eu sinto muito de não pode fazer. Ficou emocionada. Eu não tenho força, eu não tenho saúde, fala à verdade que eu falo para você! (Camélia, 70 anos, feminino, portadora de hipertensão arterial e teve câncer de mama).

Por meio desses relatos, pode-se ressaltar que estes sujeitos, ao modificarem o jeito de realizar suas atividades diárias, foram ao longo do tempo se reinventando, ou seja, reorganizando seus modos de realizarem as tarefas cotidianas que são de grande importância para eles, e isto faz com que se sintam úteis, capazes e ativos.

Conforme estudo realizado por Tavares et. al. (2012), é importante proporcionar aos portadores de DC alternativas e estratégias para que estes possam repensar suas rotinas e as formas como realizam suas atividades, para que suas limitações não interfiram no seu dia a dia, fazendo com que possam aprender a lidar com suas limitações e assim reorganizem suas rotinas.

Os relatos de Gardênia e Cravo evidenciam que, embora ainda muito jovens, estão absorvidos em seus diagnósticos, e em suas falas percebe-se que os mesmos estão limitados fisicamente e “psicologicamente”.

[...] Eu ultimamente ando muito cansada sabe, deprimida. Vontade só de ficar dormindo, de abandonar tudo (risos) é eu ando assim. É uma canseira, uma canseira, mas eu acho que é por causa já da doença né. Inclusive esses dias eu perdi um servicinho por causa dela. (Gardênia, 46 anos, feminino, portadora de hipertensão arterial e diabetes Mellitus tipo I).

Atividade que eu posso fazer hoje é só andar aqui, para tomar água e ir ao banheiro. Sabe não é que eu não posso, é que eu não consigo mesmo. (Cravo, 49 anos, masculino, portador de hipertensão arterial, diabetes Mellitus tipo II e doença reumatoide-GOTA).

Neste caso, a promoção do autocuidado deve ir ao encontro das reais necessidades deles, pois não é só o fato de tomar o medicamento na hora certa ou falar da importância da alimentação correta que fará diferença em seus cuidados. Ambos necessitam de outro tipo de atenção, voltada ao resgate de sua autoestima e autonomia, para que possam buscar uma mudança significativa em suas rotinas e tornarem-se agentes de suas próprias mudanças.

No entanto, é importante ressaltar que para alcançar essa mudança será preciso a adoção de cuidados e ações contínuas, e não isoladas e fragmentadas, que devem envolver não somente os sujeitos acometidos pela DC, mas também as pessoas que convivem com eles. Outro aspecto importante a se levar em consideração são as condições culturais, sociais e até mesmo os aspectos econômicos em que vivem estes sujeitos, uma vez que estes podem ser determinantes em sua relação com o autocuidado.

3.2.2 Sobre a relação entre as atividades do dia a dia e o autocuidado

Nesta dimensão, pode-se identificar como os usuários portadores de doenças crônicas se relacionaram com as suas patologias e com o autocuidado, assim como com as concepções que possuíam sobre suas patologias.

Quando foi solicitado aos entrevistados que relatassem sobre o que compreendiam a respeito de suas doenças, foi possível perceber que eles sabiam sobre suas doenças crônicas, cada um dentro do seu contexto e da sua vivência.

Cada sujeito criou um conceito seu, uma forma peculiar de identificar o que a doença significava para ele.

O que eu entendia é que ardia para urinar antes de operar né. Dá pressão que tem que toma o remédio. (Girassol, 73 anos, masculino, portador de hipertensão arterial e teve câncer de próstata).

A diabetes é triste ela ataca o rim, fígado, ataca tudo que você pensa, até a urina ele ataca. Ela ataca as vista, porque eu não enxergo direito não, só os vultos, então é a diabetes que faz isso. Essas dores também é por causa do diabetes. E dá até uma coceira lá (vagina), eu não coço não para não inflamar, mas é da diabetes. (risos) Quando eu tiro sangue nos exames só dá a diabetes, é a única que aparece no sangue. (Bromélia, 68 anos, feminino, portadora de hipertensão arterial e diabetes tipo I).

É muita gente disse que a pressão alta é perigosa né, porque tem gente que às vezes toma remédio e bebe né. E não pode né. Eu já não bebo né. Eu tomo meu remédio já para me sentir bem né. (Lavanda, 61 anos, hipertensa e teve hanseníase).

Orquídea, ao se referir sobre sua compreensão da DC, utilizou referências de suas crenças e fé religiosa.

Olha eu entendo assim, no meu modo de pensa né, que a gente nunca tem aquilo que não merece. Sim porque o que eu passo, outra pessoa não vai passar por mim. Então o que foi marcado para mim, eu tenho que receber com amor. Porque eu não vou dizer ah deus porque tô assim. Não eu encaro numa

boa. (Orquídea, 73 anos, feminino, portadora de hipertensão arterial, diabetes tipo II, insuficiência cárdica congestiva e teve de câncer de útero)

Ao expressar-se dessa forma, Orquídea nos remeteu ao fato que algumas pessoas encaram a doença como algo divino, algo que vem para purificar os pecados, ou ainda, algo para aumentar sua fé e provar a existência divina em suas vidas e que, somente por meio da fé, seria possível vencer as condições impostas pelo acometimento, neste caso, a doença. Essa fé acaba fazendo parte do seu tratamento e do seu autocuidado, pois, em sua visão, a falta de fé e as reclamações da vida por estar doente podem levar a outras doenças, como no caso, a depressão. Neste sentido, o profissional de saúde não pode desconsiderar este conceito religioso sobre a doença do usuário, é preciso sim ajudar a acrescentar ou recriar novos sentidos que ajude a pessoa a ampliar este seu conceito de doença. Como no relato de Orquídea:

Porque tem gente que diz que Deus manda castigo, ele não manda castigo, eu tenho na minha mente, desde quando eu tenho esses problemas. Que ele te dá uma prova de sua fé e de tua paciência. Se você for capaz de passar tudo quietinho você vence, se você desesperar já pega uma tal de depressão né, ai vai embora. (Orquídea, 73 anos, feminino, portadora de hipertensão arterial, diabetes tipo II, insuficiência cárdica congestiva e teve de câncer de útero)

Os relatos de Lavanda, Sálvia e Cravo evidenciaram que após a explicação realizada pelos profissionais de saúde, eles utilizaram de seus saberes, suas vivências e trouxeram os ensinamentos ou conceitos para sua realidade, e que assim permitiu a eles assimilarem melhor o que era esta sua doença.

É dá hanseníase o doutor me disse que o osso da gente morre né. (Lavanda, 61 anos, feminino, hipertensa e teve hanseníase).

A diabetes diz a médica da diabetes, que eu tenho que tomar o remédio aqui manipulado, um por dia depois do almoço. Porque ela disse que minha diabetes soube também por causa dos nervos. (Sálvia, feminino, 70 anos, hipertensa, diabetes do tipo II e artrose).

Olha o que eu sei dessas doenças né, o que vários médicos me disseram, é que não tem cura né, só controle. Desde a GOTA, artrite e artrose, tipo a artrose, que é o desgaste dos ossos, dá para fazer a cirurgia, mas com a minha idade não dá né porque a prótese tem validade e pode desgastar também. Por exemplo, vou fazer cinquenta anos agora, quando tiver meus sessenta ou setenta anos tenho que fazer outra cirurgia e daí não dá, pois o médico disse que duas cirurgias para colocar a prótese não pode. Isso é informação dos médicos né. A hipertensão e a diabetes, vem tudo por causa do descuido da pessoa. Porque realmente você só arruma a porta depois que ela tá arrombada né mesmo. (risos). (Cravo, 49 anos, masculino, portador de hipertensão arterial, diabetes Mellitus tipo II e doença reumatoide-GOTA).

Independente destes conceitos formados estarem “certos ou errados”, o profissional de saúde precisa levar em conta que é esta a compreensão e visão que estes sujeitos possuem e que essas formas de interpretação, compreensão ou crença influenciam em seu autocuidado. Por exemplo, para Orquídea, seu conceito da doença envolve a religião, para Girassol e Bromélia, a doença envolve os aspectos físicos que se relacionam com sinais e sintomas. E assim, cada um irá incorporar o autocuidado da forma que achar mais conveniente ao seu entendimento.

Assim, diante deste quadro, os profissionais de saúde, primeiramente, precisam respeitar este conhecimento ou compreensão dos usuários, para que, a partir deles, outros conceitos possam ser adquiridos e novos valores possam ser

considerados de forma significativa por esses sujeitos. Segundo Ausubel (1995), para que a aprendizagem significativa ocorra, a mesma deve alicerçar-se em conhecimentos já existentes na estrutura cognitiva-afetiva do sujeito.

Já Lírio explica sua DC pela mudança de estilo de vida que esta lhe causou, o que muitas vezes foi vista como algo difícil de ser alcançado e seguido. Em seu relato, ele deixa clara a relação da DC com o autocuidado que ele deve ter.

Sobre a pressão assim não pode comer comida salgada, não pode gordura, carne gorda, não pode beber bebida alcóolica, não pode fuma e somente fazer caminhada que ajuda muito. Quando eu comecei a fazer a caminhada diminuiu o meu comprimido antes tomava dois agora tomo só um por dia. Hoje mesmo já passei na farmácia para medir e ela tá doze por oito. (Lírio, 66 anos, masculino, portador de hipertensão arterial e insuficiência cardíaca congestiva).

Um estudo realizado em Portugal por Novais et.al. (2009) ressalta que os saberes das pessoas portadoras de doenças crônicas estão ligados as suas percepções sobre suas doenças e levam a uma relação entre essas percepções e a concepção de seus limites frente às suas patologias. Neste sentido, é preciso que também seja considerado o contexto cultural e social onde está inserido este sujeito.

A partir do momento que o usuário passa a conhecer mais sobre sua condição, seu tratamento, toma mais consciência da sua condição, o que possibilita que se torne mais ativo e participativo nas decisões relacionadas aos seus cuidados e na adoção de medidas que auxiliará em seu tratamento.

O profissional de saúde necessita conhecer e reconhecer os conceitos dos usuários que atende, os quais criaram suas concepções sobre o processo saúde/doença/cuidado a partir de situações vivenciadas de seus mundos, de suas experiências de adoecimento e prática de cuidados (SILVA, 2010).

Outro ponto de destaque nessa dimensão diz respeito às mudanças ocorridas após o diagnóstico da DC. Os entrevistados relataram que houve uma interferência que modificou sua vida, principalmente para a realização de atividades que exigem esforço e nas atividades realizadas no lar.

No entanto, os discursos de Camélia e Bromélia chamam atenção. Camélia relatou sobre não poder mais exercer suas atividades laborais, se emocionou ao falar sobre o assunto, relatando que na época que as exercia, tinha mais “saúde”. Bromélia disse se sentir com mais “saúde” quando voltou a fazer suas atividades sozinhas em casa.

Olha antes de ficar assim eu fazia bastante coisa, e tinha vontade de fazer mais. Sobre coisa do trabalho eu não tinha preguiça menina. E agora eu sinto muito de não pode fazer. (ela ficou emocionada) Eu não tenho força, eu não tenho saúde, fala à verdade que eu falo para você! (Camélia, 70 anos, feminino, portadora de hipertensão arterial e teve câncer de mama).

É eu fiquei uns tempos sem fazer os serviços da casa, né. Ai minhas filhas ficaram cuidando de mim, me dando remédio na hora certa né, me dando comida né. Mudou sim, eu agora tenho um pouco mais de saúde. (Bromélia, 68 anos, feminino, portadora de hipertensão arterial e diabetes tipo I).

Os relatos de Lírio e Rosa também demonstraram que suas patologias interferiram em suas atividades laborais, e que essa mudança tornou-se significativa para suas vidas, assim como também para Camélia e Bromélia.

Essa semana minha esposa pego um terreno para carpir e eu peguei a enxada para ajudar, fui e dei umas enxadas e comecei a sentir cansa. Aí tive que parar, isso foi cedo. Quando foi de tarde comecei a sentir umas dores no peito e tive que ir no médico. E ele disse que era porque eu tinha me esforçado. Porque todo mundo quer trabalhar né, uma pessoa sem atividade parece que não serve para nada né. (Lírio, 66 anos, masculino, portador de hipertensão arterial e insuficiência cardíaca congestiva).

Ela modificou muito. Já mais pensei que iria passar por uma situação dessas. Nunca pensei que iria chegar a esse ponto. Porque eu sempre trabalhei, minha vida inteira, desde os nove anos. Eu saí da escola para ajudar meu pai a trabalhar na roça. E depois vim para cá, eu trabalhava lá na chácara, eu ia de a pé e voltava só de tarde. Por que eu ia ajudar ele (esposo) a trabalhar. E quando morava lá, vinha para cá de a pé fazer compra também. Às vezes voltava de condução, mas para ir era de a pé. E eu jamais pensei que ia passar por isso. E daí isso foi acontecendo sem eu perceber. Aí quando eu comecei a tratar com o médico de Paranaíba (médico vascular). Aí chego o dia que ele me disse, olha a Dona A.M a Senhora vai ter que amputa a perna. Nossa Senhora aquele caminho para mim foi muito longo. (ficou emocionada) (Rosa, 61 anos, feminino, portadora de hipertensão arterial, diabetes tipo II e osteoporose).

Neste sentido, ficou explícito nos discursos as modificações que surgiram nas vidas dos entrevistados após o diagnóstico das suas doenças, mas essas interferências não os impediram de executar suas atividades. Este fato precisa ser levado em conta pelos profissionais que os atendem, para promoverem alternativas para que os sujeitos possam lidar de forma positiva com a doença.

Lírio também relatou que a doença fez com que ele mudasse o seu estilo de vida. No caso de Sálvia e Gardênia, a doença trouxe modificações em seus hábitos alimentares.

Mudo nos meus hábitos, muita coisa assim tive que para. Assim hoje eu tô bem, sou uma pessoa que não sai à noite, não fumo mais, não bebo, por isso não bebo mais e não fumo. . (Lírio, 66 anos, masculino, portador de hipertensão arterial e insuficiência cardíaca congestiva).

[...] Olha come eu como mais salada, arroz tem vez que eu faço assim, salada e ai coloco duas colher de arroz dai. O Feijão eu coloco menos e quando coloca uma menos de arroz coloco uma mais de feijão. (Sálvia, feminino, 70 anos, hipertensa, diabetes do tipo II e artrose).

Mudou muito a gente não é mais a mesma né. [...] ai a gente fica pensando vou fazer um coisa para comer, mas não posso comer meu deus. Mas ai tem os outros que precisa comer né, tem que fazer né e a gente é dona de casa, tem que fazer tem os filhos que quer comer. Acaba com a vida da gente essas coisas né. (Gardênia, 46 anos, feminino, portadora de hipertensão arterial e diabetes Melitus tipo I).

As mudanças nos hábitos alimentares, assim como no estilo de vida, faz parte dos cuidados a serem seguidos pelos portadores de DC, mas nem sempre são aceitos com facilidade por eles. Autores como Costa et. al. (2011); Torres et. al. (2011) e Nakagari e Mclellan (2013) exploram com profundidade a resistência às mudanças.

O sujeito muitas vezes só incorpora a importância do autocuidado quando sente a necessidade da mudança. Por exemplo, muitos usuários, somente quando passam pela fase de agudização de suas doenças crônicas, acabam percebendo a necessidade do autocuidado, ou seja, quando começam a surgir as complicações decorrentes da DC e, por não terem mais alternativas, acabam incorporando o autocuidado de forma forçada, como foi possível observar nos relatos de Tulipa e Rosa:

Até estes dias atrás eu não sentia praticamente nada, mas só que ela já vinha né, com um exame que a doutora Jane pediu, já vinha já afetando. Mas senti assim alguma coisa não, senti agora né por causa dessa infecção (no nervo ótico) e os cuidados agora que eu tô começando ter né, porque eu não tinha nenhum. [...] Como eu não sentia nada, não fazia nada.

(Tulipa, 40 anos, feminino, portadora de hipertensão arterial, diabetes tipo II e teve câncer de tireoide).

[...] Não eu não cuidava não. Vou falar porque eu não cuidava não, às vezes eu tomava o remédio da diabetes, fica até um dia dois dias sem tomar, acha que, como era mais nova né, não precisava toma todo dia. Mais depois a coisa mudou de figura né, a coisa complicou né. (Rosa, 61 anos, feminino, portadora de hipertensão arterial, diabetes tipo II e osteoporose).

Mantovani et. al. (2011) encontraram relatos semelhantes a estes, em que os usuários só procuravam ajuda dos profissionais da saúde e se davam conta da complexidade de suas patologias no momento que os sintomas afloravam e se agravavam, ou seja, no momento da agudização de suas DC, por medo de um “derrame” ou por outras complicações.

Neste sentido, em um primeiro momento, Orquídea relatou que não houve modificação em sua rotina e mais uma vez utilizou suas crenças e fé religiosa para responder a pergunta.

Sim, mudou para melhor. O meu modo de pensa, muita coisa que eu não dava valor, hoje eu dou valor imenso, porque eu sei que a nossa vida é preciosa. Então cada minuto da minha vida eu vivo feliz, né, porque eu não sei, se a noitecer eu vou estar aqui. (Orquídea, 73 anos, feminino, portadora de hipertensão arterial, diabetes tipo II, insuficiência cárdica congestiva e teve de câncer de útero)

Somente após insistência em perguntar se houve interferência em relação às atividades laborais que exercia ela respondeu que sim, que havia modificado.

Sim mudou, eu costurava né, tive que parar, ai fiz langeri tive que parar também, por causa da visão que tive problemas.

Fiquei daí só na rotina da casa, aí depois me tiraram também. E agora só fico mesmo com meus crochês. (Orquídea, 73 anos, feminino, portadora de hipertensão arterial, diabetes tipo II, insuficiência cardíaca congestiva e teve de câncer de útero)

Novamente, aqui a força da crença e da religiosidade se fez presente, e não é possível ignorar isto quando se lida com este tipo de argumento, uma vez que, se isto lhes for tirado, como apenas “crendices”, corre-se o risco de tirar “o chão”, a sustentação desse indivíduo no que tange à sua relação com a doença. Neste sentido, a “escuta sensível” de Barbier faz toda a diferença se o objetivo é valorizar o sujeito, para promover sua saúde e qualidade de vida por meio do autocuidado.

No caso da ação formativa ativa e participativa, a mesma pode oferecer uma forma alternativa de sensibilizar de forma objetiva a mudança à medida que for percebida pelos sujeitos como algo fundamental para a manutenção da sua saúde de forma que possa ser incorporada como algo significativo para as suas vidas.

3.2.3 Sobre as divergências e convergências em relação ao autocuidado

Nesta dimensão, buscou-se compreender o entendimento dos portadores de doenças crônicas sobre o cuidado acerca de suas patologias, assim como os valores atribuídos por eles em relação à realização ou não do autocuidado.

Percebeu-se por meio dos relatos dos usuários que existe uma preocupação em relação aos seus cuidados, e que isso remete ao futuro, no que diz respeito às complicações e incapacidades advindas de suas condições crônicas, conforme se pode observar pelos relatos de Tulipa, Lírio e Íris.

Eu me preocupei bastante, por causa do que o neuro falo que se eu não mante ela do jeito que tá, se eu não continua me cuidando, eu posso ter um derrame, ou alguma coisa mais complicada mais pra frente. Daí eu pensei mais na minha mãe, por que minha mãe tinha, e a minha mãe teve derrame

cerebral, né. (Tulipa, 40 anos, feminino, portadora de hipertensão arterial, diabetes tipo II e teve câncer de tireoide).

Futuramente o que me preocupa é deus me livre de ficar um dia prostrado numa cama, depender dos outros, a gente já depende até bastante mais ainda tô em atividade assim de resolver meus problemas. (Lírio, 66 anos, masculino, portador de hipertensão arterial e insuficiência cardíaca congestiva).

Preocupa esse problema do coração que uma hora ou outra pode atacar né. Já fiz cateterismo três vezes. (Íris, 75 anos, feminino, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e asma).

O relato de Violeta chama atenção pelo medo em talvez não resistir às complicações e que o cuidado passa a ser algo vital para sua sobrevivência.

É eu cuidando né. Porque que o médico disse que se eu adoecer do coração eu não vou mais para o médico, eu vou é para o cemitério mesmo. (risos) Pode se cuidar porque se entupir outra veia a senhora não vem mais pra cá não. (risos) Eles falam mesmo. (Violeta, 73 anos, feminino, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca).

Os relatos de Gardênia, Sálvia e Bromélia abordam a preocupação constante e futura com seus hábitos alimentares. No caso de Gardênia, o medo de não conseguir seguir os cuidados, no caso sua dieta alimentar, a faz temer a morte e deixar seus filhos.

Eu me preocupo muito sim. Porque eu não consigo fazer o regime né, que eu preciso fazer. E aí eu tenho medo, penso aí meu deus! E quando eu sinto alguma coisinha fico será que eu vou morrer (risos), vou morrer nova assim e meus filhos vão ficar, fico com essas coisas na cabeça sabe. (risos) (Gardênia,

46 anos, feminino, portadora de hipertensão arterial e diabetes Melitus tipo I).

É o que eu fico preocupada é com as coisas que eu não posso comer, e faço um jeito de não comer né. (Bromélia, 68 anos, feminino, portadora de hipertensão arterial e diabetes tipo I).

[...] Assim é o açúcar, eu tenho medo do açúcar. Eu tenho medo até daquele que diz que pode. O refrigerante eu tomo aquele zero né, não é muito só às vezes. (Sálvia, feminino, 70 anos, hipertensa, diabetes do tipo II e artrose).

Para Bromélia e Sálvia, suas preocupações demonstraram o modo como elas assimilaram o autocuidado, o qual esteve relacionado às complicações futuras.

Ficou evidenciado também que os portadores de doenças crônicas entrevistados realizavam algumas ações e atividades para se manterem saudáveis, como caminhada, cuidar da alimentação, tomar o medicamento frequentemente e nos horários certos, e que também procuravam fazer atividades que os deixassem tranquilos e proporcionasse lazer. Consideremos os relatos de Lírio, Tulipa e Orquídea.

Procuro fazer minha caminhada, conversa bastante, anda na rua, conversa com os amigos, para não ficar aquele pessoa dentro de casa só pensando em problema sério, então anda conversar com o povo, sempre tô no posto pra conversar um pouco, dar risada, areja a cabeça. (Lírio, 66 anos, masculino, portador de hipertensão arterial e insuficiência cardíaca congestiva).

Agora tem a dieta que a doutora Jane passou, eu tenho que cumprir a dieta, tomar o medicamento certinho. [...] Pra eu fazer atividade física, que eu também não fazia nada. (Tulipa, 40 anos, feminino, portadora de hipertensão arterial, diabetes tipo II e teve câncer de tireoide).

Filha eu uso tomar meus remédios na hora certa, procuro não facilitar assim, pega peso, então não posso caminhar longe. A comida minha filha, gordurosa não pode, a fritura eu não posso, é assim um arrozinho e feijão, uma coisinha sempre mais leve. (Orquídea, 73 anos, feminino, portadora de hipertensão arterial, diabetes tipo II, insuficiência cardíaca congestiva e teve de câncer de útero)

No entanto, mesmo sabendo e tendo consciência da importância de tais atividades para o desenvolvimento saudável, os usuários reconheceram que às vezes, deixam de fazer. Por isso, essa reflexão, no sentido de sair da ideia e ir para a ação, conforme apontam Freire e Moreno, é fundamental. É preciso que as ações ajudem a sair da inatividade de forma que estes sujeitos se vejam como capazes de incorporar as mudanças que surgem no convívio com a DC, ou seja, tornem-se pró-ativos.

A necessidade da mudança de atitude em relação aos profissionais de saúde quando abordam os sujeitos sobre o autocuidado também ficou evidenciada nesta dimensão, pois os relatos os entrevistados sobre os cuidados que realizavam e compreendiam foram passados pelos profissionais da saúde. Nota-se isto nos relatos de Rosa, Lírio, Dália e Bromélia.

Foi as meninas (ACS's e auxiliares de enfermagem), os médicos vocês que participaram da minha vida, da minha doença né. (Rosa, 61 anos, feminino, portadora de hipertensão arterial, diabetes tipo II e osteoporose).

Alguns médicos me orientaram, você, que me ajudou muito, as outras meninas do posto também. (Lírio, 66 anos, masculino, portador de hipertensão arterial e insuficiência cardíaca congestiva).

Foi o médico que disse que eu não podia, comer macarrão, batatinha o pão caseiro, refrigerante. (Dália, 66 anos, feminino, portadora de hipertensão arterial e diabetes tipo I).

Foram os doutores né. Falando que eu tinha que ter cuidado para não comer os doces. E vocês também falam (risos). (Bromélia, 68 anos, feminino, portadora de hipertensão arterial e diabetes tipo I).

Favoreto e Cabral (2009) ressaltam que muitas vezes os profissionais de saúde não conseguem passar esses cuidados adiante para os usuários, justamente por estarem desconectados das situações cotidianas desses sujeitos, e acabam por utilizarem abordagens metodológicas que fogem às realidades destas pessoas acometidas pelas DC, e acabam usando formas de comunicação ou uma linguagem com códigos distantes do mundo real dos portadores de DC, o que resulta na dificuldade ou na não assimilação dos aspectos inerentes ao autocuidado que os mesmos necessitam reconhecer e incorporar. Isto muitas vezes faz com que o autocuidado acabe sendo visto como “regras” impostas e limitadoras por outros para suas vidas já cheias de limitações.

Essa mudança de atitude dos profissionais deve ser estimulada por meio da valorização da autonomia das pessoas que convivem com as DC de forma efetiva, ou seja, “as regras impostas” precisam ser ressignificadas como escolhas autônomas para as vidas e realizadas dentro do contexto em que estes sujeitos vivem. Neste sentido, Orquídea deixa claro em seu relato que ela valoriza o autocuidado a seu modo, por meio de sua crença, fé e religiosidade.

Procuro fazer tudo certinho, para evitar o pior. Porque se eu não me cuidar de mim, porque não vai ser ela, nem ela, e nem você que vai cuidar de mim é eu que tenho que cuidar de mim que tenho que tomar as providencias comigo. Porque eu sei o que eu tenho. Então eu tenho que fazer as coisas certinhas dentro do que me cabe para eu poder ter minha vida tranquila.[...] É vou na missa, faço meu crochês e cuido da

comida. Sem comer você pode até viver um dia. Mas sem Deus não. Como eu falei para Antônio (esposo) um domingo sem ir na missa é uma semana sem Jesus.(Orquídea, 73 anos, feminino, portadora de hipertensão arterial, diabetes tipo II, insuficiência cardíaca congestiva e teve de câncer de útero)

3.3 A Intervenção Pedagógica

Foram convidados a participar dos encontros os 15 entrevistados na fase 02 da coleta de dados. No entanto, alguns usuários estenderam o convite a seus amigos e nesta fase participaram quatro usuários que não tinham sido entrevistados. Foi explicado a eles como seriam realizadas as atividades nos encontros e sobre a necessidade da assinatura do TCLE.

Nesta fase, foram realizados quatro encontros e, exceto o primeiro, que por problemas com o equipamento de filmagem, não foi filmado. A orientadora do estudo conduziu o primeiro encontro e os demais encontros foram conduzidos pela pesquisadora mestranda, juntamente com o auxílio de duas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Estes encontros foram realizados no mês de agosto/2014.

Os encontros seguiram a estrutura proposta pela metodologia moreniana (MORENO, 1989), na qual o desenvolvimento das ações dividiu-se em etapas de aquecimento, ação e partilha, conforme já descrito no capítulo da metodologia. Os encontros não tiveram duração definida, o tempo e o ritmo foram estabelecidos conforme o desenvolvimento das atividades pelo grupo.

3.3.1 Análise da Intervenção Pedagógica

3.3.1.1 Encontro 01

O encontro 01 foi realizado no dia 09 de agosto de 2014 e contou com a participação de seis usuários e um convidado, totalizando sete pessoas que convivem com DC, a saber: Lavanda, Orquídea, Jasmim, Lírio, Íris, Tulipa e Margarida, que foi convidada pela Agente Comunitária de Saúde (ACS) da Equipe ESF II.

Neste encontro foi realizado o contato inicial para o levantamento das expectativas dos participantes atividades desenvolvidas visavam conhecer o grupo e estimular o resgate da autoestima.

Na conversa inicial (aquecimento inespecífico), a coordenadora da atividade foi percebendo quem eram aquelas pessoas que chegavam para o encontro, como chegavam, o que falavam, como se mostravam diante de uma pessoa que não era conhecida, no caso, ela, a orientadora do estudo que estava ali para “auxiliar” sua orientanda a iniciar os trabalhos com o grupo. Nesta conversa inicial, foi possível perceber os mais falantes, os tímidos, os desconfiados, bem como a expectativa deles para esta “conversa” para a qual tinham sido convidados.

Para o aquecimento específico, foi proposto aos participantes que realizassem o desenho de suas mãos de forma livre. Foram distribuídos tinta guache, giz de cera e folha de papel A4 em branco. Cada um iria contornar sua mão no papel como forma de identificar-se ao grupo.

Após o término da atividade, foi solicitado que cada um mostrasse sua criação e dissesse uma palavra boa que representasse a pessoa que eram. As palavras que surgiram foram: Margarida-guerreira, Violeta-amiga, Orquídea-vencedora, Jasmim-feliz, Lírio-otimista, Íris-renovada e Tulipa-amiga fiel.

Essa atividade possibilitou aos participantes conhecerem-se no grupo por meio do resgate de um aspecto de sua identidade. Neste caso, representada pela marca das mãos, além de apresentarem-se de uma forma diferente da usual no início dos trabalhos em grupo.

Na segunda atividade proposta ao grupo, foi solicitado que eles escolhessem uma bexiga colorida, a enchessem de ar e amarrassem o bico, para então brincarem com ela. Primeiro sozinhos, depois em duplas, quartetos e, por fim, com o grupo todo e todas as bexigas juntas, sem deixar que caíssem no chão. Houve muita risada e movimentação para controlar as bexigas no ar. O grupo relaxou e mostrou-se disponível ao encontro.

Após a atividade com as bexigas, foi solicitado aos usuários que fizessem um rosto, usando pincel atômico na bexiga que encheram, tinham que escolher um personagem da mídia ou da infância que gostassem. Depois cada um iria apresentar-se “como se fosse” aquele personagem, assim como fez como exemplo a “diretora” da atividade. Durante a apresentação, a diretora/orientadora foi

conversando/interagindo com cada um, para que todos efetivamente assumissem-se “como o personagem” escolhido. Durante esta “assunção de papel”, a Orquídea já foi logo dizendo que pelas suas limitações físicas pela DC, não poderia se movimentar muito, pois se cansava facilmente.

Os personagens escolhidos foram: Margarida-Xuxa, Violeta-Emília do sítio do pica-pau amarelo, Orquídea-Chiquinha do Chaves, Jasmim-Chaves, Lírio-Seu Madruga, Tulipa-Smurfette do desenho dos Os Smurfs, Íris-Eliana a apresentadora de televisão. Esta apresentação ocorreu com os participantes sentados e com suas “bexigas sobre seus rostos”, como se estivessem falando por meio das “máscaras”.

Durante a “apresentação”, cada participante, do seu jeito, foi mostrando algo sobre si mesmo para o grupo e a “animação” foi tomando conta de todos, e se mostrava pelos sorrisos, pelas brincadeiras e pela disposição em estar ali. Segundo a teoria de Papéis de Moreno (1978), ao assumir um papel (role-taking), começa-se pela imitação, para depois passar para o jogar no papel (role-playing), no qual se explora simbolicamente as possibilidades para representá-lo até se chegar ao desempenho espontâneo e criativo deste papel (role-creating).

Na terceira atividade proposta (fase da “ação” propriamente), foi solicitado que cada um escolhesse um personagem do circo para que pudesse fazer uma “encenação”, ou seja, cada participante, após escolher seu personagem, iria encenar as ações que eram próprias do personagem escolhido. Aqui já não mais ficariam sentados como na atividade anterior, todos deveriam se movimentar para que uma grande apresentação circense ocorresse ao “nível da fantasia” (MORENO, 1989), tendo um “apresentador” para coordenar e apresentar as performances. Os personagens escolhidos foram: Tulipa-palhaço, Lírio e Violeta-trapezistas, Orquídea e Jasmim-bailarinas, Margarida-plateia e Íris-domador, sendo que a ACS foi a apresentadora do espetáculo.

Nesta atividade, ficou nítido que os participantes estavam mais à vontade e como se divertiam ao fazerem suas encenações, principalmente Orquídea, Jasmim, Lírio e Violeta. Já Margarida mostrou-se mais tímida. Orquídea até mesmo se esqueceu de suas limitações e dançava e rodopiava como uma criança, totalmente descontraída.

Após o término das encenações do circo, foi proposto aos participantes que escolhessem músicas que conheçam para dançarem e cantarem em roda e assim finalizarem o encontro.

Ao final do encontro, cada participante disse palavras sobre o que estavam sentindo e surgiram palavras como feliz e renovada, Lírio falou que antes de chegar ao encontro estava com dor de cabeça e que após se envolver com as atividades realizadas no encontro, sua dor de cabeça tinha passado. Este momento delineava-se como o momento da partilha das emoções e *insights* vividos no encontro.

Neste encontro, foi possível perceber que estas pessoas, apesar de portadoras de DC e das limitações que a doença lhes impôs, mostraram-se alegres, cheias de vida, abertas para as novidades que lhes foram sendo apresentadas. Isto nos indicou que era possível seguir com as “nossas intenções” de explorar atitudes de empoderamento visando o autocuidado.

Ao final do encontro foi servido, pela pesquisadora, um lanchinho com produtos adequados à dieta dos diabéticos e hipertensos. Alguns participantes ficaram admirados em saber que poderiam degustar os doces dietéticos sem preocupação.

3.3.1.2 Encontro 02

O encontro 02 foi realizado no dia 15 de agosto de 2014 e teve a participação de oito usuários e duas convidadas, totalizando dez pessoas. Os participantes foram Lírio, Lavanda, Tulipa, Orquídea, Violeta, Jasmim, Camélia e Dália e as convidadas Margarida, que retornou, e Primavera, que foi convidada por Orquídea.

Neste encontro, buscou-se trabalhar com o grupo a valorização do autocuidado e a necessidade do empoderamento para tal. Foi proposta a reflexão sobre a reorganização das rotinas por meio do resgate das ações realizadas no dia a dia.

A primeira atividade (fase de aquecimento) do grupo foi a partir da lembrança em relação às dobradiças que existem nas janelas, portas e portões e demais lugares de suas casas e que quando pouco utilizadas podem enferrujar. Em seguida, foi pedido que tentassem perceber se existiam dobradiças também em

seus corpos e se estas poderiam ou não estar enferrujadas. Foi proposto que eles experimentassem movimentar suas dobradiças como joelhos, cotovelos, ombros, punhos, pescoço, a cintura, os dedos das mãos e pés.

Após o término da atividade, os participantes falaram o que sentiram e que realizavam atividades semelhantes a essa para se movimentarem, e que esse tipo de atividade era importante de ser incorporada em suas rotinas.

Lírio, Orquídea e Jasmim disseram que costumavam se espreguiçar e se movimentar durante a manhã quando acordavam, ou antes de dormirem. Ao comentarem que as dobradiças poderiam estar enferrujadas, eles se sentiram desafiados a testarem seus limites e fizeram movimentos cada vez mais difíceis. Ao verem Lírio e Lavanda realizando movimentos mais desafiadores, os outros participantes aplaudiram e se divertiram.

Perguntou-se o que poderia ser feito quando as dobradiças estivessem enferrujadas. Orquídea logo disse *“temos que colocar um óleo para elas desenferrujarem”*. Perguntou-se qual seria o óleo para desenferrujar essas dobradiças. Orquídea falou: *“voltar a sempre fazer atividades, para poder movimentar o corpo”*. Todos participantes concordaram com ela.

Nesse momento, os participantes se lembraram das atividades de trabalho que costumavam fazer, muitos deles iam para lavoura e faziam várias atividades, como capinar, colher café, plantar mandioca e cortar cana. Relataram que nessa época se movimentavam muito e não tinham medo ou preguiça para realizar suas atividades e suas dobradiças eram boas, e que nos dias atuais muitas vezes não fazem mais atividades justamente por suas dobradiças estarem enferrujadas, o que os impede de realizar determinadas atividades.

Fizemos um pacto que todos os dias pelo menos 15 ou 30 min cada um deles iria reservar esse tempo para movimentar as dobradiças e que no próximo encontro cada um falaria se estava conseguindo realizar essa atividade em casa.

Margarida relatou que seria difícil para ela tirar esse tempo, pois sempre está com muitos afazeres de casa e que às vezes nem consegue assistir televisão, pois tem muitas responsabilidades em casa e com a família.

Lírio diz que cada um deve “tirar” esse tempo e *“sair do comodismo”*, para poder movimentar o corpo, pois em qualquer lugar pode-se parar um pouco e se movimentar mesmo que os outros vejam e fiquem rindo você fazer movimentos na

sua casa. Orquídea complementa a sua fala dizendo que se perguntarem o que está fazendo é para responder “*estou cuidando da saúde.*”

Esta atividade provocou uma “tomada de consciência” sobre seus corpos e, posteriormente, ela foi lembrada/resgatada nos demais encontros, dada a ressonância que gerou no grupo, que pode ser entendida como empoderamento.

Ao realizarem a atividade das dobradiças, foi estabelecido um novo processo educativo para inserção da atividade física em suas rotinas, isso gerou a descoberta entre eles de suas capacidades e habilidades que, mesmo limitadas em alguns casos, pode ser algo possível de fazerem.

Na segunda atividade, ainda na fase aquecimento, o grupo foi encorajado a andar na sala em todas as direções possíveis, cada um ao seu ritmo. Após caminharem por algum tempo, os participantes deveriam imaginar ter em suas mãos uma bexiga, que deveriam enchê-la de ar, amarrar seu bico e começar a brincar com ela, primeiro sozinhos e depois em duas duplas para brincarem com as bexigas imaginárias e seguir com o restante do grupo. No final, cada um estourou sua bexiga. Aqui, houve uma grande empolgação por parte do grupo, eles se comportaram tal qual crianças que estouravam balões como se estivessem numa festa infantil - detalhe os balões eram fictícios e todos os participantes aderiram a atividade imaginária e brincaram sem problemas de se sentirem “tolos”. A proposta de aquecimento foi explorar a imaginação ou a fantasia.

Em seguida, para a realização da terceira atividade (a ação propriamente dita), cada participante escolheu uma cartolina colorida. Pediu-se que cada um olhasse para sua cartolina, estudando-a, verificando o tamanho e que ali deveriam imaginar sua imagem projetada, pois iriam desenhar a si mesmos na cartolina ou fazendo um desenho de sua silhueta usando giz de cera colorido de sua escolha.

Foi dado um tempo para que todos realizassem o desenho e depois foi pedido que se quisessem poderiam preencher o desenho com recortes de revistas, ou ainda poderiam recortar figuras que representariam suas vidas, suas rotinas, o dia a dia de suas atividades.

Quando iniciaram a confecção de seus desenhos, muitos não sabiam por onde começar e foram trocando ideias uns com os outros, conversando e observando o desenho do outro, os que tinham mais facilidade em desenhar incentivavam o outro para fazer seu desenho, ou seja, partilharam com o outro sua

experiência. As participantes como Orquídea e Primavera fazem artesanato e sentiram-se à vontade durante a atividade, inclusive para ajudar os outros com dicas.

Cada participante, ao trabalhar seus desenhos, abaixava-se para pegar os papéis que ficavam no chão, ou que sobravam, zelando pela limpeza e organização da sala que estavam usando.

Ao terminarem seus desenhos, pediu-se que cada um falasse sobre como foi desenhar e o que o desenho representou para cada um deles.

Lírio foi o primeiro a falar sobre seu desenho. Disse que inspirou-se nele para o desenho que fez, na sua família e nas coisas que gostava de fazer. Ele desenhou e fez recortes de uma atriz comentando ser sua esposa e sobre as coisas que gostava, colocou figuras de reportagens e de pessoas conversando, pois gosta de jornal para saber as notícias e gosta muito de conversar com os amigos e conhecidos.



Figura 01. Desenho Lírio-Encontro 02.

Fonte: Resultados da pesquisa, (2014).

Lavanda, ao relatar seu desenho, deixou evidenciado que representava sua rotina, pois fez o desenho de uma flor que representava seu jardim, colocou figuras representando as coisas que gostava de fazer como cozinhar, fazer churrasco e tomar sorvete; para encerrar sua fala, falou da figura que representava seu namorado, o qual estava dizendo como tudo aquilo era lindo e bonito.

Margarida estava bem tímida ao falar do seu desenho. Disse que tinha desenhado ela e uma flor somente, pois, em sua casa, uma das rotinas que ela mais gostava de fazer era cuidar de suas flores e de sua casa e os recortes de revistas representavam as outras coisas que gostava, como as crianças por exemplo.

Tulipa fez seu desenho realçando suas características como seus óculos, suas sobrancelhas e a maneira que pintou os cabelos curtos. Fez a colagem de um jardim, pois relatou que um dia pretende ter um jardim bem bonito como aquele e também colou figuras de alimentos saudáveis, dizendo representar a dieta que têm que fazer, pois é diabética e não o faz, mas que um dia também irá conseguir seguir sua dieta corretamente.



Figura 02. Desenho Tulipa-Encontro 02.

Fonte: Resultados da pesquisa, (2014).

Por meio do seu desenho, foi possível perceber como a restrição de alguns alimentos em sua dieta é evidente em sua rotina e que, para ela, é algo significativo saber que precisa mudar seus hábitos e incorporar estes alimentos saudáveis em sua dieta alimentar, mas que também é algo difícil de realizar, sendo isso uma de suas metas, assim como ter um jardim bonito em sua casa.

Orquídea disse que seu desenho representava ela se lembrando de sua infância, da convivência com seu esposo e da sua filha que Deus levou, e o recorte do carro representava os passeios que ela faz, visto que ela não pode caminhar muito, mas de carro ela pode fazer os passeios dela com a família, sendo isto algo muito significativo em sua rotina.



Figura 03. Desenho Orquídea-Encontro 02.

Fonte: Resultados da pesquisa, (2014).

Primavera, uma das convidadas, é diabética do tipo II e mostrou em seu desenho que a restrição por alguns alimentos é algo que faz parte da sua rotina e sabe que tem que ficar se policiando para não comer coisas que não pode. Primavera disse que a mudança na rotina alimentar é algo bem difícil de seguir, pois o diabético não pode comer a maioria das coisas que são saborosas, como doces, bolos e refrigerantes. Ela falou das coisas que gosta de fazer como assistir televisão que, para ela, é uma distração, e que gosta muito de animais, tem muito amor por eles.

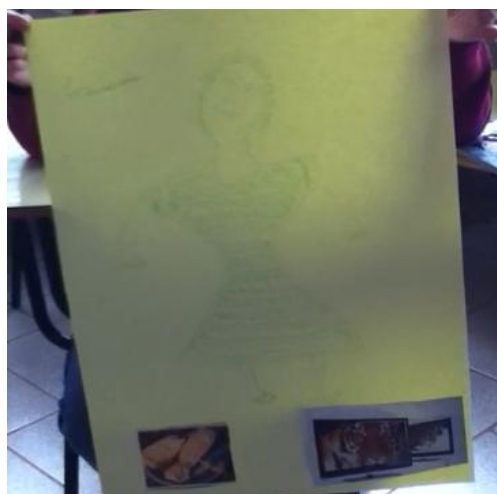


Figura 04. Desenho Primavera-Encontro 02.

Fonte: Resultados da pesquisa, (2014).

Violeta disse que seu desenho representava o Lula e a Dilma e o tempo de política que todos estão vivendo. Que eles ajudaram os aposentados a sempre terem um aumento nas aposentadorias. Disse também que havia desenhado umas crianças, pois gosta de crianças. Durante a apresentação dos colegas e a dela, Violeta sempre estava rindo e se divertindo muito ao ver os desenhos dos colegas.



Figura 05. Desenho Violeta-Encontro 02.

Fonte: Resultados da pesquisa, (2014).

Jasmim disse que seu desenho representava sua família: ela, os filhos e filhas. E que não sabia que era capaz de desenhar e de fazer aquelas coisas e que isso foi uma descoberta muito bacana para ela.

Isso leva a considerarmos que o empoderamento defendido por Freire foi realizado por Jasmim ao descobrir e desenvolver sua habilidade de desenhar.

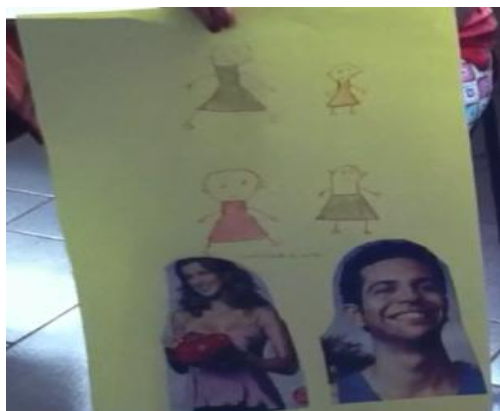


Figura 06. Desenho Jasmim-Encontro 02

Fonte: Resultados da pesquisa, (2014).

Dália ficou muito envergonhada ao falar do seu desenho, relatou que nunca havia desenhado na vida, pois nunca tinha ido à escola, e que seu desenho estava feio. Todos a incentivaram falando que seu desenho era bonito e que ela tinha feito um bom trabalho. O desenho de si mesma ficou marcado pela forma como tentou desenhar suas roupas e a maneira como desenhou o cabelo.



Figura 07. Desenho Dália-Encontro 02

Fonte: Resultados da pesquisa, (2014).

No caso de Dália, o apoio dos colegas para que ela se sentisse confiante consigo, foi muito importante e isto teoricamente pode ser corroborado nas ideias de Moreno e de Paulo Freire sobre partilha e aprendizagem em grupo.

Camélia disse que seu desenho representava ela lavando a roupa e o marido junto com ela em casa. E que desenhar para ela foi algo que a deixou muito feliz.

Após a fala de cada um, perguntou-se a eles se gostaram da atividade de desenhar e recortar e o que eles acharam da atividade. Nesse momento, buscou-se fazer com que a partilha dessas sensações fossem utilizadas como exemplo para valorizar o autocuidado, o empoderamento e as mudanças que eles podem fazer em suas rotinas, apesar de suas limitações. Como a rotina alterada pela DC, a mudança nos hábitos alimentares e o estilo de vida ou atividades físicas são mudanças necessárias e que precisam ser tomadas em suas rotinas, a valorização de si, bem como o autocuidado, são formas que eles têm de buscarem essa mudança.

Nesse momento, como profissional de saúde, pude perceber e reconhecer como existem várias possibilidades de mudanças na postura desses usuários, e que ao agir como facilitadora nesse diálogo entre eles percebi o quanto eles sabem sobre essas mudanças e como são realmente difíceis de serem realizadas por eles, ou seja, quais são as dificuldades de cada um para incorporarem tais mudanças e como o profissional, por meio da escuta sensível e do diálogo, pude ajudá-los neste processo sem ser impositiva, mas dialógica no meu trabalho.

Para encerrar, foi solicitado que cada um falasse o que aprendeu neste dia com as atividades propostas (fase da partilha de emoções e as vivências experimentadas no encontro).

Lírio disse que a cada atividade realizada neste dia fez com ele abrisse mais a sua cabeça e fez com que ele aprendesse mais e exercitasse o pensamento dele para fazer novas coisas.

Lavanda disse que havia gostado do recorte do churrasco que colocou em seu cartaz e que ela ia fazer um igualzinho em sua casa. Todos riram muito nessa hora. Ela disse também que gostava muito de estar ali com as pessoas no grupo.

Margarida, mesmo tímida, disse que gostou muito de fazer os desenhos e que também adora churrasco. Todos riram muito mais uma vez.

Tulipa disse que gostou muito do encontro, principalmente da parte de mexer as dobradiças do seu corpo e que vai tentar incorporar essa atividade em sua rotina. Nesse momento, Orquídea a incentivou a fazer a atividade dizendo que após um período realizando-a, iria notar as mudanças boas que a mesma poderá trazer em sua vida.

Orquídea disse que se sentiu uma criança, fazendo os desenhos igual a uma criança na escola e disse que *“quando vemos e fazemos coisas diferentes com outras pessoas nos animamos mais e nossa cabeça abre mais para as coisas”* e que no próximo encontro ela estaria presente.

Primavera disse que gostou de todas as atividades. Que gosta muito de se movimentar e que irá voltar com certeza para o próximo encontro.

Violeta disse que não havia pensado como a forma de se movimentar como dobradiças fez ela fazer ginástica, pois ela só tinha feito ginásticas algumas vezes quando frequentava o grupo da terceira idade e que isso foi uma coisa muito boa, aprender a fazer essa ginástica, assim como desenhar foi algo muito bom para ela.

Violeta demonstrou que incorporou um novo saber, saber este que poderá levá-la a transformar sua rotina e que este será importante para o desenvolvimento de sua autonomia para o autocuidado.

Jasmim relatou que se sentiu muito bem fazendo os desenhos, que foi algo bom e que quando chegou para o encontro estava com um desconforto no pescoço e ao começar a fazer a atividade das dobradiças, o desconforto sumiu, não estava sentindo mais nada, foi muito bom poder se movimentar daquele jeito.

Dália disse que ficou muito feliz ao desenhar e iria procurar vir sempre nos encontros, pois ela tinha se sentido muito bem em estar com as pessoas no grupo. Quando chegou ao encontro estava com dor no ombro e que a dor também havia passado quando mexeu suas dobradiças.

Camélia disse que foi difícil desenhar, pois nunca tinha ido à escola e não havia aprendido a desenhar, mas que ficou muito feliz em ter feito o desenho. Quando mexeu com suas dobradiças as dores em suas pernas também passaram. Mais uma vez ficou evidenciada a ressignificação do processo de empoderamento em Camélia. Houve a confraternização final com produtos direcionados as suas dietas, buscou-se trazer produtos diferentes do último encontro, para que percebessem que novos alimentos podem ser incorporados em sua alimentação, sem prejudicar sua saúde.

Durante a realização deste encontro, ficou evidente como cada um dos participantes estava aberto às mudanças que eles próprios nunca tinham imaginado realizar ou fazer e, ao serem provocados, no sentido de “empoderamento”, conseguiram enxergar mudanças de uma forma mais fácil.

Ficou claro também que eles possuem noções de autocuidado e sabem que isto é algo importante em suas atividades no dia a dia, mas que, por vezes, a forma como foram apresentadas por outros ou reproduzidas, não os estimularam a essa prática. Por isto, ao propor as atividades por meio de metodologias ativas, proporcionou a esses sujeitos reconhecerem suas reais necessidades, assim como provocou mudança no pensamento da pesquisadora, onde, sem sombra de dúvida, ficou explícita a necessidade de se estabelecer a escuta sensível, para se ouvir além das queixas desses usuários, e que isto foi fundamental para a troca mútua entre pesquisadora e sujeitos do grupo (profissional de saúde e usuários).

3.3.1.3 Encontro 03

O encontro 03 foi realizado em no dia 21 de agosto de 2014, participaram cinco usuários e duas convidadas, totalizando sete pessoas que convivem com DC, a saber: Lírio, Jasmim, Tulipa, Orquídea e Violeta, e retornaram as convidadas Primavera e Begônia.

Neste encontro, buscou-se trabalhar a conscientização das possíveis complicações decorrentes da ausência do autocuidado, bem como resgatar as noções de doença e saúde que os participantes tinham.

Para o aquecimento foi solicitado que cada participante escolhesse uma folha de papel de seda colorida, em seguida eles foram orientados a dobrarem a folha ao meio e a dividirem, formando duas partes. Uma das partes poderia ser amassada da forma como desejassem e a outra deveria ser cuidada até o final do encontro. A folha não poderia se ferir, ficar amassada ou esquecida.

Na segunda atividade pediu-se que cada um falasse uma emoção ou sentimento que não era agradável sobre sua doença. Os sentimentos e emoções que relatados foram: Tulipa, Begônia e Orquídea – angústia, Lírio disse solidão, Primavera medo e Violeta disse medo da morte.

Ao falarem destes sentimentos, todos lembraram quando ficaram hospitalizados pelas complicações que tiveram com relação as suas DC.

Posteriormente, foi solicitado que formassem duplas e deveriam imaginar que o corpo do outro fosse uma massa de modelar, um molde a ser esculpido e que cada um iria moldar/esculpir no corpo do outro, usando as mãos, os sentimentos que haviam relatado anteriormente. Depois, faziam o inverso, quem foi esculpido iria esculpir no outro a emoção/sentimento que pensou.

Após cada dupla realizar a atividade, foi solicitado que quem havia sido esculpido primeiro falasse o que havia percebido em seu corpo ao ser esculpido.

Eles relataram que sentiram as expressões moldadas pelo outro; foi interessante perceber que enquanto falavam, evidenciavam em suas expressões faciais os sentimentos que tinham percebido. Disseram ainda que se colocaram no lugar do outro e sentiram o que o outro quis expressar. Tulipa relatou que ao moldar Orquídea sentiu angústia por estar longe de casa, longe das pessoas que amava, da família.

Violeta relatou que ao ser esculpida por Primavera, foi se recordando do medo da morte que sentiu quando esteve hospitalizada pelas complicações por problemas cardíacos. Esta atividade emocionou a todos.

Nossa intenção em resgatar estas emoções teve um caráter pedagógico que visava à compreensão dos processos de dor e de adoecimento em “campo relaxado”, ou seja, por meio da criação das “esculturas”, o sentimento esculpido no outro era exteriorizado, o que permitiu que tomassem contato com essas emoções de forma “protegida” e que pudessem relacioná-las às suas vivências sem, com isto, criar um clima de tensão, embora emocionados. Silva Junior (2004) denomina este processo de “aprendizagem emocionalizada”, ou seja, aprendizagem a partir da emoção em campo relaxado, tipicamente para propiciar uma aprendizagem significativa sobre suas próprias emoções em espaço pedagógico sem, com isto, “terapeutizar” os sujeitos participantes.

Conforme o referencial teórico sobre educação em saúde dialógica, utilizar a realidade dos sujeitos para que de forma crítica e reflexiva possa transformar suas realidades, e que de forma aberta possam adquirir consciência em relação à prevenção das complicações, estabelecendo, portanto, uma relação de aprendizagem a partir de suas realidades/situações vivenciadas.

Na terceira atividade foi solicitado a eles que escolhessem uma cartolina e que fizessem uma linha divisória ao meio com o giz de cera, em uma das metades da cartolina, usando tecido de tnt colorido, cola, giz de cera e tesoura, iram fazer uma colagem que expressasse o sentimento ruim sobre a doença que haviam relatado e na outra metade fariam uma colagem de um sentimento bom, que poderia ser ou não o oposto do sentimento anterior.

Foi dado um tempo para que os participantes construíssem suas colagens e depois foi solicitado que cada um falasse o que havia confeccionado.

Ao relatar sobre seu desenho, Lírio disse que o coração de tnt azul que tinha feito representava sua doença, ou seja, sentimento ruim, e o sentimento bom era a estrela e representava a nova vida que havia voltado a brilhar pela melhora e alta hospitalar. Ele complementou que também tinha tentado fazer uma mesa, a qual representava sua família onde todos sempre estavam juntos.

Jasmim disse que os vários retalhos vermelhos espalhados na cartolina eram os seus sentimentos ruins, principalmente quando ficou internada pela sua DC

e que os retalhos verdes representavam o sentimento de felicidade quando soube que iria receber alta.

Begônia fez o desenho de uma flor e de um beija-flor e disse que representavam o sentimento bom que era a sua vida e as coisas alegres que fazia. E com tnt preto representou os sentimentos ruins como a angústia, o medo e a aflição.

Orquídea usou o tnt preto com vários recortes e disse representar seus sentimentos ruins como a angústia e o sofrimento e que os retalhos de tnt verde representavam seus sentimentos de esperança e fé na vida.

Tulipa desenhou um coração de giz de cera e dentro do coração colocou um retalho de cor azul, dizendo que o coração estava comprimido e angustiado e que isso representava seu sentimento ruim. O sentimento bom foi representado pelo laço grande de cor azul, dizendo que era a surpresa, um presente.

Primavera fez quatro recortes de coração com tnt vermelho, os quais representavam sua angústia e o recorte de cor verde dobrado representava seu sentimento de esperança.

Violeta fez corações vermelhos entre vários retalhos vermelhos, o qual representou o seu medo de morrer, portanto, o seu sentimento ruim e para o sentimento bom fez vários recortes de cor verde que disse representar tudo que acontecia de bom em sua vida.

Após o relato de cada um, inicia-se uma conversa na qual todos compartilharam sua opinião sobre o que a DC trouxe para sua vida. Utilizando suas falas como exemplos, compartilhou-se sobre as complicações que as DC podiam trazer para suas vidas, sobre o novo sentido que a doença trouxe para suas rotinas e dia a dia, e de como as expressões dos sentimentos ruins poderão ter seu lado bom quando eles passavam a se cuidar e a evitar as complicações por meio de atitudes de autocuidado.

Ao término da partilha, foi solicitado que pegassem suas folhas coloridas de papel de seda, a que amassaram e a que cuidaram. Foi solicitado que olhassem para elas e vissem como elas estavam, e que tentassem desamassar e alisar a folha que amassaram anteriormente e ver se ela poderia voltar ao normal. Cada um relatou o seu sentimento sobre a folha amassada.

Orquídea comparou a folha amassada com vida, com seus altos e baixos e todos concordaram com sua opinião. Outros sentimentos foram expressos, como de Tulipa, que disse “*nada volta a ser como antes*” e mesmo estando toda amassada, a folha estava bonita. Suas falas foram usadas para comparar a vida e as rotinas após o diagnóstico da DC, as mudanças ruins ocorridas e as mudanças boas que surgiam das situações ruins. Podemos dizer diante dos relatos de Orquídea que esta recriou e atribuiu um novo significado aos acontecimentos ocorridos em sua vida, e esta mudança foi importante para que sua visão de mundo fosse transformada em algo significativo, ou seja, ela ressignificou esse conceito em sua vida.

Em seguida, foi questionado como foi cuidar da folha, como ela estava e se eles se lembraram de cuidá-la durante as atividades do encontro.

Tulipa, Jasmim, Orquídea e Lírio disseram que se esqueceram da outra folha por alguns momentos, já Begônia disse que lembrava e dava sempre uma olhadinha nela para ver se estava tudo bem, já Violeta e Primavera disseram que ficaram preocupadas e sempre olhavam para a folha para ver se ela estava bem.

A partir de suas falas e relatos, resgatou-se a importância do autocuidado e que muitas vezes não só são lembrados ou pensados quando sente se alguma coisa ruim no corpo ou quando aparecem as complicações e que poderiam refletir que as ações de autocuidado podem ser comparadas aos cuidados que tiveram com a folha, ou seja, que o autocuidado é algo que precisa ser lembrado, não a todo hora e momento, mas que é preciso que se tenha um olhar atento.

Pela metáfora criada sobre a folha de papel, pode-se perceber como estes sujeitos foram capazes de se reinventar e ressignificar seus conceitos, demonstrando a capacidade de entendimento que podem chegar ou até mesmo superar quando se empoderaram e desenvolveram atitudes de autonomia, e também suas próprias decisões sobre o cuidado e a responsabilidade sobre sua saúde.

Lírio então relatou que só mudou seu estilo de vida pela doença que tem no coração (ICC e HAS) e que a vida realmente poderia ser comparada às folhas, pois cada coisa que passamos em nossa vida nos faz mudar e mesmo assim temos que tirar boas coisas daquilo que não é bom, pois até a folha amassada pode ser bonita e bela.

Durante a partilha dos sujeitos, foi possível perceber que para transformar os saberes existentes e despertar para o autocuidado é necessário diálogo e, a cada

partilha nos encontros isso ficou mais evidente. E que a promoção de diálogos só é conseguida quando se realizam atividades numa perspectiva de educação emancipatória, uma vez que a emancipação exige responsabilidade sobre si e sobre sua saúde. Quando eles lembraram sobre suas hospitalizações, rotinas e hábitos, ficou estabelecido um conhecimento já produzido por eles, e que por meio das atividades pode ser ressignificado para um conhecimento crítico, um conhecimento de tomada de consciência sobre suas vidas, a adotar ações promotoras de mais qualidade de vida para estes sujeitos que convivem com DC, empoderem-se.

Ainda neste encontro, a atividade das “dobradiças” foi lembrada e foi perguntado se eles estavam lembrando dessa atividade em casa no seu dia a dia. Muitos relataram que sim e outros que ainda não.

Então, todos foram convidados a realizarem a atividade de mexer suas dobradiças. Durante a atividade, cada uma foi incentivando o outro que ainda não tinha incorporado isto em sua rotina e foram mostrando as novas dobradiças que descobriram, assim como os novos movimentos que descobriram que podiam fazer.

Durante a partilha, os participantes demonstraram os conceitos sobre o autocuidado que estavam internalizando. Também ficaram evidenciadas a atitude e a tomada de consciência dos participantes a partir da ação de um incentivar o outro a mexer suas dobradiças, portanto, deixaram de ser meros reprodutores de conteúdo e passaram a ser sujeitos implicados com suas aprendizagens.

Para encerrar o encontro, foi solicitado que cada um dissesse o que tinha aprendido e o que cada um levaria para casa como aprendizagem deste dia.

Tulipa: *“saio do encontro com seu coração aliviado”*.

Lírio: *“as mudanças que fiz foram importantes, aprendi ainda mais coisas, minha alimentação tem sempre que ser pouco para me sentir bem, devido minha a idade e que aumentou mais ainda a minha alegria de tentar viver bem, fazendo caminhada e cuidando da minha alimentação”*.

Violeta: *“aprendei muito e que gostei de fazer desenhos com o tnt”*.

Jasmim: *“fico sempre muito feliz quando venho nos encontros, me sinto sempre muito bem, me divirto e distraio a cabeça”*.

Primavera: *“aprendo muito e que me sinto feliz”*.

Begônia: *“estou com o coração aliviado, foi uma experiência muito boa ter feito desenhos e colagens com tnt, foi um desafio difícil e que eu gosto de vir aos encontros”*.

Orquídea: *“cada vez que venho aos encontros tenho a oportunidade de aprender mais, principalmente coisas diferentes eu não sabia”*.

Durante este encontro, foi possível observar que a partilha dos sentimentos e das emoções, vivenciados foi algo muito importante para eles e que as situações muitas vezes são as mesmas dos outros, mas que ao ouvirem o outro, identificaram-se e quando o outro dizia ter superado a situação se sentiam mais fortes e se inspiravam no exemplo para tentarem realizar suas próprias mudanças, ou seja, aprender com o outro, aprendendo junto é sempre melhor e mais eficaz.

Encerramos o encontro com produtos diet e lanchinhos saudáveis, que eles degustaram e apreciaram com satisfação.

3.3.1.4 Encontro 04

O encontro 04 foi realizado no dia 28 de agosto de 2014, participaram quatro usuários e três convidadas, totalizando sete pessoas que convivem com DC, a saber: Jasmim, Orquídea, Violeta e Tulipa; retornaram as convidadas Margarida e Begônia, e Palma que foi convidada por Jasmim.

Este encontro teve por finalidade encerrar os temas identificados nas análises das entrevistas. Trabalhou-se com a última temática que buscou a tomada de consciência por cada participante a respeito do autocuidado, objetivando promover a autonomia e o empoderamento e nas suas atividades e rotinas.

Na atividade de aquecimento, foi solicitado aos participantes que imaginassem a sala como um palco de teatro e que deveriam escolher o lugar onde ficaria a plateia e onde seria o fundo do palco. Pediu-se que escolhessem entre eles um animador, e que este receberia as instruções a serem repassadas aos “atores e atrizes do teatro”.

Tulipa foi a animadora escolhida, então, pedi que fechasse a cortina do palco (cortina imaginária), pois a plateia (imaginária) não poderia “ver” a preparação dos artistas antes do espetáculo que seria estrelado pelos participantes.

Em seguida, expliquei ao animador que solicitasse aos artistas que ao abrir a cortina cada um deles, na sua vez, após a apresentação do animador, deveria ter um modo de interagir e de brincar com a plateia/público (imaginário), sem usar as palavras, somente por meio de gestos, expressões, dançando, acenando ou fazendo um agradecimento sem utilizar a voz. As expressões e gestos usados por eles foram vários, como: acenar com as mãos, dançar, fazer reverência, entre outros. Após a apresentação, o animador fechou a cortina e pediu para que a plateia/público imaginário aguardasse o próximo ato do espetáculo.

No segundo ato realizado pelos artistas, o animador informou que, ao subirem ao palco, poderiam interagir com o público por meio de uma poesia ou verso recitado, dançar, cantar, contar uma piada, usando a expressão de sua escolha. No final, a “apresentadora do espetáculo” também fez sua apresentação. Durante essa apresentação, eles cantaram e dançaram, rezaram e recitaram versinhos.

Após o término das apresentações, foi solicitado que voltassem aos seus lugares, agora já fora dos papéis que representaram no espetáculo e que comentassem sobre a sensação experimentada de se apresentarem ao público, mesmo que este tenha sido imaginário, eles foram filmados em suas performances. O objetivo foi levantar quais emoções sentiram, quais receios experimentaram durante a realização da atividade.

Utilizando as falas e os relatos dos participantes, buscou-se estabelecer uma relação entre os sentimentos e emoções vividos no palco e as dificuldades enfrentadas por eles no dia a dia, assim como as surpresas, bem como pensar sobre como agem e reagem diante dos desafios que a rotina com a DC impõe a vida deles.

Ao fazerem essa autorreflexão, os participantes demonstraram a capacidade de avaliar suas próprias ideias e retomar seus pensamentos, ou seja, “pensar o já pensado”, ideias antigas foram repensadas e o que já se conhecia foi colocado em questão, e isto influenciou a adoção de novas atitudes diante do assunto abordado.

Durante a partilha, os participantes relataram que os sentimentos vividos por eles no decorrer das apresentações foram diversos. Alguns se sentiram importantes, soltos e leves, outros tiveram vergonha, mas que apesar de acharem difícil, foi algo

divertido, outros ainda relataram que a dificuldade de cantar ou falar um verso em público tinha sido um grande desafio.

Durante a apresentação, Begônia teve receio de se expressar e Tulipa, a animadora a deixou por último para ela relaxar, no entanto, mesmo se sentindo acanhada e envergonhada, ela escolheu cantar uma música.

Ao realizarem essa atividade, os participantes se envolveram no processo de aprendizagem, assim como o pesquisador que teve a oportunidade de ver o quanto os participantes eram capazes de ser criativos e abertos a novos caminhos, bastava que fossem estimulados a tal. A criatividade na ação transformadora de Moreno significa a descoberta de novos modos de pensar e agir em suas vidas para fora do palco.

Na segunda atividade do encontro, foi solicitado que formassem duplas. Cada uma das duplas, em sua vez, ficaria de olhos bem fechados e o outro companheiro iria guiá-lo na sala em uma viagem imaginária. O companheiro que ficou como guia iria conduzir o outro. Após realizarem o caminho proposto pelo guia, trocariam de lugar com o outro para que, então, este fosse guiado, invertendo os papéis e experimentando viver a experiência de confiar no outro, bem como experimentando vivenciar a expectativa de fazer um percurso desconhecido de olhos fechados.

Durante o transcorrer da atividade, foram observadas as várias reações de cada um, quem era o guia e quem estava sendo guiado, as expressões em seu semblante de confiança, medo ou insegurança, de diversão e surpresa.

Begônia, mesmo sendo conduzida por Margarida, ficou com um de seus braços no ar, com medo de esbarrar nas coisas, e andou sempre bem devagar. Palma, ao ser conduzida por Jasmim, levantava as mãos, tateando o ar.

Após terminarem a atividade, partilhamos sobre como foi ser guiado e ser guia e quais emoções sentiram.

Ao relatarem a experiência, alguns comentaram que tiveram um pouco de medo, mas como sabiam que o outro estava “cuidando”, se deixaram conduzir, inclusive até mesmo para fora da sala onde estavam, demonstrando que confiavam no cuidado do outro.

A expressão “cuidando”, só foi percebida pelo pesquisador pela oportunidade de escutar e falar, que possibilitou que o momento da partilha fosse

um espaço de fala e de escuta aos participantes. No momento que os participantes reconheciam a palavra cuidado, um novo conceito foi ressignificado a partir de novas práticas, como, por exemplo, no caso da atividade das dobradiças.

Explicou-se aos participantes que este seria o penúltimo encontro, o último só viria a ocorrer no começo do mês de outubro. Pediu-se, portanto, aos participantes que falassem sobre os encontros que tivemos o que haviam aprendido, o que gostaram ou não gostaram e como foi participar.

Margarida foi a primeira a falar e disse que gostou muito dos encontros, e que mesmo não sabendo fazer as atividades direito, como desenhar ou cantar, se divertiu muito e que mudou sua rotina ao participar dos encontros, pois tinha um lugar bacana para ir, conversar e se distrair.

Orquídea disse que foi uma experiência muito boa para levar para sua vida e que havia gostado muito dos encontros.

Violeta disse que foi muito bom desde o primeiro encontro que veio e que se divertiu muito durante os encontros.

Tulipa disse que as coisas que falamos nos encontros são coisas que ela já sabia como fazer, atividade física e cuidar da alimentação, por exemplo, e que são coisas que ela está tentando fazer direito agora, e que os encontros ajudaram muito e que ela vai procurar fazer as coisas corretamente daqui para frente.

Begônia disse que gostou de falar dos seus sentimentos ruins e bons no encontro passado e que achou importante poder expressá-los, e que quando saiu do encontro, estava mais aliviada, e que agradecia a Violeta por tê-la convidado a participar.

Jasmim disse que gostou das coisas que falaram e compartilharam, que é melhor vir para os encontros do que ficar em casa assistindo televisão ou pensando na vida. E que nos encontros ela andava, movimentava-se e fazia coisas novas.

Palma disse que foi bom ter ido ao encontro, que se não tivesse ido teria ficado em casa assistindo televisão e que gosta muito de sair e de estar com outras pessoas e que era muito bom fazer atividades assim.

Ao final dos relatos dos participantes, foi solicitado à agente comunitária de saúde (ACS) que também se manifestasse sobre o que ela achou da experiência de realizar atividades nesse formato de grupo com pessoas que convivem com a DC,

uma vez que se tratou de uma experiência nova não só para os usuários, mas também para os membros da equipe de ESF.

A ACS disse que foi uma forma muito boa de acompanhar os doentes crônicos, de estar com eles e de trabalhar coisas novas e diferentes. Que deveríamos incorporar atividades como essas em nossa rotina na equipe de ESF.

Para finalizar o encontro, agradei aos usuários pela participação e disponibilidade na pesquisa, e que quando estivesse próximo do encontro final, iria à casa de cada um fazer o convite pessoalmente, solicitei ainda que tentassem resumir em uma ou duas palavras como foi participar do grupo.

Tulipa disse que aprendeu muito. Violeta que gostou muito. Orquídea disse ter sido muito gratificante e legal. Margarida disse que adorou e muito legal. Begônia disse que foi muito gratificante ter participado dos dois encontros. Jasmim disse que gostou muito e torce para ter outros sempre e Palma disse que foi bom ter vindo e que gostou. Em seguida, realizamos a nossa confraternização com os lanches saudáveis e produtos diets e lights.

3.4 Encontro final após um mês e 12 dias das Intervenções Pedagógicas

O encontro foi realizado no dia 10 de outubro de 2014, participaram cinco usuários: Orquídea, Violeta, Margarida, Begônia e Palma. O objetivo deste encontro foi avaliar as competências de autocuidado incorporadas pelos usuários.

Na atividade de aquecimento, os participantes foram convidados a ouvirem uma música prestando atenção na letra (Cabeça, Ombro, Joelho e Pé-Xuxa). Após ouvirem a música a primeira vez, perguntei a eles se sabiam quem cantavam a música e o que a música os lembrava. Margarida logo reconheceu que era uma música da Xuxa e Orquídea relatou que a música lembrava sua infância, já Violeta relatou que a música fala de fazer ginástica, de mexer as “molas”, ou seja, mexer suas dobradiças. Ao ouvirem a música pela segunda vez, dançaram e fizeram os movimentos propostos na letra da música.

Após dançarem, os participantes foram convidados a assistirem um vídeo. O vídeo era de uma senhora de 98 anos que todos os dias praticava atividade física em sua casa, mesmo tendo limitações para fazer alguns movimentos a idosa

utilizava os recursos do quintal de sua casa, como o pilar da varanda para se apoiar e fazer os exercícios físicos.

Ao realizarem a atividade de aquecimento, Orquídea, Violeta e Begônia relataram que todos os dias mexiam suas dobradiças, Margarida e Palma disseram que haviam esquecido, mas Margarida relatou que estava tentando fazer caminhadas com o esposo e Palma que estava participando às quartas-feiras das atividades com o grupo da terceira idade e lá sempre faziam exercícios físicos.

Pode-se perceber que houve mudança na rotina dos usuários e que estes reconheceram a importância e os benefícios da atividade física em seu dia a dia. Essa tomada de consciência ficou mais evidente ao assistirem ao vídeo. Begônia relatou que fazia exercícios parecidos, repetindo-os até 15 vezes e que utilizava o cabo de vassoura como apoio e percebeu que a idosa utilizava o pilar da varanda como apoio.

Margarida comentou com Orquídea que são coisas simples que podem ser feitas. Orquídea então disse: “se fizermos todos os dias vamos pegando o costume”. Margarida ficou admirada ao ver a idosa fazer exercícios com o braço repetidas vezes. Nesse momento, Orquídea e Begônia relataram que este seria um exercício novo para incluírem aos que já faziam, pois era fácil e o acharam interessante. Orquídea, ao terminar o vídeo, disse “temos que tomar vergonha e fazer sempre, pois isso é um benefício para nós! Porque o nosso corpo vai ficar mais disposto”, os demais participantes concordaram com seu comentário.

Margarida relatou que quando vai às quartas-feiras no grupo da terceira idade faz os exercícios lá, mas que somente as quartas, assim como Palma. Orquídea relatou que isso pode ser feito todos os dias, que eles estavam aprendendo coisa novas lá às quartas e nos encontros, e que lhes cabe reservarem um tempinho e colocar em prática os exercícios na rotina para serem feitos todos os dias. Ela ainda relatou que na televisão tem programas que ensinam a fazer esses exercícios e que tenta incentivar seu esposo a fazer.

Eles foram incentivados a continuarem a frequentar o grupo da terceira idade às quartas-feiras, visto que a interdisciplinaridade é de suma importância para o desenvolvimento da PS.

Antes de iniciar a terceira atividade, eles relataram o que tinham feito e o que tinha acontecido em suas rotinas ao longo do mês. Orquídea relatou que foi a

Curitiba no médico, e que ele havia tirado três remédios do seu tratamento e que ela estava muito contente, pois o médico disse que seu coração estava ótimo.

Violeta disse que tinha ido com o grupo da terceira idade num passeio em Maringá, que foram ao shopping, mas que pela chuva não foram no parque, Begônia e Palma também comentaram que tinham ido ao passeio.

Margarida disse que não foi, pois estava cuidando do esposo, que havia ficado hospitalizado cinco dias em Arapongas e que tinha realizado cateterismo. E que gosta de ir aos passeios com o pessoal da terceira idade.

Begônia disse que passou um susto com a irmã, pois ela teve que ser operada do coração às pressas, mas que agora estava tudo bem.

Para a terceira atividade do encontro foi pedido que formassem duplas para encenar uma entrevista, igual às entrevistas dos telejornais que eles assistiam. Durante a entrevista, um seria o jornalista e o outro o entrevistado e depois inverteriam os papéis. As perguntas deveriam estar relacionadas à rotina deles, se eles haviam incorporado novos hábitos, se a rotina havia mudado o que eles estavam realizando para se sentirem saudáveis e se eles se recordavam de ficarem atentos no dia a dia sobre autocuidar-se. Para completar as duplas, a ACS participou da atividade. A ACS fez par com Palma, Margarida com Begônia e Orquídea com Violeta.

No começo da atividade tiveram um pouco de acanhamento, mas como destacou Begônia: “entrevistar e perguntar é mais fácil que cantar”. Todos riram do seu comentário e se sentiram à vontade para fazer as perguntas a suas colegas.

Durante a realização desta atividade, o que ficou expresso nas entrevistas foi que todos participantes atribuíram aspectos saudáveis ao cuidarem de sua alimentação, ao procurem realizar atividades físicas e que essa mudança, esses novos hábitos se tornaram algo importante em suas vivências, ou seja, em suas rotinas no dia a dia.

Palma: *“Faço ginástica e cuido da alimentação”.*

Margarida: *“Eu faço de tudo um pouco, agora tô fazendo caminhada, como arroz, feijão uma carne e uma saladinha, adoro abobrinha e até jiló”.*

Violeta: *“Faço ginástica todo dia e faço caminhada também”.*

Esses relatos demonstram que estes usuários reconhecem a importância do autocuidado em suas rotinas e que passaram a ser atores participativos neste

processo, sem que isso lhes fosse imposto. A mudança foi incorporada e adaptada por eles em suas rotinas da forma como acharam mais eficaz, e a partir dessa tomada de consciência é possível ressaltar que foi dado um passo importante para que eles reconhecessem os próprios determinantes de saúde e de doença em suas vidas.

Outro relato importante ouvido durante o encontro foi no momento em que alguns entrevistados perguntaram o que eles procuravam fazer para se divertir e distrair. Alguns relataram que as opções eram poucas na cidade, que iam à igreja e que a volta do grupo da terceira idade todas as quartas-feiras foi algo bom que aconteceu e que lá eles tinham um local de divertimento.

Este fato desvela a importância de maiores programas e políticas públicas que envolvam a PS. Embora esta seja uma das principais pautas nos planejamentos de saúde, pouco ainda se concretiza nesta área, visto que muitos gestores e profissionais de saúde caem na mesmice de discutir tais planejamentos sempre focados nos aspectos da doença e não nos aspectos dos diversos determinantes que envolvem a saúde e a doença, para que de fato ofereçam um atendimento integral e contínuo a estes usuários.

Na quarta atividade do encontro, pediu-se aos participantes que fizessem um desenho ou uma colagem na cartolina com giz de cera, tint e revistas sobre suas rotinas, seu dia a dia e o que eles fizeram durante o período que ficaram sem os encontros.

Todos preferiram fazer colagem e depois fizeram desenhos de flores com giz de cera. Ao término da atividade com as colagens, ficou ainda mais evidente que a mudança em seus hábitos alimentares foi algo significativo em suas rotinas, assim como a prática rotineira de atividades físicas. Cada um falou sobre o que fez.

Begônia relatou que o prato de comida na cartolina significava tudo que precisava para ter uma boa alimentação, como arroz, feijão, salada e a carne, e também o peixe, pois ela adora comer peixe e é um alimento que faz bem a saúde, assim como as frutas. A figura da mulher com uma máquina de costura representou uma atividade que ela gosta de fazer e que se distrai quando está costurando ou consertando uma peça de roupa. Disse que tinha colocado a figura de um médico porque era importante sempre ir ao médico quando se sentia mal. As demais figuras

representavam a caminhada e atividade física. Ao colocar a figura de um personagem jogando tênis com uma panela, riu muito, pois achou engraçado.



Figura 08. Colagem Begônia-Encontro Final.

Fonte: Resultados da pesquisa, (2014).

Palma explicou que os pratos que havia colocado continham tudo o que precisava para se alimentar, como os legumes, peixe, batata, arroz e feijão. Que tem que comer frutas por isso colocou um carrinho cheio de frutas. Colocou doces, bolos e alguns salgadinhos, pois gosta de comer. No entanto, depois se justificou dizendo: *“eu como, mas depois vou fazer minha ginastica”*.



Figura 09. Colagem Palma-Encontro Final.

Fonte: Resultados da pesquisa, (2014).

Margarida iniciou sua explicação falando de sua família e seus filhos que sempre estão em casa e do esposo, depois relatou sobre o prato que também tinha coisas gostosas e saudáveis, como arroz, tomate, batatinha, alface e a carne. E que a figura das crianças na praia representava os netos que irão passear na praia no final do ano e que tinha desenhado umas flores de giz de cera, pois gosta muito de flores.

Orquídea disse que a figura da mulher pensativa era ela pensando na vida e que as outras figuras de pessoas, uma delas representavam ela quando era nova com seu filho que Deus levou e a outra de sua família. Colocou uma figura com várias plantas e relatou que era sua horta que tinha há quatro anos e que hoje não tinha mais. Ela também colocou uma figura de um prato representando sua alimentação e os temperos que usa para preparar os alimentos como legumes e verduras. A figura do bolo era porque o esposo nos últimos dias estava comendo bolo de polvilho e que todos os dias ela preparava para ele. A última figura representava para ela o tempo, a vinda do Natal, com bolos, pães e massas.



Figura 10. Colagem Orquídea-Encontro Final.

Fonte: Resultados da pesquisa, (2014).

Violeta relatou que seu desenho representava o convívio com sua família, com os filhos e os netos e fez várias margaridas de giz de cera.

Ao final das explicações, eles falaram como foi fazer as atividades, se tiveram dificuldades e se foi como das outras vezes.

Begônia relata que sua atuação na entrevista foi melhor do que o dia que teve que cantar encenando o teatro, que ela se sentia mais à vontade e achou bem fácil fazer a atividade. Palma concordou com a opinião de Begônia.

Margarida disse que gostou muito de desenhar, mas ainda acha que desenha mal suas flores.

Perguntou-se a eles se sentiram falta dos encontros, se eles aprenderam alguma coisa com as falas e relatos dos outros participantes e com as atividades realizadas, e o que eles esperavam que acontecesse daqui para frente.

Begônia relatou que se lembrava dos encontros e das atividades, principalmente a atividade de moldar o outro, oportunidade que ela falou dos seus sentimentos bons e ruins, pois ela pode falar e desenhar sobre os seus e os dos outros.

Todos falaram que se lembravam dos encontros, pois ali eles fizeram muitas coisas boas e que podiam conversar e falar uns com os outros.

Violeta perguntou por que os encontros iriam terminar. Explicou-se que se eles quiserem poderiam continuar com os encontros. Eles se propuseram a participar e convidar outras pessoas e ficaram felizes em saber que os encontros não iriam terminar.

Violenta ainda fala que nos encontros ela aprendeu a desenhar e a fazer ginástica, como ao se levantar cedo já *“espichar o corpo e os braços”*, pois ela tinha esquecido dessas coisas e durante os encontros ela se lembrou que podia fazer isso e que isso era algo bom.

Orquídea disse que *“fez minha rotina mudar”* e lembrar muitas coisas que ela fazia, mas não se lembrava mais e que essas “coisas” são importantes. Relatou que nos encontros aprendeu ouvindo os outros falarem, ela distraiu a cabeça se divertiu e fez coisas que nunca pensou em fazer.

Margarida disse que gostou muito de brincar de circo e que gostou de todos os encontros que foi. E das “palestras” que falávamos e como era muito esquecida era isso que se lembrava.

Begônia disse que as atividades dos encontros faziam a *“autoestima aumentar”*, e que isso era muito bom E que havia realizado coisas que jamais pensou em fazer como ser uma repórter na atividade de hoje. E que ela era passou a ser uma pessoa mais solta depois que frequentou os encontros, pois antes ela era

mais presa e envergonhada. E que essa mudança fez muito bem para ela. Palma disse que aprendeu coisas muito boas sobre alimentação.

Ao falarem das expectativas futuras, relataram que querem ter mais saúde, felicidade, amor e paz. Enquanto estou relatando sobre as coisas que falamos e das atividades que eles incorporam e suas rotinas, das mudanças ocorridas, Orquídea me interrompe dizendo *“que daqui para frente a gente se cuide né!”*. Dou risada e retorno a minha fala dizendo que o autocuidado não pode ser algo distante, imposto por outro ou difícil de realizar, uma vez que ele já faz parte da vida deles e uso o desenho de Palma e Begônia para demonstrar a mudança que alcançaram.

Ficou evidente que o empoderamento é fundamental para que o processo educativo se torne efetivamente uma descoberta das capacidades que os estimule às mudanças almejadas por eles e pela equipe de ESF em suas rotinas.

CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou promover o autocuidado como estratégia de empoderamento em pessoas que convivem com a DC por meio de metodologias ativas de aprendizagem. Ele não teve a intenção de mostrar-se absoluto no que diz respeito aos métodos utilizados para se trabalhar o desenvolvimento do autocuidado em pessoas que convivem com DC. No entanto, acreditamos que o mesmo pode demonstrar que as ações educativas desenvolvidas repercutiram nas atitudes dos participantes à medida que os mesmos reconheceram e incorporaram o autocuidado em suas rotinas.

Após análise e discussão dos resultados, é possível afirmar que as pessoas que convivem com DC implicadas nesse estudo possuem conhecimento acerca de suas condições de saúde e adoecimento e reconhecem a importância de incorporarem o autocuidado.

Tais resultados demonstraram que os sujeitos estavam abertos a aprendizagem e que as ações em saúde se tornaram mais eficazes quando o profissional de saúde parou e ouviu suas histórias de vida, entendeu suas rotinas e suas queixas e, a partir daí, utilizou esses conhecimentos e vivências para ajudá-los a construir o cuidado em saúde em suas vidas.

Dessa maneira, a intervenção pedagógica destacou-se a partir das temáticas elencadas por meio das narrativas dos sujeitos, propiciou um espaço para que tanto profissional de saúde (pesquisadora) quanto usuários pudessem construir conceitos e trabalharem de forma horizontal as mudanças de atitudes, a tomada de decisão para incorporem o autocuidado, por meio da partilha de ideias e emoções.

As metodologias ativas propostas durante as atividades realizadas na intervenção pedagógica, baseadas no referencial de Freire, Barbier e Moreno, possibilitaram aos sujeitos implicados no estudo, a descoberta de novas capacidades, possibilitando que criassem e recriassem conceitos, habilidades e competências de autocuidado numa perspectiva autônoma e emancipatória sobre seus determinantes de saúde e doença.

Durante o desenvolvimento da intervenção pedagógica, essa pesquisadora reconheceu a dificuldade em trabalhar com tais metodologias, porque como outros profissionais da saúde, deparou-se com a dualidade de ações entre o modelo

tradicional e o modelo dialógico, sendo esta uma questão que ainda precisa ser amplamente discutida. Outra indagação pertinente ao tema diz respeito à formação profissional, que se encontra muitas vezes embasada em modelos pedagógicos tradicionais e conservadores.

As ações educativas na perspectiva da saúde devem ser baseadas, e não como um objeto passível de ser controlado pelos profissionais de saúde, mas que possam inserir novas práticas educativas que contribuam para a emancipação, para o cuidado contínuo, e não fragmentado como vemos hoje ser reproduzido/repassado às pessoas que convivem com a DC nos serviços de saúde.

Ao refletir sobre esses processos metodológicos emancipatórios, não se pode deixar de salientar que as políticas e as ações, quando pautadas na ótica da promoção da saúde, se tornam um campo fundamental para que essa reflexão, assim como a implantação de ações voltadas para o empoderamento e capacitação da comunidade se tornem imprescindíveis.

Também foi possível perceber por meio do relato dos sujeitos que a família é algo importante em sua vivência, e que esta exerce grande influência em suas rotinas e hábitos. Este estudo não se focou neste aspecto, mas consideramos um ponto importante a ser estudado, cabendo aqui a sugestão para que se desenvolvam ações e métodos que considerem a família como um caminho para melhor se conhecer as pessoas que convivem com DC, bem como suas realidades e rotinas.

Portanto, este estudo recomenda aos profissionais de saúde que busquem novos métodos para se trabalhar as ações de cuidado. A perspectiva da educação em saúde, voltada para o modelo de educação dialógico, ao estabelecer seus planos de cuidado às pessoas que convivem com a DC, o faz na perspectiva da emancipação e da autonomia do cuidado, para que o autocuidado deixe de ser algo distante e impossível de ser alcançado, visto que estes sujeitos possuem noções sobre o que é ser saudável. Dessa forma, tanto profissionais quanto usuários empoderaram-se e compartilharam seus conceitos e perspectivas sobre os cuidados em saúde.

Os profissionais de saúde necessitam ter em consideração que os processos educativos na atualidade são meios importantes para o desenvolvimento de atitudes de autocuidado, e que tais processos, quando realizados de forma

participativa e compartilhada permitem aos sujeitos desenvolverem uma reflexão crítica sobre si mesmos e seu contexto.

Sendo assim, os pressupostos metodológicos de Freire, Barbier e Moreno, nos direciona para a construção de um novo caminho educativo em saúde, com ações pautadas na ação transformação e na consciência crítica dos usuários, e possibilitam aos profissionais de saúde enxergar estes usuários não como meros receptores ou reprodutores de informações e de cuidados, mas como sujeitos ativos e autônomos capazes de ter controle sobre o autocuidado, mesmo convivendo com DC.

Para finalizar, consideramos que este estudo não respondeu a todas as inquietações acerca do tema, mas motiva o profissional da área de saúde a buscar novas possibilidades e temáticas sob diferentes enfoques, na intenção de enriquecer os meios de promover o cuidado às pessoas que convivem com a DC, em especial as atitudes de autocuidado, bem como a valorização por parte dos profissionais da saúde das ações educativas com perspectivas emancipatórias, buscando sempre a partilha e a construção de saberes em saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.9, n.16, p-39-52. Set. 2004/fev.2005. Acesso em: 06 abr. 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04>>

BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. Modelo radical de educação em saúde: possibilidades e desafios. Editorial. *Revista Ciências, Cuidado e Saúde*. Vol. 10(1). Maringá, 2011 Jan/Mar.

BARBIER, René. Escuta sensível na formação de profissionais de saúde. 2002. Acesso em: 12 jun. 2013. Disponível em <<http://www.barbier-rd.nom.fr/ESCUTASENSIVEL.PDF>>

BARDIN Laurence. *Análise de conteúdo*. Edições 70. Lisboa: 2008.

BERETTA, Maria Isabel Ruiz. ANDRADE, Antônio dos Santos. A Educação em Saúde e a Utilização do Psicodrama uma Intervenção Educativa com Gestantes. *REME-Rev. Min de Enferm*. 2004; 8(I); 165-252. Acesso em: 01 ago. 2014. Disponível em <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/749>>

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

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica nº 16 – Diabetes Mellitus (DM)*. Brasília, DF, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*. Caderno de Atenção Básica nº 36. Brasília, DF, 2013.

BREITMAER BJ, AYRES L, KNAFL KA. (1993). Triangulation in qualitative research: Evaluation of completeness and confirmation purposes. *J Nurs Scholarsh*, 25: 237-43.

BUSS, Paulo M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Revista Ciência e saúde coletiva* [online]. Vol. 5 n.1, 2000. Acesso em: 14 jun. 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>>

CAMILLO, Simone de Oliveira. MAIORINO, Fabiana Tavoraro. A importância da escuta no cuidado de enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2012.

CANEL, Regina Célia. PELICIONI, Maria Cecília Focesi. *Psicodrama Pedagógico: uma técnica participativa para estratégias de promoção de saúde*. O mundo da

Saúde São Paulo, 2007. 31(3); 426-433. Acesso em: 01 ago. 2014. Disponível em <http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/55/13_psicodram_pedagogico.pdf>

CANCHERINI, Ângela. A escuta sensível como possibilidade metodológica. Anais IV Seminário Internacional de Pesquisas e Estudos Qualitativos – SIPEQ. Ribeirão Claro-SP: 2010. Acesso em: 01 fev. 2014. Disponível em <<http://www.sepq.org.br/IVsipeq/anais/artigos/49.pdf>>

CARVALHO, Sérgio R.. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. Revista Ciências & Saúde Coletiva. Vol. 9 (3), 2004. Pág. 669-678.

CARVALHO, Sérgio. R.; GASTALDO, Denise. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. Ciência & Saúde Coletiva, Rio Janeiro, n. 13, p. 2029-2040, dez. 2008. Suplemento 2.

CERQUERIA, Teresa C. S. et al. (Con)Texto em escuta sensível. Editora Thesaurus. Brasília, 2011. 198 p.

CHIESA, Anna M. et. al. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. Cogitare Enfermagem, Vol 12, n.2, 2007. Acesso em: 14 jun. 2013. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/9829>>

CHUBACI, Rosa Yuka Sato. FRAGA, Iris Maria. As motivações para o autocuidado dos docentes de uma universidade pública: um enfoque da Fenomenologia Social. Revista Kairós Gerontologia. Acesso em: 01 fev. 2014. Disponível em <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/17638/13137>>

COSTA, Jorge A. BALGA, Rômulo S. M. ALFENAS, Rita de Cássia G. COTTA, Rosângela M. M. Promoção da Saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Vol (16), n. 3, p. 2001-2009. Rio de Janeiro, 2011.

CZERESNIA, Dina. FREITAS, Carlos Machado. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2.ed ver. e amp. 2º reimpressão. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro: 2012.

CRESWELL, J.W. (2003) Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications.

CRESWELL, J. W. (2010) Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Tradução Magda Lopes. Porto Alegre: Artmed.

DRIESSNACK, Martha. SOUSA, Valmi D. MENDES, Isabel Amélia Costa. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 3: Métodos Mistos e Múltiplos. Rev. Latino-am Enfermagem, 2007. Acesso em: 01 jul. de 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a24.pdf>

DURIC, Zoran. VELIJKOVIC, Jasna. MIOMIR, Tomic. Psicodrama em HQ: iniciação à teoria e à técnica. Ed. Daimon. São Paulo, 2005.

FAVORETO, Cesar Augusto O. CABRAL, Cristiane C. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. Revista Interface, Comunicação, Saúde e Educação. V. 13, n.28, p-7-18. Botucatu, 2009.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro. Paz e terra, 42 ed. 2005.

GONÇALVES, Camila Salles. WOLFF, José Roberto. WILSON, Castello de Almeida. Lições de Psicodrama: Introdução ao Pensamento de J. L. Moreno. Ed. Agora. 2º ed. São Paulo: 1988.

GOULART, Flavio A. de Andrade. Doenças Crônicas Não-Transmissíveis: Estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Ministério da Saúde. Brasília: PAHO, 2011. Pag. 93.

FIGUEIREDO, Maria Fernanda S. NETO, João Felício R. LEITE, Maísa T. S. Modelos aplicados de educação em saúde. Rev. Bras. Enferm. Brasília, 2010.

HEIDEMANN, Ivonete. T. S. B. A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de saúde da família. 2006. 296 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2006.

HEIDEMANN, Ivonete. T. S. B. BOEHS, Astrid E. WOSNY, Antônio M. STULP, Karine Patrícia. Incorporação teórico-conceitual e metodológica do educador Paulo Freire na pesquisa. Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn, Brasília, 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Acesso em: 18 mai. 2014. Disponível no site <<http://www.cidades.ibge.gov.br>>

LEITE, Noélia S. L. CUNHA, Sueli R. TAVARES, Maria de Fátima L. *Empowerment* das Famílias de crianças dependentes de tecnologia: desafios conceituais e a educação crítico reflexiva freireana. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011.

LOPES, Rosane Carvalho. Promoção da saúde na perspectiva da teoria educacional crítica: a relevância do *empowerment*, participação e dialogicidade. Tese (Doutorado em Educação)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

LOPES, Rosane Carvalho. TOCANTINS, Florence Romijin. Promoção da Saúde e a Educação Crítica. Interface - Comunicação, Educação, Saúde. Botucatu, SP: 2012.

MACIEL, Marjorie Ester Dias. Educação em Saúde: Conceitos e Propósitos. Cogitare Enferm. UFPR. vol 14, n.4, pp.773-776. Curitiba: 2009.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 335-342. ISSN 1413-8123.

MALUF JR, Ivan et al. Avaliação da adesão de médicos ao protocolo de hipertensão arterial da secretaria municipal de saúde de Curitiba. Arq. Bras. Cardiol. vol.94, n.1. Ano 2010.

MANTOVANI, Maria de Fátima. MENDES, Felismina Rosa P. ULBRICH, Elis Martins. BANDEIRA, Janaína Marielen. FUSUMA, Fernanda. GAIO, Daniela Maria. As representações dos usuários sobre a doença crônica e a prática educativa. Ver. Gaúcha Enferm. Vol 32, n.4, p.662-668. Porto Alegre, 2011.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª Ed. – São Paulo: Hucitec, 2010, 407 p.

MIRANZI, Sybelle de Souza Castro et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. Texto contexto - enferm. vol.17, n.4. Ano 2008,

MOREIRA, Jessica P. de Lima. MORAES, José Rodrigo. LUIZ, Ronir R. Prevalence of self-reported systemic arterial hypertension in urban and rural environments in Brazil: a population-based study. Caderno de Saúde Pública. Vol. 29, n.1, 2013.

MOREIRA, Marco Antonio. A teoria da aprendizagem significativa e sua implementação em sala de aula. Editora UnB. Brasília, 2006.

MORENO, Jacob Levy. Psicodrama. São Paulo: Cultrix, 1989.

NAKAGAKI, Mariana S. MCLELLAN, Katia Cristina P. Diabetes Tipo 2 e Estilo de Vida: o Papel do Exercício Físico na Atenção Primária e na Secundária. Saúde em Revista, V. 13 n. 33 p. 67-75. Piracicaba, 2013.

NETO, Cecília. ALVES, Fátima. A experiência subjetiva com a doença mental: o caso da depressão. Sociologia, Problemas e Práticas [Online]. V. 70, 2012. Acesso em 10 Jun. 2014. Disponível em <<http://spp.revues.org/1092>>

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Vigilância em DCNT e fatores de risco. OPAS, 2006. Acesso em: 27 fev. 2014. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=901&Itemid=539>

Pan American Health Organization. Estratégia e plano de ação regional para um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas. Washington: PAHO; 2007. Acesso em: 27 fev. 2014. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/reg-strat-cnedspt.pdf>>

_____. Conceito. Documento: Estratégia e plano de ação regional para um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas. Washington: PAHO; 2009. Acesso em: 27 fev. 2014. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=569&Itemid=1>

OLIVEIRA, Dora Lúcia. A 'Nova' Saúde Pública e a Promoção da Saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 13 (3). Ribeirão Preto, 2005 maio-junho.

OLIVEIRA, Dora Lúcia L. C. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? *Rev. Brasileira de Enferm.* Brasília, 2011 jan-fev.

PONCE de Leon, Casandra G. R. Martins. Formação de formadores: a Prática Educativa em um Programa de Pós-graduação em Enfermagem. João Pessoa, 2005. Disponível em: <<http://www.ccs.ufpb.br/ppgeold/dissertacoes2006/dissertacaocassandrangenoveva.pdf>> Acesso em: 09 mar. 2013.

PONTES, Rosana Aparecida, F. CANCHERINI, Ângela. FRANCO, Maria Amélia S. A escuta sensível como instrumento metodológico na formação inicial de doentes. *Camine – Caminhos da Educação*. Franca, SP: 2012.

RAMALHO, Cybele M. R. *Psicodrama e Dinâmica de Grupo*. 1º Ed. Iglu Editora Ltda. São Paulo, 2010.

SANDELOWSKI M. (1995) Focus on qualitative methods: Triangles and crystals - On the geometry of qualitative research. *Res Nurs Health*, 18: 569-74.

SANTOS, Aliny de Lima. Educação para a saúde de diabético através dos círculos de cultura: uma estratégia de intervenção em enfermagem. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Departamento Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2011.

SANTOS, Álvaro S. MIRANDA, Sônia Maria R. C. A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde (Série Enfermagem). Barueri, SP: Manole, 2007. p 25.

SCHAFF, Carolina. VOLPATO, Franciele. ZARDO, Izauria. SANTOS, Jumeny P. B. Atenção Básica à Saúde: Valorizando a Educação dos Agentes Comunitários de Saúde numa Perspectiva Problematizadora. Universidade Federal de Santa Catarina – Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis, 2007. Acesso em: 03 mar. 2014. Disponível em < <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0495.pdf>>

SCHMIDT, Inês Maria. DUNCAN, Bruce B. SILVA, Gulnar Azevedo. MENEZES, Ana Maria. MONTEIRO, Carlos Augusto et. al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet – Série: Saúde no Brasil* 4. Ano 2011.

SILVA-ARIOLI, Inea Giovana. SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. BARBOSA, Tatiane Muniz. DA ROS, Marco Aurélio. Promoção e Educação em Saúde: Uma Análise Epistemológica. *Psicologia, Ciência e Profissão* [online]. 2013, vol.33 nº3, pág. 672-687.

SILVA, Fernanda Machado. “Hipertensão: eu aprendi a viver com ela” – relatos do saber construído como emancipação dos sujeitos. Dissertação de Mestrado –

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Santa Maria, 2010.

SILVA, J. V. et al. Capacidades de Autocuidado e Sua Relação com os Fatores Condicionantes Básicos: Um Estudo em Unidades Básicas de Saúde. Revista Eletrônica Acervo Saúde/Eletronic Journal Collection Health. v. 4, p. 185-199, 2012. Acesso em: 03 mar. 2013. Disponível em <http://acervosaud.dominiotemporario.com/doc/artigo_016.pdf>

SILVA, José Vitor. Adaptação Cultural e Validação da Escala para Avaliar as Capacidade de Autocuidado Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA-A). Revista Eletrônica Acervo Saúde/Eletronic Journal Collection Health. v. 5(2), p. 426-447, 2013. Acesso em: 01 fev. 2014. Disponível em <http://acervosaud.dominiotemporario.com/doc/artigo_032.pdf>

SILVA, Junior Aldo. Psicodrama Socioeducacional nas relações. Curitiba: IESDE, 2004.

SILVA, Luciana Saraiva. COTTA, Rosângela Minardi. ROSA, Carla de Oliveira B. Estratégia de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. Revista Panamericana de Salud Pública, 2013.

SOARES, Arethusa M. G. et al. Tecnologia assistencial na promoção da saúde: cuidado e autocuidado do idoso insulo-dependente. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – Ver Rene, V. 11 n.4 p.174-181, 2010. Acesso em: 13 de jun. de 2013. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol11n4_pdf/a19v11n4.pdf>

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol, 2010. Acesso em: 16 de mar de 2014. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>

SOUZA, Aline Corrêa. COLOMÉ, Isabel Cristina S. COSTA, Lilian Escopelli. D. OLIVEIRA, Dora Lúcia L. C. A educação em saúde grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. Ver. Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS), 2005.

SOUZA e TAVARES, Marilei de Melo. A Dramatização como Recursos Pedagógicos em Enfermagem. Revista Pró-universSUS. V1, n.1, p.01-10. Vassouras, 2010.

TADDEO, Patricia S. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.11, pp. 2923-2930. ISSN 1413-8123. Acesso em: 14 jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a08.pdf>>

TASHAKKORI A, TEDDLIE C, editors. Handbook of mixed methods in social & behavioral research. Thousand Oaks: Sage Publications, 2003. p.541-56

TOLEDO, Melina M. RODRIGUES, Sandra C. CHIESA, Anna M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Revista Texto & Contexto – Enfermagem*. Vol. 16 n.2, 2007. Acesso em: 05 mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a04v16n2.pdf>>

TORRES, Heloísa de Carvalho; SOUZA, Edinilsa Ramos; LIMA, Maria Helena Melo; BODSTEIN, Regian Celi. Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*. V24, n4, p.514-519. São Paulo, 2011.

TORRES, Heloísa de Carvalho; PEREIRA, Flávia Rodrigues Lobo and ALEXANDRE, Luciana Rodrigues. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2011, vol.45, n.5, pp. 1077-1082. ISSN 0080-6234. Acesso em: 14 jun. 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a07.pdf>>

VALOURA, Leila de Castro. Paulo Freire, o educador brasileiro autor do termo Empoderamento, em seu sentido transformador. *Biblioteca Paulo Freire* (2005/2006). Disponível em <<http://siteantigo.paulofreire.org/Crpf/CrpfAcervo000120>> Acesso em: 31 ago. 2014.

VIEIRA, Ivana Ariane S. Promoviendo um diálogo entre el psicodrama de J. L Moreno y las ideas pedagógicas de Paulo Freire. *Revista Cubana de Pensamiento Socioteológico*, 2012. Acesso em: 03 jun. 2014. Disponível em: <<http://revista.ecaminos.org/article/promoviendo-un-dialogo-entre-el-psicodrama-de-j-l-/>>

YIN, R. K. - Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman Companhia Editora, 3ª Ed., 2010. 248 p.

YOZO, Ronaldo Yudi K. 100 Jogos para Grupos. Editora Ágora Ltda. São Paulo, 1995

ANEXOS

ANEXO I
Parecer Consubstancio do CEP

ANEXO II

Escala para Avaliar Capacidades de Autocuidado ASA-A

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Promovendo o autocuidado como estratégia para o empoderamento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pelo(s) pesquisador(es) **Ana Paula de Oliveira e Regiane da Silva Macuch**, em relação a minha participação no projeto de pesquisa intitulado **Promovendo o autocuidado como estratégia para o empoderamento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)**, cujo objetivo é **desenvolver ações de formação aos usuários do SUS, na Unidade Básica de Saúde, na cidade de Itaúna do Sul- Pr, que promovam o autocuidado como estratégia de empoderamento, por meio de metodologias ativas e emancipatórias**. Os dados serão coletados através da **aplicação da Escala (ASA-A) para Avaliar as Capacidades de Autocuidado**; a forma de busca dos dados; os participantes não terão risco algum durante a pesquisa; nesta pesquisa não haverá gasto financeiro nenhum para os participantes; uma copia será entregue ao participante e outra copia para o pesquisador. Estou ciente e autorizo a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras contanto que seja mantido em sigilo informações relacionadas à minha privacidade, bem como garantido meu direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, além de que se cumpra a legislação em caso de dano. Caso haja algum efeito inesperado que possa prejudicar meu estado de saúde físico e/ou mental, poderei entrar em contato com o pesquisador responsável e/ou com demais pesquisadores. É possível retirar o meu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à minha pessoa. Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Eu, _____,
após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas,
CONCORDO VOLUNTARIAMENTE em participar desta pesquisa.

Maringá- Pr _____ de _____ de 2014.

Eu, **Ana Paula de Oliveira** declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao sujeito da pesquisa.

Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com os pesquisadores nos endereços abaixo relacionados:

Nome: **Ana Paula de Oliveira**
Endereço: **Rua Paraná, 780**
Bairro: **Centro**
Cidade: **Itaúna do Sul** UF: **Paraná**
Fones: **(44) 3436-1476** e-mail: **paulasasso4@gmail.com**

Nome: **Regiane da Silva Macuch**
Endereço: **Av. Guedner, 1610**
Bairro: **Jd. Aclimação**
Cidade: **Maringá** UF: **Paraná**
Fones: **3027-6360** e-mail: **macuch@gmail.com**

Nome: **Sonia Cristina Soares Dias Vermelho**
Endereço: **Av. Guedner, 1610**
Bairro: **Jd. Aclimação**
Cidade: **Maringá** UF: **Paraná**
Fones: **3027-6360** e-mail: **crisrina.vermelho@gmail.com**