

EDUCAÇÃO POPULAR COMO ORIENTADORA DE GRUPOS DE PROMOÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES NA ATENÇÃO BÁSICA: CAMINHOS E APRENDIZADOS COM BASE EM UMA EXPERIÊNCIA

Popular education as a guideline of health promotion groups for persons with hypertension and diabetes in Basic Attention: pathways and learning based on an experience

Pedro José Santos Carneiro Cruz¹, Daniella Virmes²,
Mária Hellen Leitão³, Renan Soares de Araújo⁴

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) destacam-se entre as patologias responsáveis pela maior parte da morbimortalidade decorrente de doenças crônicas não transmissíveis, constituindo linha de cuidado estratégica na Atenção Básica (AB). Este trabalho sistematiza a experiência de um grupo comunitário com foco na promoção da saúde de pessoas que convivem com HAS e DM, desenvolvido no contexto da AB pela abordagem da Educação Popular (EP). Contextualizaremos o grupo, trazendo à tona suas experiências e uma análise crítica. O estudo resultou de pesquisa qualitativa com metodologia da sistematização de experiências, envolvendo três frentes: observação participante; entrevistas individuais; e grupo de discussão. Observou-se reorientação do tradicional grupo HiperDia, de momento de distribuição de medicamentos, aferição de pressão arterial e de glicemia, para seu estabelecimento como espaço de encontro e convivência comunitária, focado em conversas acerca de conhecimentos, apoio social e estratégias para a qualidade de vida e a realização de projetos de felicidade. Nesses espaços, a EP pode compor uma aplicação edificante e compartilhada do cuidado, na perspectiva da integralidade e do bem viver, tendo como abordagens diálogo cotidiano, valorização das histórias de vida e inclusão das iniciativas dos usuários na pauta do serviço.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde; Participação da Comunidade; Doença Crônica; Atenção Primária à Saúde; Medicina de Família e Comunidade.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) and Diabetes Mellitus (DM) are among the pathologies responsible for most of the morbidity and mortality resulting from non-transmissible chronic diseases, constituting a strategic care line in Primary Health Care (PHC). This work systematizes the experience of a community group focused on the health promotion of people living with SAH and DM, developed in the context of PHC by the Popular Education (PE) approach. We will contextualize the group, bringing their experiences and a critical analysis to the surface. The study resulted from a qualitative research with methodology of the systematization of experiences, involving three fronts: participant observation; individual interviews; and discussion group. It was observed a reorientation of the traditional SAH/DM group, at the moment of drug distribution, blood pressure and glucose measurement, for its establishment as a meeting place and community coexistence focused on conversations about knowledge, social support and strategies for quality of life and the realization of projects of happiness. In these spaces, the PE can compose an uplifting and shared application of care, in the perspective of integrality and well-being, having as daily dialogue approaches, valuing life histories and inclusion of users' initiatives in the service agenda.

KEYWORDS: Health Education; Community Participation; Chronic Disease; Primary Health Care; Family Practice.

¹ Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: pedrojosecruzpb@yahoo.com.br.

² Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba.

³ Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba.

⁴ Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata da experiência de um grupo comunitário de promoção à saúde de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), no contexto da Atenção Básica, promovido por uma equipe de saúde da família pela abordagem da Educação Popular.

O artigo pretende contextualizar o grupo, trazer à tona suas experiências e fazer análise crítica do seu desenvolvimento e mudanças que foram implementadas. O intuito é o de que, a partir dessa experiência e dos conhecimentos nela construídos, possa-se ajudar a estimular o debate em torno das práticas e processos de Educação Popular em Saúde por meio de grupos comunitários de promoção à saúde e qualidade de vida das pessoas com HAS e DM na Atenção Básica, na perspectiva de que tal processo possa ser feito de forma articulada à perspectiva da integralidade e do bem viver.

Cumprir destacar que a construção narrativa deste artigo se deu na primeira pessoa do plural, pois avaliamos ser coerente com a construção mesma do grupo, que se deu de forma coletiva.

Atualmente as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são responsáveis pela maior carga de morbidade e mortalidade no mundo. No Brasil, em 2010, elas responderam por 74% das mortes ocorridas e, possivelmente, por um percentual ainda maior da carga total de morbidade.¹ Dentre as patologias responsáveis pela maior parte da morbimortalidade decorrente de DCNT, destacam-se a HAS e o DM, as quais são os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares (acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio etc.).² Esse dado gera um grande desafio para o trabalho na Atenção Primária em Saúde (APS), que se constitui principalmente em garantir que exista um acompanhamento regular de todas as pessoas identificadas como portadoras dessas doenças, bem como em buscar desenvolver ações que estejam relacionadas à prevenção de DCNT e à promoção da saúde com qualidade de vida plena.³

O nível básico de atenção à saúde, primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, possui grande potencial de resolver boa parte das queixas que a ele chegam, uma vez que sistemas de saúde baseados no fortalecimento da atenção básica estão organizados de modo a atender à maioria dos problemas de saúde e a enfatizar ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos,⁴ sendo que as Unidades de Saúde da Família (USF) se constituem em espaços privilegiados de atenção à saúde, contando com a atuação de equipes multiprofissionais cujos processos de trabalho pressupõem vínculo

com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos.³ Isso é possível devido a atributos pertinentes à APS, tais como: longitudinalidade, integralidade, ordenação, entre outros, os quais, quando colocados em prática, geram melhoria na identificação dos problemas de saúde, prevenção, promoção da saúde com bem viver, melhor adesão, compreensão e protagonismo na construção dos tratamentos de saúde necessários,^{5,6} fazendo da APS um ambiente propício para se lidar com patologias crônicas. Nesse sentido, dentre as intervenções possíveis, há uma estratégia que pode ser bastante proveitosa, na APS, para o enfrentamento de tais patologias: a construção de práticas e processos educativos, no formato de grupos.

Em se tratando de grupos, sabe-se que, em relação à HAS, práticas e processos de caráter educativo, que tenham como intuito o estímulo ao “desenvolvimento do autocuidado e de hábitos de vida mais saudáveis, podem ser úteis em todos os níveis de prevenção”.^{7:1289} Já no caso do DM, a atividade educativa em grupo se associa a menores custos, à promoção da troca de experiências entre os usuários e à ampliação da rede social, havendo evidência de que tal atividade otimiza o controle metabólico, ajuda a evitar complicações e melhora a qualidade de vida.⁸ Por outro lado, a Educação Popular, enquanto processo contínuo e participativo, tem sua importância por objetivar a formação de cidadãos autônomos que sejam capazes de construir e entender os próprios processos saúde-doença-cuidado, e por se mostrar como forma de mudar as tradicionais práticas de educação e ações em saúde, apostando na “ampliação progressiva da análise crítica da realidade por parte dos coletivos à proporção que eles sejam, por meio do exercício da participação popular, produtores de sua própria história”.^{9:5158} Essa abordagem contempla a necessidade – que surge do princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual demanda a incorporação de saberes, práticas, vivências e espaços de cuidado – de práticas educativas dialógicas que se foquem nas realidades de vida dos usuários, valorizando a história de vida das pessoas e, assim, aumentando a autonomia e a corresponsabilização no processo saúde-doença e aproximando as práticas educativas em saúde das ideias, concepções e perspectivas da promoção à saúde. Por ter uma filosofia de trabalho que propicia a realização dessas ações, em meio aos diferentes ambientes dos serviços de saúde, a APS destaca-se como um contexto privilegiado para as práticas da Educação Popular.⁹

Diante do exposto, antes de adentrar nos caminhos percorridos pela prática social que é foco deste estudo, abordaremos a metodologia de construção do mesmo. Depois, apresentaremos uma descrição do grupo, seguida

de análises e problematizações, finalizando com considerações que achamos pertinentes, tendo em vista o tema central do estudo, qual seja: ‘caminhos e aprendizados de práticas de educação popular na promoção à saúde de pessoas com HAS e DM na Atenção Básica’.

MÉTODOS

Este artigo resultou de pesquisa na perspectiva qualitativa,^{10,11} caracterizando-se como ‘sistematização de experiência’, cujo foco central consistiu da ‘caracterização e descrição detalhada da experiência estudada, com ênfase em seus caminhos e nos aprendizados que trouxe a seus protagonistas’. Segundo Holliday,¹² experiências de educação popular são processos sociais dinâmicos (por estarem em permanente mudança e movimento) e complexos, se constituindo em experiências vitais, com uma riqueza de elementos, a qual requer uma apropriação da experiência vivida,¹³ dando conta dela e compartilhando o que foi aprendido. Em vista disso, pode-se definir sistematização como

[...] interpretação crítica de uma ou várias experiências que, a partir de seu ordenamento e reconstrução, descobre ou explicita a lógica do processo vivido, os fatores que intervieram no dito processo, como se relacionaram entre si e porque o fizeram desse modo.^{12:24}

Para mobilização de informações suficientes para proceder com o levantamento de detalhes, fatos, situações e contextos da experiência estudada, utilizaram-se três frentes: a ‘observação participante’ com registro em diário de campo; ‘entrevistas individuais’ com agentes comunitários de saúde, outros profissionais da equipe de saúde responsável pelo grupo e moradores da comunidade, registradas com autorização dos sujeitos e publicizadas em um vídeo sobre a experiência em estudo; e, como forma de aprofundar e/ou complementar os dados mobilizados nas outras frentes, realizou-se um ‘grupo de discussão’, com atores da Residência em Medicina de Família e Comunidade, que acompanharam e/ou apoiaram a pesquisadora principal quando do delineamento prático e cotidiano da experiência.

Para observação participante, utilizou-se, no período descrito na experiência em tela, qual seja fevereiro e novembro de 2015, diário de campo, com autoria da médica residente da equipe, o que se deu também por ocasião de seus estudos para o Trabalho de Conclusão de Curso, cujo objeto foi a experiência em questão neste artigo. O instrumento do diário reuniu observações do tipo estrutu-

radas e procedidas de forma pontuada e objetiva, de acordo com os seguintes tópicos orientadores: 1) atividades desenvolvidas; 2) procedimentos metodológicos dessas atividades; 3) princípios orientadores dessas atividades; 4) abordagens e dinâmicas utilizadas; e 5) temáticas trabalhadas e discutidas.

Por sua vez, as entrevistas individuais foram gravadas em vídeo, em câmera filmadora digital, durante um dos dias de promoção das atividades, valorizando a fala de agentes comunitários de saúde e outros profissionais da equipe, incluindo residentes multiprofissionais em saúde da família que colaboraram com a organização das ações, bem como de moradores do território e de membros da equipe do Programa de Extensão PINAB – Práticas Integradas de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), que atuam no apoio ao grupo.

O Programa PINAB é uma ação de Extensão Universitária vinculada institucionalmente ao Departamento de Nutrição do Centro de Ciências da Saúde e ao Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da UFPB. Sua atuação se dá há dez anos, com base nos princípios da Educação Popular, visando à Promoção da Saúde e à Segurança Alimentar e Nutricional.

O grupo de discussão foi promovido para análise da experiência, com participação de três residentes da Residência em Medicina de Família e Comunidade da UFPB, dois preceptores dessa residência (uma médica de família e comunidade e um docente da área de Saúde Coletiva do Centro de Ciências Médicas da UFPB) e uma docente da área de Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da UFPB, externa à residência, mas atuante na USF em questão por meio do Programa PINAB. No grupo de discussão, as pessoas trabalham juntas e o que interessa é a espontaneidade do grupo, pois se quer fazer emergir o processo grupal de conversação, o qual dá lugar posteriormente a uma análise do discurso.¹⁴

Para a sistematização dos resultados, fizemos uma leitura de todas as fontes empíricas (no caso das entrevistas e do grupo de discussão, da transcrição dos mesmos), considerando-se o foco temporal do estudo e o enfoque de seu objeto; seguida de uma segunda leitura e, posteriormente, a sistematização de categorias emergentes em um quadro que as ressaltassem de acordo com os itens supracitados que compuseram o diário de campo, acrescidos de dois elementos: 1) caminhos significativos para a atenção à saúde das pessoas com HAS e DM; e 2) aprendizados da equipe protagonista das ações no processo de sua construção.

A participação dos sujeitos, tanto na etapa de entrevista como de grupo de discussão, se deu em respeito aos

termos da Resolução 466/2012,¹⁵ que preconiza diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Foi condicionada pelo conhecimento e aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo sido registrada e aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas da UFPB, com nº 56361016.8.0000.5188, no contexto de pesquisa ampliada de avaliação de práticas de Educação Popular em promoção da Saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional na Atenção Básica, realizadas no âmbito da USF Vila Saúde, por um programa de Extensão Universitária vinculado ao Departamento de Nutrição e ao Departamento de Promoção da Saúde da UFPB. Tal pesquisa não teve financiamento específico, embora o referido programa tenha contado com apoio do Programa de Apoio à Extensão Universitária (PROEXT) do Ministério da Educação, no período entre 2011 e 2016. Destacamos ainda não haver conflitos de interesse.

Optou-se pela utilização de uma abordagem dialética de análise dos dados, que toma o objeto/fenômeno em análise a partir de suas próprias características (inclusive em sua contraditoriedade) e conexão com a totalidade, em uma relação de contínuo diálogo e transformação, considerando que o mundo e as coisas estão em um processo permanente de desenvolvimento¹⁶. Segundo Holliday,¹² a concepção dialética compreende a realidade como uma articulação de múltiplos elementos que conformam uma totalidade – em um dado contexto histórico-social –, não sendo possível compreender isoladamente as partes sem a devida compreensão do todo.¹⁷

RESULTADOS

1. Contextualização da experiência

A partir de agora, detalharemos o processo de implantação de modificações no funcionamento de um grupo de Hiperdia, em uma USF do município de João Pessoa – processo este que ocorreu com desafios, potencialidades e resultados positivos.

1.1 O cuidado em hipertensão e diabetes compartilhado pela equipe Jardim Itabaiana

O grupo Hiperdia sobre o qual teceremos considerações acontece na área coberta pela equipe Jardim Itabaiana I, da USF Vila Saúde, no bairro do Cristo Redentor, em João Pessoa – PB. A Vila Saúde é uma Unidade chamada de ‘Unidade integrada’, uma vez que conta com quatro equipes atuando. A equipe do Jardim Itabaiana I é responsável pelo atendimento de oito microáreas – de con-

textos socioeconômico-culturais bem variados –, sendo responsável por cerca de 1.100 famílias. À época em que este estudo foi realizado, a equipe de saúde contava com os seguintes componentes: uma médica, uma enfermeira, uma dentista, uma técnica de enfermagem e oito agentes comunitários de saúde.

O grupo de Hiperdia funcionava nas segundas e últimas quintas-feiras de cada mês, iniciando às 7h30min, no salão da Comunidade São Lucas, sendo que o primeiro encontro do mês era dedicado aos hipertensos e o segundo, aos diabéticos. Em cada encontro, se faziam presentes os agentes comunitários de saúde (não todos, pois eles se revezam nessa atividade), a enfermeira, a médica e a técnica de enfermagem (embora esta última, por conta de dificuldades no processo de trabalho, vinha tendo que se ausentar algumas vezes, por ter que prestar assistência a serviços realizados dentro da USF).

O grupo tinha uma média de 30 participantes em cada encontro, em sua maioria, idosos. Geralmente era oferecido um lanche, ou ao menos café e chá aos membros do grupo, sendo isso organizado pelos profissionais da equipe. Nos encontros, sempre havia aferição de pressão arterial (PA) e glicemia capilar, procedimento feito pela técnica de enfermagem e/ou enfermeira. Algumas vezes, durante o ano, eram realizados passeios promovidos pela equipe, destinados aos integrantes do grupo.

A equipe acompanhava 464 hipertensos e 168 diabéticos. No entanto, nem todos participavam das reuniões do grupo. Alguns possuíam plano de saúde privado e não frequentavam a Unidade. Uns preferiam ir à USF apenas quando precisavam de algo, ou quando tinham alguma queixa. Outros relatavam que haviam se esquecido. Contudo, todas as pessoas eram acompanhadas pelos agentes de saúde e sempre eram avisadas das reuniões, seja pelos agentes comunitários de saúde, como por outros profissionais, durante as consultas. A participação no grupo era voluntária; de tal forma, alguns participantes eram mais assíduos que outros.

1.2 Aproximação inicial com o grupo e início das atividades

Quando iniciada a aproximação e participação nas reuniões do grupo, soube-se que, nos encontros, a responsabilidade do médico era apenas a de renovar as receitas dos medicamentos utilizados pelos usuários, e/ou solicitar/avaliar exames, sendo que algumas pessoas ainda aproveitavam este momento para realizar consultas rápidas. Em resumo, o usuário chegava, verificava a PA e a glicemia com os profissionais da enfermagem, e depois era atendido pelo médico. Ao ter suas receitas renovadas (ou ainda

exames vistos/solicitados), a pessoa ia para sua casa. Em alguns casos, havia a participação da odontóloga, que conversava com cada usuário individualmente. Entretanto, algum tempo depois, ela se aposentou, e a nova profissional que assumiu seu lugar ainda não havia participado de nenhuma atividade do grupo, ao menos até o momento em que estivemos presentes.

Na USF Vila Saúde, o turno semanal de reunião das equipes é na terça-feira à tarde. E, participando deste espaço, em nenhum momento houve qualquer conversa ou menção relativa ao andamento do grupo de Hiperdia. Então começamos a perceber que a equipe não se reunia para discutir e refletir sobre as atividades desenvolvidas no grupo. Ninguém comentava sobre a possibilidade de realizar atividades diferentes, sobre novas formas de aproveitar aquela oportunidade – em que muitos usuários estavam juntos, fora do ambiente da Unidade. Ou seja, um espaço no qual os profissionais e usuários poderiam ficar ‘mais à vontade’ para conversar e discutir sobre os mais variados temas, bem como sobre os cuidados que indivíduos com HAS e DM devem ter com sua saúde, entre outras coisas.

Diante de tal questão, fomos percebendo que os profissionais da equipe estavam satisfeitos com o funcionamento do grupo, sendo que o que acontecia era exatamente, daquela forma, o mesmo que dentro da Unidade, com os atendimentos em consultório.

Nesse sentido, o que estávamos fazendo era apenas transferir o que já fazíamos na Unidade para fora dela – sendo que, nos encontros do grupo, só atendíamos hipertensos e diabéticos. Tal constatação motivou reflexões como: ‘se é apenas para consultar, deveríamos ser honestos e fazer isso na Unidade, sem dedicar um turno inteiro apenas para portadores dessas patologias – já que assim estaríamos restringindo o acesso a outros usuários –, e admitir que nossa equipe, na verdade, não possuía um grupo de Hiperdia’.

Em nossa compreensão, as atividades desenvolvidas no grupo de Hiperdia não eram voltadas para a educação em saúde, tampouco educação ‘popular’ em saúde, entendendo que um grupo não é apenas um lugar para se aferir a PA e ‘pegar receitas’. Embora essas atividades também tenham seu lugar, esse espaço poderia ser aproveitado de forma melhor, se fossem realizadas atividades de promoção e prevenção à saúde; além de conversas com os usuários fora do ambiente da USF, e dentro da comunidade em que vivem, possibilitando o conhecimento da realidade em que estão inseridos, tão necessário para uma melhor atuação da equipe.

Ao percebemos que estávamos deixando essa oportunidade escorrer por entre nossos dedos, em uma reunião com a coordenação da Residência em Medicina de Família

e Comunidade, discutimos e refletimos sobre as dificuldades encontradas ao lidar com essa realidade.

Nessa perspectiva, foram, então, feitas algumas propostas para tentar implementar mudanças nesse cenário. Pensamos em começar de forma sutil, primeiramente conversando com a equipe, depois com observações do grupo e, em seguida, tentando implementar atividades de forma gradual; entendendo que não valeria a pena querer mudar radicalmente o grupo (em um curto espaço de tempo), pois, além disso poder gerar desgastes desnecessários com a equipe e uma não aceitação dos usuários, seria uma forma de imposição, atitude à qual somos contrários – uma vez que entendemos que não somos donos da verdade, nem temos a solução para todos os problemas. Acreditamos que cada realidade necessita de uma intervenção diferente, e simplesmente impor o que achávamos ser o ideal para a melhoria daquele grupo não era o adequado.

2. A Educação Popular como orientadora das mudanças implementadas no grupo

O processo foi iniciado em uma conversa com a equipe, contando com a presença do orientador da Residência em Medicina de Família e Comunidade, que é também coordenador do Programa de Extensão PINAB,¹ o qual atua desde o ano de 2007 no apoio solidário ao desenvolvimento e fortalecimento de algumas iniciativas educativas realizadas pelas equipes de saúde da USF Vila Saúde. Essa conversa foi articulada no sentido de nos mostrarmos disponíveis para ajudar, informando para a equipe de saúde que o PINAB também estava se oferecendo para apoiar as atividades do grupo.

Sendo bem aceito pela equipe, no dia 30 de abril de 2015, foi feita a primeira participação do PINAB em apoio ao grupo Hiperdia. Nesse encontro, estiveram presentes o coordenador do Programa e duas estudantes de graduação (uma do curso de Nutrição e outra de Odontologia). Também estiveram presentes os estudantes internos de Saúde Coletiva do curso de Medicina da UFPB. O decorrer do encontro fluiu como de costume, no entanto contando com algumas observações do coordenador e das estudantes do PINAB aos procedimentos realizados. Contou-se, ainda, com a presença da preceptora da Residência em Medicina de Família e Comunidade, que supervisionou consultas e deu orientações importantes em relação ao funcionamento do grupo.

A partir desse encontro do grupo, os representantes do PINAB teceram algumas reflexões de acordo com suas observações, e após dialogarmos a respeito, chegamos à conclusão de que, ao menos de início, o ideal seria realizar apenas alguma atividade educativa – de curta duração

(para que os usuários não ficassem impacientes pela ‘demora’ em serem atendidos) –, antes da aferição de sinais vitais e renovação de receitas (pois pensamos que, se esta atividade fosse realizada depois, as pessoas poderiam ir embora sem participar da atividade), sempre com cautela e no intuito de respeitar as necessidades e vontades tanto da equipe de saúde como dos usuários.

Após o partilhar de observações e reflexões, iniciaram-se os momentos acordados de atividades educativas e conversas com os usuários para potencializar a atuação no grupo. Além da participação de representantes do PINAB, tivemos a colaboração da Residência Multiprofissional em Saúde da Família – que contava com um fisioterapeuta, uma enfermeira e uma nutricionista. A cada reunião, viam sendo realizadas as seguintes ações:

- Exibição de vídeos, que traziam informações úteis sobre HAS, DM, orientações nutricionais, sempre acompanhados de uma roda de conversa motivada a partir de questões, inquietações e percepções levantadas nas pessoas a partir dos vídeos, seus conteúdos e temas;
- Rodas de conversa com temáticas variadas relacionadas a HAS e DM, nas quais o ponto de partida para o desvelamento do diálogo era, principalmente, o cotidiano das pessoas e seus caminhos na construção da vida e na busca do bem viver com HAS e DM, os quais eram, na roda, tanto compartilhados e socializados coletivamente, como também, quando necessário, problematizados;
- Dinâmicas de grupo variadas, particularmente aquelas que envolvem atividades lúdicas, tentando estimular a criação de vínculos comunitários de apoio social, de reciprocidade e de solidariedade entre os participantes, como também como forma de estabelecer uma relação horizontal e profundamente fraterna entre os usuários e os profissionais de saúde, por meio do incentivo ao conhecimento mútuo e à oportunização da criação de laços de confiança;
- Valorização de momentos de aprendizagem a partir do trabalho educativo pautado com o conhecimento e a apropriação crítica, de cada um, quanto a informações, procedimentos e questões relevantes para o bem viver com DM e com HAS, tanto aquelas trazidas pela comunidade, como também aquelas oriundas de demanda do serviço de saúde. Isso se dava com abordagens que se pau-

tavam pela utilização de formas de comunicação, de expressão e de diálogo respeitadas dos saberes e das prioridades comunitárias, e capazes de, efetivamente, serem compreendidas, avaliadas e até questionadas pelos usuários, valorizando-se os saberes de cada um.

- Os principais temas das atividades, rodas de conversas, dentre outras, conforme eram demandados pelas pessoas, concentravam-se, em sua maioria, em torno da alimentação saudável, da atividade física, entre outros temas.
- O esforço da equipe de saúde em não realizar palestras consistiu em um caminho educativo importante, o qual foi garantido tanto pela abordagem das rodas de conversa com temas geradores trazidos pelos usuários, como com a ênfase na dinamicidade e pró-atividade como princípios metodológicos na configuração das ações.

A este respeito, na fala de um dos entrevistados, pode-se compreender, de forma explícita, os objetivos almejados em nossa atuação:

“O grupo hiperdia tem uma missão (...) que também se configura em um grande desafio, que é conseguir fazer uma prevenção em saúde de imensa qualidade, com competência técnica, (...) mas ao mesmo tempo, de uma forma integral, também fazer uma prática de educação popular em saúde, onde se traga espaços de escuta, de roda de conversa, para que as pessoas que estão vivendo com hipertensão e diabetes possam trazer pro foco do debate o seu cotidiano, os desafios de como é conviver com hipertensão e diabetes, os dilemas, as ansiedades, os medos, as dúvidas que elas têm.” (Entrevistado 1, docente da UFPB, preceptor da residência e do PINAB)

DISCUSSÃO

1. Algumas conquistas significativas

Após a implementação das ações e atitudes anteriormente citadas, foram notáveis as mudanças que passaram a ocorrer no grupo Hiperdia. No início, quando os usuários eram, de alguma forma, incentivados a falar, a dizer o que pensavam, ou mesmo a perguntar algo, eles raramente se pronunciavam. Entretanto, tentávamos fazer isso pensando justamente nesse espaço como um processo de Educação Popular. Para tanto, queríamos ouvir o que eles tinham a dizer, valorizando seus conhecimentos,

na tentativa de despertar o protagonismo deles em seu processo de cuidado e auxiliar na construção de novos saberes. Fazendo justamente o oposto do tradicional, como quando as orientações são ‘empurradas’ e o indivíduo simplesmente tem que aceitar tudo sem questionar, porque, afinal, ‘foi o médico (ou qualquer outro profissional de saúde) que assim disse’. De tal forma, buscávamos constituir um espaço onde fosse possível estabelecer algo inovador. Tal perspectiva fica evidente na fala de um dos entrevistados, o qual sublinha que

“(...) desenvolver e estimular o autocuidado dos usuários para com sua própria saúde, não é só (...) falar sobre medicamento, sobre a alimentação, mas tudo que envolve a questão do processo de produção de cuidado.” (Entrevistado 2, residente multiprofissional em saúde da família)

Esse momento de pouca participação dos usuários provocou certos temores, imaginando que as mudanças no grupo não estariam surtindo o efeito almejado. Porém, após alguns encontros, percebemos que eles passaram, de forma sutil, a falar um pouco mais, em alguns casos, mesmo sem que precisássemos perguntar. Eles, aos poucos, foram relatando suas experiências, fazendo perguntas e dando cada vez mais suas opiniões sobre os assuntos discutidos. De acordo com um dos usuários entrevistados, no grupo se estabeleceu um espaço com

“(...) diálogo entre as pessoas, [possibilitando] poder desabafar, falar alguma coisa que sente, que, às vezes, tem muito problema de saúde aí que é agravado devido até mesmo à falta disso aí, de um diálogo, de um acompanhamento.” (Entrevistado 3, usuário da USF)

Além disso, algumas pessoas relataram que estavam apreciando bastante essas novas atividades; que, segundo elas, estavam contribuindo para o seu aprendizado. Inclusive, em um momento à parte, uma usuária comentou que havia ficado chateada por ter chegado depois da atividade, enfatizando que gostava muito daqueles momentos de conversa em grupo.

Conforme pode ser notado na fala de um dos entrevistados, tamanha foi a transformação na forma de atuação do grupo:

“Esse grupo é muito importante para a comunidade, uma vez que proporciona que os usuários possam ter outra forma de cuidado, para além daquela que tradicionalmente a gente encontra em muitos serviços de saúde, que basicamente é a entrega de medicação. (...) Aqui, neste grupo, a gente consegue perceber que há a tentativa de fazer um cuidado

diferente, para além disso.” (Entrevistado 4, residente multiprofissional em saúde da família)

Por sua vez, o Entrevistado 5 (trabalhador da USF) ressalta a importância do grupo como espaço de aproximação entre o usuário e o serviço de saúde na Atenção Básica, afirmando que ‘o grupo tem incentivado o usuário a participar da unidade de saúde’. Vasconcelos¹⁸ fala do ‘fosso cultural’ que existe predominantemente entre a população e os serviços de saúde, e aponta justamente os processos educativos e suas ênfases na comunicação entre sujeitos e na construção compartilhada do tratamento necessário como caminhos de superação. Por meio de experiências onde a saúde é colocada como construção cotidiana e com abordagens onde se permita a conversa franca e aberta sobre as questões de saúde, os usuários poderão sentir-se mais à vontade para trazer suas percepções, inquietações, sugestões e olhares acerca do serviço de saúde, seu funcionamento e estruturação. Em pesquisa realizada no âmbito do Saúde da Família, Vasconcelos⁶ corrobora e valoriza os grupos comunitários de saúde justamente nesse sentido.

O usuário passará a participar ativamente do serviço, na medida em que se criam oportunidades para que trabalhadores de saúde e moradores do território de atuação se debruçam coletivamente sobre o enfrentamento dos problemas de saúde e, assim, exercitem a convivência conjunta e o aprendizado mútuo, enxergando, então, que o processo de cuidado exige a mobilização de saberes distintos, não apenas o científico, mas o popular, conforme advindo das histórias de vida e da construção cidadã de cada pessoa em seu contexto social.

Nesse sentido, uma das pessoas entrevistadas destacou que avalia o grupo como

“(...) importante, mais um incentivo para as pessoas procurarem melhorar a sua saúde, inclusive (...) no que se refere à atividade física, nas caminhadas, na alimentação e em demais coisas.” (Entrevistado 3, usuário da USF)

Não obstante, um resultado muito importante dessas modificações implementadas no grupo de Hiperdia foi o surgimento de outro grupo: o grupo de caminhada.

Após iniciarmos as mudanças no grupo, a técnica de enfermagem da equipe de saúde comentou com algumas pessoas a respeito da ideia de criar um grupo de caminhada, o qual não seria voltado só para os usuários do grupo Hiperdia, mas para qualquer pessoa moradora da comunidade que quisesse participar. Os objetivos principais desse grupo de caminhada seriam o de incentivar a prática de atividade física que tanto falávamos no grupo

e o de ajudar aqueles indivíduos que não respondiam ao tratamento medicamentoso ou que apresentavam outros fatores de risco, como a dislipidemia, por exemplo. Além do mais, esse espaço poderia auxiliar, de alguma forma, aquelas pessoas que viviam sozinhas, sem companhia e muito menos alguém para conversar; bem como àquelas pessoas que desejavam iniciar a prática de atividade física, mas não sabiam como ou que não queriam fazer sozinhos por medo de alguma possível circunstância decorrente do contexto de violência que permeia nossa sociedade.

A ideia foi bastante promissora e contou prontamente com o apoio da Residência em Medicina de Família e Comunidade, da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e do PINAB, para dar início às atividades do grupo.

2. O desdobramento com a construção de um novo grupo na equipe

Antes de iniciar as atividades do grupo de caminhada, foi realizada, primeiramente, uma reunião com a equipe de saúde do Jardim Itabaiana I, onde foi exposta a ideia do grupo, explicitando, de forma clara, que não seria obrigatória a participação. Ao fim, três agentes comunitários de saúde se prontificaram a participar do grupo e sugeriu-se a realização de uma reunião com a equipe Jardim Itabaiana II, com o intuito de saber se algum membro daquela equipe gostaria de participar. Depois dessa reunião, houve uma reunião maior, contando com a participação de membros das duas equipes, da Residência em Medicina de Família e Comunidade, alguns membros do PINAB e os residentes da Residência Multiprofissional. Nesta reunião, foi novamente discutido e acordado que este seria um grupo apenas para a prática de atividade física, sem qualquer outro procedimento (como receitas, solicitação de exames etc.), deixando claro que não seria um momento para a realização de consultas, mas, sim, de uma atividade diferente, que propiciasse uma maior interação dos usuários entre si e deles com a equipe de saúde. Também foi decidido que o grupo funcionaria três vezes por semana, iniciando-se às 16 horas – horário escolhido, de forma estratégica, pelos profissionais, por acreditarem ser o melhor para a maioria dos usuários. Na última reunião realizada, foram decididos os detalhes finais, juntamente com a equipe de apoio da USF, escolhendo o dia em que as atividades começariam e deixando claro que o grupo estava inserido no processo de trabalho e que os profissionais que dele participassem iriam cessar as suas atividades na USF às 16 horas (nos dias de caminhada), sem que isso gerasse qualquer consequência negativa para eles.

Em 9 de outubro de 2015, tiveram início as ativida-

des do grupo de caminhada, começando com a realização de um lanche coletivo preparado pelas equipes de saúde. Nesse primeiro dia, contou-se com a participação de membros do PINAB, de residentes de medicina de família e comunidade e residentes multiprofissionais. Como forma de integrar os participantes da caminhada, foi realizada uma dinâmica de apresentação, seguida de alongamento e da caminhada propriamente dita.

Desde então, as atividades passaram a acontecer regularmente, com boa adesão dos usuários – os quais, em sua maioria, são assíduos na participação.

Como forma de potencializar esse momento, já aconteceu, inclusive, em um dos dias da caminhada, um momento de dança, que teve excelente aceitação por parte dos participantes do grupo.

Esse grupo tem-se mostrado positivo por uma série de razões. Inicialmente, é devido à melhora da saúde física dos usuários – como exemplo, podemos citar o caso de um usuário hipertenso que, no início das atividades, segundo ele próprio, não conseguia sequer dar duas voltas na praça onde a caminhada é realizada. Após algum tempo praticando, ele comemorou, porque passou a conseguir dar seis voltas. Além disso, na última reunião do grupo Hiperdia, anterior ao preparo deste manuscrito, ao ter a sua PA aferida, ele disse, de forma que todos pudessem ouvir, que sua pressão ‘pela primeira vez deu 12 por 8’; e que isso nunca havia acontecido antes.

Corroborando tal perspectiva em relação ao grupo de caminhada, a fala de um dos entrevistados ilustra bem essa percepção, ao afirmar que

“(...) estou me sentindo bem (...), nos dias em que faço, que participo dessa caminhada, dessa ‘física’, no dia seguinte me sinto bem de saúde, com mais entusiasmo, com mais gosto de viver.” (Entrevistado 5, usuário da USF)

Ademais, pela relação que se estabeleceu entre os usuários participantes do grupo e a equipe de saúde. No momento das atividades, os usuários passaram a conversar mais com os profissionais da equipe, e raramente essas conversas eram sobre doenças, remédios ou exames, mas sobre questões cotidianas de suas vidas, como problemas que vinham enfrentando em nível familiar, tristezas, alegrias, tornando esse grupo um espaço importante de interação e convivência, contribuindo significativamente para o fortalecimento do vínculo. Conforme ressalta o Entrevistado 6 (trabalhador de saúde):

“(...) as pessoas saem de suas casas um pouco, conversam, contam seus problemas. (...) a gente ri, a gente faz dinâmica. Então, o benefício maior para eles é tirar eles daquela

ociosidade.”

Por sua vez, outro entrevistado assinala que

“(...) nós [nos] tornamos (...) uma nova família, onde a gente ri, a gente brinca, a gente divide problemas, a gente conversa.” (Entrevistado 7, trabalhador de saúde)

Assim, para além dos relatos positivos de participantes, importa frisar que alguns destes também passaram a convidar outras pessoas para participar da caminhada. O Entrevistado 8 (usuário da USF) assevera esse sentimento, ao enfatizar que

“(...) não pretendo deixar [o grupo] nem tão cedo, [quero] aumentar [a participação] mais e mais, (...) porque eu quero saúde, (...) a gente com saúde resolve tudo.”

3. Aprendizados diante dos desafios e obstáculos

Embora as mudanças implementadas no grupo Hiperdia tenham gerado resultados positivos, nem tudo foi fácil, e tivemos que enfrentar alguns obstáculos. Percebemos que uma das maiores dificuldades para a implantação de modificações nas ações do grupo Hiperdia era devido à falta de reflexão sobre a importância das atividades educativas em saúde em uma perspectiva integral, dialogal e humanizadora, tanto por parte dos usuários como por parte da equipe de saúde. Em sua maioria, o pensamento era o de que o cuidado médico deve ser limitado a examinar o paciente, solicitar exames, prescrever medicações e que assim, prontamente, o problema estaria resolvido. Qualquer outra perspectiva de atuação que busque ir além disso é tratada como perda de tempo. São comuns casos de alguns usuários que querem ser atendidos o mais rápido possível, porque têm outras coisas para fazer em casa; sendo assim, estar em um local apenas ‘conversando’ parece desnecessário, já que o remédio já foi prescrito e os exames solicitados.

É preciso frisar que, no âmbito comunitário, especialmente em relação às DCNT, a prática da educação em saúde, particularmente com um olhar emancipador, é fundamental para o desenvolvimento pleno da dimensão da prevenção em saúde com um olhar ampliado, ou seja, articulado com a construção de aprendizagens para o cuidado à saúde de forma coerente com o bem viver e a qualidade de vida de cada pessoa, em seus contextos, desejos e anseios. Com esse olhar, na perspectiva da Educação Popular, o objetivo central das práticas e processos de educação em saúde é incorporar nos serviços iniciativas capazes de, processualmente, empoderar os indivíduos,

ajudando-os a desenvolver autonomia e responsabilidade por sua saúde, capacitando-os a tomarem suas próprias decisões para favorecer mudanças em suas condições de saúde. Os processos educativos em saúde têm influência no estilo de vida, melhorando, ainda, a relação entre profissional e indivíduo e os ambientes social e físico.¹⁹

Ademais, a Educação em Saúde, ultrapassando o simples fornecimento de informações, torna-se um caminho para se alcançarem a adesão e a participação ativa e ativa da pessoa no tratamento e a motivação da pessoa pela qualificação permanente de sua saúde²⁰. Nessa construção, a Educação em Saúde se faz imprescindível para que o serviço de saúde tenha um espaço aberto para o aprendizado em torno dos princípios em que se fundamenta o tratamento e os desafios do bem viver com tais condições crônicas não transmissíveis.³

Para que se construam processos orientados com base na Educação Popular em Saúde, faz-se necessário conhecer a realidade na qual o indivíduo está inserido, sendo fundamental admitir que o usuário possui anseios, sentimentos, experiências e preferências para atuar na atenção de forma a compartilhar conhecimentos que unam ao tratamento as pretensões do indivíduo, especialmente ao se discutirem duas DCNT, como a HAS e o DM, as quais requerem a reflexão crítica sobre a realidade para a elaboração de estratégias de implementação de mudanças de hábitos que já estão cristalizados no estilo de vida das pessoas.⁹

Conhecer a realidade em que vivem os sujeitos implica em uma abertura do profissional para perceber como os indivíduos estão situados em seu determinado contexto sociocultural. Para tanto, é preciso convidar as pessoas a deixarem o silêncio, compartilhando, então, suas experiências de vida. Entendendo que, no âmbito da educação popular, as ações de educação em saúde só terão significação real para os usuários quando elas considerarem seus saberes, suas necessidades, seus interesses; respondendo de acordo com os determinantes do meio social em que estão inseridos. Assim, as ações educativas serão construídas não somente ‘para’ os sujeitos, mas principalmente ‘com’ eles, tendo, pois, uma maior efetividade.⁹

Em relação ao apoio/gestão da Unidade, também foram observadas algumas questões, quanto à preocupação excessiva em relação às campanhas e eventos. Entretanto, quando se tratava de alguma iniciativa que seria permanente e com efeitos duradouros, variadas problemáticas surgiam como impedimento. Em certas ocasiões, o apoio da USF não se mostrava favorável à ida/participação de alguns profissionais para o grupo; como por exemplo, no caso da primeira autora deste artigo (residente de medicina), em que o apoio da USF comentava que lá estar era

‘dispensável’, e que precisavam mais dela na Unidade, para realizar atendimentos no consultório. Além disso, havia algumas ‘regras’, como a de que ‘dois profissionais de nível superior não poderiam sair da Unidade ao mesmo tempo’, que ‘a técnica de enfermagem e a enfermeira não poderiam sair ao mesmo tempo’. Em muitas ocasiões, essas regras atrapalhavam o funcionamento dos grupos e, conseqüentemente, da prática educativa em saúde que se realizaria lá, uma vez que toda a equipe de saúde precisava estar envolvida no cuidado, sendo isso de suma importância, por mostrar aos usuários que ali estão pessoas que se preocupam com eles, bem como com seu bem-estar e com sua saúde.

Faz-se necessário que haja compreensão de que um dos muitos modos de praticar a educação em saúde acontece por meio da formação de práticas e processos educativos em saúde, orientados pela perspectiva ético-política da Educação Popular. Entende-se que indivíduos que apresentam características semelhantes ou necessidades em comum podem aprender juntos, inclusive com os profissionais de saúde, e partilhar conhecimentos, além de socializar e problematizar suas ideias e seus saberes construídos ao longo de suas experiências de vida. Ao se utilizar a estratégia de realização de processos educativos em grupos comunitários, com o olhar da educação popular, ocorre a produção coletiva do conhecimento e se criam oportunidades para aprofundar discussões, ampliar, discutir e problematizar os conhecimentos sobre saúde. Também surge, em grupo, a reflexão sobre a realidade vivenciada por seus membros. Essa reflexão é importante, pois possibilita a construção de estratégias para enfrentamento dos desafios que permeiam suas situações de vida.²⁰

CONCLUSÃO

Tentando refletir e buscar possíveis soluções para as inquietações que surgiram após as observações iniciais no grupo de Hipertensão – como ele deveria funcionar, as dúvidas sobre se estávamos ou não fazendo uma prática de Educação Popular em Saúde, se estávamos oferecendo cuidado real aos usuários ou apenas fazendo ‘mais do mesmo’ e o que poderia ser pensado para que o grupo se tornasse melhor do que era –, o que percebemos foi que, tendo em vista o impacto que trazem a HAS e o DM, tanto na saúde individual quanto na coletiva, fica claro que é preciso agir. Adesão ao tratamento, autocuidado, participação crítica e ativa na construção do tratamento necessário,⁶ prevenção de agravos e promoção da saúde com qualidade de vida e bem viver são objetivos a serem alcançados na busca de uma melhor qualidade de vida aos

portadores dessas patologias.

Tendo em vista que o espaço oportunizado pelo grupo não serve somente para conversar sobre os benefícios da utilização correta da medicação ou da importância de uma alimentação saudável, mas, sim, de buscar maneiras participativas de envolver e estimular o protagonismo das pessoas em seu processo de cuidado e proporcionar que os usuários tenham uma forma diferenciada e integral de cuidado, um cuidado para além do que tradicionalmente é observado em alguns serviços de saúde.

Contudo, para além de medicalizar apenas, podemos usar, nos grupos de Hipertensão, caminhos sociais, solidários, comunitários e educativos. Como vimos, têm extrema importância na conquista desses objetivos, particularmente pela abordagem apoiada no referencial da Educação Popular em Saúde.

Para que tais resultados se solidifiquem e possam surgir outros, o que pode tornar não apenas este, mas outros grupos e práticas semelhantes cada vez mais eficazes, construímos sínteses de algumas sugestões:

- Maior incentivo à participação no grupo Hipertensão por parte do apoio/gestão, percebendo a importância dessas atividades como parte da atenção integral, sem dificultar saída da equipe para atividades que não sejam atendimento individual em consultório;
- Incentivo ao grupo de caminhada por parte do apoio/gestão, bem como de todos os membros da equipe, com ‘divulgação’ no acolhimento, consultas e demais momentos de contato com os usuários da USF, e ‘participação’, ao menos uma vez, para conhecer o grupo;
- Reuniões de planejamento das atividades do grupo, uma vez que se sabe que é de suma importância, no contexto de prevenção e promoção da saúde, não só implementar programas educativos, bem como avaliá-los periodicamente, buscando a melhoria das ações desenvolvidas e que estas se adequem às novas realidades;⁴
- Formação de profissionais voltada para a Educação Popular: sabe-se que, na grande maioria das vezes, a formação dos profissionais de saúde foca-se em práticas educativas prescritivas e verticais, sem diálogo.²¹ A mudança na formação implicaria uma perspectiva de Educação em Saúde de forma compartilhada com as pessoas da comunidade, com abordagens humanizantes, críticas, emancipa-

doras e participativas;

- Conversa permanente com os usuários sobre a importância dos grupos de encontro comunitário e dos espaços de discussão e reflexão coletivos (de preferência fora da Unidade, em algum local dentro da comunidade, para facilitar o acesso dos usuários e para que se conheçam a realidade e os problemas que são enfrentados naquele meio).

Cabe lembrar que essas sugestões não são regras e nem repercutirão em mudanças imediatas. Mesmo com o processo anterior, que propiciou modificações no grupo, isso não pode ser visto como um padrão, que sirva para qualquer grupo que deseje reorientar sua atuação, pois não há apenas um jeito de fazer transformações acontecerem, seja em um grupo, seja no funcionamento de uma USF. Imprescindível é levar em conta que conhecer cada contexto é importante, e também participação da equipe de saúde e da gestão da Unidade.

Para tanto, é preciso que tudo seja feito sem imposições ou aplicação de metas impossíveis de serem alcançadas. É preciso que a mudança seja de forma gradual e, sempre, regada por muito diálogo. Pois, como dizia Paulo Freire: “o diálogo é o momento em que os humanos se encontram para refletir sobre sua realidade tal como a fazem e refazem”.^{22,64}

REFERÊNCIAS

1. Iser BPM, Moura L, Schmidt MI, Duncan BB. Estratégias preventivas para as doenças crônicas não transmissíveis. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, organizadores. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 530-6.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Grupo Hospitalar Conceição. Protocolo de hipertensão arterial sistêmica para a atenção primária em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2009.
3. Lima ASL, Gaia ESM, Ferreira MA. A importância do Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada – PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. Saúde Coletiva em Debate. 2012; 2(1):9-17.
4. Brondani S, Cadó T, Genehr S, Pereira L, Piloneto A, Silva MR, et al. Hipertensão arterial: abordagem interdisciplinar na atenção básica. In: Anais do 3º Fórum de Fisioterapia; 2012 ago. 29-31; Santa Maria, Brasil. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano; 2012.
5. Takeda S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, organizadores. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.p. 19-32.
6. Vasconcelos EM. Educação popular e atenção à saúde da família. 6a ed. São Paulo: Hucitec; 2015.
7. Bianchini IM. Hipertensão arterial sistêmica. In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. v.2. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 1283-9.
8. Chazan ACS, Winck K. Diabetes tipo 1 e 2 In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. v.2. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 1435-43.
9. Fernandes CAO, Solano LC, Soares FRR, Barreto ELF, Oliveira LC, Carvalho FPB. Educação popular em saúde com o grupo hiperdia de uma unidade básica de saúde. Revista de Enfermagem da UFPE On-Line. 2013; 7(8):5157-64.
10. Minayo MCS. O desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28a ed. Petrópolis: Vozes; 2009. p. 9-29.
11. Silveira DT, Córdova FP. A pesquisa científica. In: Gerhardt TE, Silveira DT, organizadores. Métodos de pesquisa. Porto Alegre: UFRGS; 2009. p. 31-42.
12. Holliday OJ. Para sistematizar experiências. 2a ed. Brasília: Ministério do Meio Ambiente; 2006.
13. Simon AA. Sistematização de processos participativos: o caso de Santa Catarina. Revista Brasileira de Agroecologia. 2007;2(1):540-3.
14. Godoi CK. Grupo de discussão como prática grupal de pesquisa qualitativa: possibilidades abertas aos estudos organizacionais. In: Anais do IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade; 2013 nov. 3-5; Brasília, Brasil. Brasília: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração; 2014.
15. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 13 jun. 2013.

16. Gadotti M. Concepção dialética da educação: um estudo introdutório. 14a ed. São Paulo: Cortez; 2003.

17. Cruz PJSC. Agir crítico em nutrição: uma construção pela educação popular [tese]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2015.

18. Vasconcelos EM. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. Physis. 2004; 14(1):67-83.

19. Motta MDC, Peternella FMN, Santos AL, Teston EF, Marcon SS. Educação em saúde junto a idosos com hipertensão e diabetes: estudo descritivo. Revista Maringá Review. 2014; 18(2):48-53.

20. Felipe GF. Educação em saúde em grupo: olhar da enfermeira e do usuário hipertenso [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Estadual do Ceará; 2011.

21. Sales CM. Possibilidades e limites de execução das ações de promoção de saúde nos moldes da educação popular em saúde na estratégia saúde da família [tese]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2009.

22. Freire P, Shor I. Medo e ousadia: o cotidiano do professor. Tradução de Adriana Lopez. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2013.

Submissão: agosto de 2017

Aprovação: novembro de 2017
