UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JOSÉ SEBASTIÃO DE FIGUEIREDO

**DESAFIOS E PERSPECTIVAS EM ATIVIDADES EDUCATIVAS DE PROMOÇÃO
DA SAÚDE DE UM GRUPO DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL,
SOB O PARADIGMA DA INTERDISCIPLINARIDADE**

Ribeirão Preto

2006

JOSÉ SEBASTIÃO DE FIGUEIREDO

**DESAFIOS E PERSPECTIVAS EM ATIVIDADES EDUCATIVAS DE PROMOÇÃO
DA SAÚDE DE UM GRUPO DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL,
SOB O PARADIGMA DA INTERDISCIPLINARIDADE**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em
Enfermagem junto ao Departamento de
Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública.
Linha de Pesquisa: “Práticas, Saberes e
Políticas de Saúde”.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Angela Maria Magosso Takayanagui

Ribeirão Preto

2006

FICHA CATALOGRÁFICA

Figueiredo, José Sebastião de

Desafios e perspectivas em atividades educativas de promoção da saúde de um grupo de portadores de hipertensão arterial, sob o paradigma da interdisciplinaridade. Ribeirão Preto, 2006.

331 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Takayanagui, Angela Maria Magosso.

1. Promoção da saúde 2. Hipertensão arterial sistêmica
3. Educação conscientizadora 4. Interdisciplinaridade

FOLHA DE APROVAÇÃO

José Sebastião de Figueiredo
Desafios e perspectivas em atividades
educativas de promoção da saúde de
um grupo de portadores de
hipertensão arterial, sob o paradigma
da interdisciplinaridade.

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor.
Área de Concentração: Enfermagem
Materno-Infantil e Saúde Pública.
Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes
e Políticas de Saúde.

Aprovado em: _____/_____/_____

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

À minha mãe (in memoriam).

Ao meu pai, pelo apoio, carinho e vontade de viver.

À Maria Abadia, exemplo de mãe, mulher e companheira.

Ao meu filho e amigo Paulo Oliveira.

À minha filhinha Bruna, que sonha com os padrinhos mágicos e já cria e escreve suas primeiras histórias.

À Prof^a. Márcia Antunes Ramos, pela organização dos originais, por enfrentar os reveses da metodologia e da informática e, principalmente, pela dedicação e apoio em todos os momentos.

Dizem que mãe é insubstituível. Ao perder minha mãe, o luto tornou-se solidão. Minha orientadora, com sua tolerância, acolhimento e generosidade no ato de educar, mostrou-me que posso estar só (em relação à mãe), sem necessariamente me sentir muito em solidão. Guiado pela “mãe-orientadora” consegui chegar ao final deste trabalho. A você, Prof^a. Angela Maria Magosso Takayanagui, minha eterna gratidão.

AGRADEÇO:

À minha família, pelo apoio.

À Prof^a. Silvana Mishima pelas valiosas orientações, pelo carinho e compreensão dispensados neste trabalho.

À Banca Examinadora: Prof^a. Angela Pierin, Prof^a. Lisete Diniz Ribas Casagrande, Prof^a. Silvana Mishima e Prof^a. Sônia Vilela, pelas valiosas e profundas sugestões.

Em nome das Professoras Eugênia Veiga e Maria José Bistafa, todo o corpo docente do Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública – DEMISP, pelo incentivo e compreensão.

Em nome de Kethleen e Marta, a paciência e a compreensão de todo o pessoal da Secretaria de Pós-graduação.

À Bernadete, competente orientadora da Sala de Leitura, pessoa gentil, prestativa e carinhosa, que sempre auxiliou em relação às dúvidas metodológicas deste trabalho.

Em nome de Andréa, aos colaboradores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Em nome de Regilene, Nathalie e Divaldo, todos(as) os(as) colegas da Pós-graduação.

Em nome da Prof^a. Marli Villela Mamede, aos colegas da Sigma Theta Tau International.

Em nome da Prof^a. Ivani Fazenda e Prof^a. Mere Abramowicz, o acolhimento da coordenação, colegas e colaboradores do Programa de Pós-graduação em Educação: Currículo – PUC – SP.

Em nome da Prof^a. Dedê Prais, o apoio da FACTHUS.

Em nome do Prof^o. Dedé, aos colegas e amigos das Faculdades Associadas de Uberaba – FAZU, pelo companheirismo, apoio e consideração.

Em nome da Prof^a. Iranilde Messias Mendes, a todas as pessoas da Universidade de Uberaba, que direta ou indiretamente incentivaram esta pesquisa.

Em nome da Sra. Maria Auxiliadora Felipe, exemplo de humildade e persistência, aos membros da Associação Amigos dos Hipertensos de Uberaba – ASAH-UB.

Em nome da Sra. Maria Aparecida Ferreira Alves, exemplo de dedicação, competência e amizade, pelo apoio ao nosso trabalho, a toda comunidade da Vila São Cristóvão.

Em nome de: Profº. Jair Lemes, Profº. Renato Muniz e Profº. Ronan Gomes, aos colegas, amigos e gestores da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, pelo apoio, solidariedade e compreensão nas substituições de minhas atividades acadêmicas, auxiliando de forma preponderante o desenvolvimento e término deste trabalho.

Em nome de Heloísa Aparecida Tinoco, ao pessoal do SEBRAE-MG. Tenho certeza que além do carinho e compreensão, meu aprendizado foi sedimentado nas parcerias celebradas.

À Profª. Maria Auxiliadora Gontijo, que leu os originais, sugerindo modificações valiosas.

À Dona Júlia e à Dona Dinah que pacientemente conviveram com os livros e teses espalhados por toda a casa e mesmo assim, tentaram preservar a normalidade da vida doméstica.

Aos alunos e alunas que no meu cotidiano, sempre me ensinaram “o amanhã” da Educação.

E, por fim, a todas as demais pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

“Tudo vale a pena se a alma não é pequena”.

Fernando Pessoa

“O importante não é o que fizeram conosco, mas, o que vamos fazer com o que fizeram conosco”.

Jean Paul Sartre

“Eu prefiro ser, essa metamorfose ambulante, do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo”.

Raul Seixas

SUMÁRIO

RESUMO.....	i
ABSTRACT.....	ii
RESUMEN	iii
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	iv
LISTA DE SIGLAS.....	v
APRESENTAÇÃO	1
1 INTRODUÇÃO	8
2 REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1 Histórico da promoção da saúde.....	17
2.2 Educação conscientizadora e a hipertensão arterial sistêmica	31
2.2.1 Histórico sobre educação conscientizadora.....	31
2.2.2 Panorama da hipertensão arterial sistêmica	36
2.2.3 Empoderamento e consciência crítica	47
2.3 Educação problematizadora e interdisciplinaridade	50
2.3.1 O método de problemas.....	50
2.3.2 O esquema pedagógico de Charles Maguerez	52
2.3.3 Conceito de interdisciplinaridade	55
3 JUSTIFICATIVA.....	64
4 OBJETIVOS	73
4.1 Objetivo geral	74

4.2 Objetivos específicos	74
5 METODOLOGIA	75
5.1 Tipo de pesquisa	76
5.2 Local do estudo	82
5.3 Sujeitos participantes do estudo.....	84
5.4 Abordagem metodológica.....	86
5.5 Procedimentos da pesquisa	88
5.6 Análise de dados	95
5.7 Aspectos éticos da pesquisa	96
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	97
6.1 Caracterização da equipe multiprofissional	98
6.1.1 Diagnóstico da situação da equipe multiprofissional.....	101
6.1.2 Equipe multiprofissional e interdisciplinaridade: os caminhos possíveis..	104
6.1.3 Formação de um profissional crítico: desafios e perspectivas	137
6.2 Caracterização dos portadores de hipertensão arterial	179
6.2.1 Diagnóstico da situação dos portadores de hipertensão arterial.....	180
6.2.2 Análise das práticas educativas com os portadores de hipertensão arterial sistêmica	191
6.2.2.1 Desenvolvimento dos temas	195
6.3 Observações gerais sobre a análise da metodologia utilizada.....	207
6.3.1 A dialogicidade interdisciplinar e a equipe multiprofissional.....	208
6.3.2 Análise temática aplicada à equipe multiprofissional	209
6.3.3 A educação conscientizadora aplicada aos portadores de hipertensão arterial sistêmica	215
6.3.4 Empoderamento e educação conscientizadora	217
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	219

7.1 Comentários em relação ao grupo de PHAS e à comunidade da Vila São Cristóvão.....	220
7.2 Comentários em relação à EQM	228
7.3 Sugestões	232
7.3.1 Proposições para futuros estudos.....	234
7.4 Notas (in) conclusivas	235
8 REFERÊNCIAS.....	237
ANEXOS	257
Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	
Anexo B – Fábula da Convivência	
APÊNDICES	260
Apêndice A – Mapa do local de estudo inserido no espaço geográfico do município de Uberaba – MG, com sua rede de Unidades Básicas de Saúde (UBS)	
Apêndice B – Metodologia padronizada para aferição da pressão arterial	
Apêndice C – Cronograma de trabalho com a equipe multiprofissional	
Apêndice D – Roteiro de observação participante	
Apêndice E – Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “interdisciplinaridade”	
Apêndice F – Roteiro para entrevista de acompanhamento dos trabalhos educativos desenvolvidos pela equipe multiprofissional	
Apêndice G – Instrumento de levantamento do perfil dos componentes do grupo de portadores de hipertensão arterial sistêmica	
Apêndice H – Instrumento de levantamento da percepção dos portadores de hipertensão arterial sistêmica em relação às práticas educativas	
Apêndice I – Cronograma de atendimentos ao grupo de portadores de hipertensão arterial sistêmica	
Apêndice J – Detalhamento dos trabalhos educativos com a equipe multiprofissional	
Apêndice K – Termo de esclarecimento para os participantes da equipe multiprofissional	

Apêndice L – Termo de esclarecimento para os componentes do grupo de portadores de hipertensão arterial sistêmica

Apêndice M – Termo de autorização de uso de imagem - (profissional)

Apêndice N – Termo de autorização de uso de imagem - (usuário dos serviços)

Apêndice O – Orientações gerais para lidar com portadores de hipertensão arterial sistêmica adaptadas de Pérez Riera

Apêndice P – Cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC)

Apêndice Q – Dinâmica de Grupo: “Jardim das rosas”

Apêndice R – Respostas do 1ª questionário sobre o perfil do grupo de portadores de hipertensão arterial

Apêndice S – Registros fotográficos de algumas ações realizadas no local de estudo

RESUMO

FIGUEIREDO. J. S. Desafios e perspectivas em atividades educativas de promoção da saúde de um grupo de portadores de hipertensão arterial, sob o paradigma da interdisciplinaridade. 2006. 331 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Este estudo buscou identificar mudanças ocorridas com um grupo de PHAS, a partir de atividades educativas de promoção da saúde desenvolvidas por uma equipe multiprofissional (EQM), tendo como referencial o paradigma da interdisciplinaridade. Ressalva-se que estudos sobre interdisciplinaridade no setor de saúde no Brasil são recentes, mas podem propiciar uma revisão nas práticas dos trabalhadores de saúde, especialmente, por meio de ações de conscientização e problematização. Os sujeitos constituíram-se de 09 (nove) profissionais previamente selecionados, formando a EQM (grupo 1) e 10 (dez) PHAS (grupo 2), escolhidos segundo critérios estabelecidos no projeto de pesquisa. Foi desenvolvido um programa educativo com a EQM, implantando e implementando estratégias interdisciplinares. Posteriormente a EQM desenvolveu atividades educativas com o grupo de PHAS, fundamentadas na Pedagogia da Problematização. Os dados foram obtidos a partir da aplicação de entrevistas semi-estruturadas, dinâmicas de grupo, registro das verbalizações dos sujeitos, análise documental e observação participante. Analisamos os dados coletados do grupo 1 – atitude interdisciplinar, diálogo, educação, filosofia e pesquisa – fundamentados na análise temática proposta por Minayo. Com o grupo 2 foi realizado o levantamento dos temas geradores – obesidade, tabagismo, ingestão de sal, álcool, consumo de café, sedentarismo e atividades de lazer – desenvolvendo os círculos de cultura, propiciando reflexão e conscientização em relação ao empoderamento. As análises problematizam a atitude interdisciplinar da EQM nos trabalhos educativos com o grupo de PHAS e a relação desse grupo com as mudanças de estilo de vida, ações preventivas e autocuidado em saúde. Os resultados revelaram que a EQM assimilou teoricamente as características de um trabalho interdisciplinar, gerando reciprocidade, troca de conhecimentos e enriquecimento mútuo. A práxis revelou-se promissora e, com o aprofundamento dos trabalhos, houve uma tendência para horizontalização do poder. As repercussões ao final dos trabalhos com os PHAS indicam alcance dos objetivos de socialização e debate de informações sobre saúde e estilo de vida, reforço de auto-estima e ampliação dos contatos e da rede social. Ficou marcante o fato do empoderamento para o autocuidado e, principalmente, as reivindicações em relação à melhoria da qualidade de vida individual e da comunidade. Concluindo, o projeto é um processo em *construção*, na direção de incorporar uma perspectiva interdisciplinar mais ampla na promoção da saúde.

Palavras-chave: Promoção da saúde. Hipertensão arterial sistêmica. Educação conscientizadora. Empoderamento. Interdisciplinaridade.

ABSTRACT

FIGUEIREDO. J. S. Challenges and perspectives in educational activities for health of promotion with a group of arterial hypertension sufferers, under an interdisciplinary paradigm. 2006. 331 p. Thesis (Doctorate) - School of Nursing of Ribeirão Preto. University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

This study looked for to identify changes occurred with a group of SHs, sufferers, beginning with educational activities of promotion developed by a multiprofessional team (MPT), having as reference an interdiscipline in the Brazilian health sector are recent, but they can propitiate a revision in the practices of healthcare works, especially, in multiprofessional teams with regard to their prevention treating of problems. The subjects were consisted of 09 (nine) previously selected professionals, forming MPT (group 1) and 10 (ten) sufferers of SH (group 2), chosen according to established criteria in the research project. An educational program was developed with M, implanting and implementing interdisciplinary strategies. Later the MPT developed educational with group 2, based upon the Pedagogy of Problem Solving. The data was obtained beginning with semi structure interviews, group dynamics, registration of subjects comments, documentary analysis and participant observation. We analyzed the collected data of the group 1 - interdisciplinary attitude, dialogue, education, philosophy and research – based upon the thematic analysis proposed by Minayo. With the group 2 the realization of generating themes was accomplished - obesity, smoking habit, salt ingestion, alcohol use, coffee consumption, sedentarism and leisure activities - developing the culture circles, propitiating reflection and understanding in relation to the empowerment. The analyses demonstrate the interdisciplinary attitude of MPT is it educational work with the group of SHs and the relationship of that group 2's lifestyle changes, preventive actions and self-care measures health. The results revealed that MPT theoretically assimilated the characteristics of an interdisciplinary work thereby generating reciprocity, change of knowledge and mutual enrichment. The opening stage showed promise and, with sufferers of SH indicate a reaching of the objectives for behavior change and an opening of the excharde or information regard in health and lifestyle, self-esteem and mainly the claims in relation to the improvement in the quality, of life for the individual as well as of community were noteworthy. Concluding, this project is a process for the development, of a way which incorporates a wider interdisciplinary perspective in the promotion of better health.

Keywords: Health Promotion. Systemic hypertension. Awareness education. Empowerment. Interdisciplinary.

RESUMEN

FIGUEIREDO. J. S. Desafios y perspectivas en actividades educativas de programas de salud en un grupo de portadores de hipertensión arterial, bajo el paradigma de la interdisciplinariedad. 2006. 331 f. Tesis (Doctorado) – Escuela de enfermería de Ribeirão Preto. Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Este estudio buscó identificar cambios ocurridos con un grupo de HSs, a partir de actividades educativas de promoción de la salud desarrolladas por un equipo interdisciplinario. La interdisciplinariedad en Brasil en la sección salud es reciente, lo que ha enriquecido las prácticas de trabajadores de la salud en el trabajo de prevención y entendimiento de la enfermedad. Los sujetos se constituyeron de 09 (nueve) profesionales previamente seleccionados, formando el EMP (grupo 1) y 10 (diez) HSs (grupo 2), escogido según el criterio establecido en el proyecto de la investigación. Se ha desarrollado un programa educativo con el EMP, implantando y llevando a cabo las estrategias interdisciplinarias. Luego el EMP desarrolló actividades educativas con el grupo de HSs, basado en la Pedagogía Problemática. Los datos fueron obtenidos a partir de la aplicación de entrevistas semi-estructuradas, dinámicas de grupo, registro de las verbalizaciones de los sujetos, análisis documental y observación del participante. Analizamos los datos colectados del grupo 1 - actitud interdisciplinaria, diálogo, educación, filosofía e investigación - basados en el análisis temático propuesto por Minayo. Con el grupo 2 fue realizado el levantamiento de los temas generadores - la obesidad, el tabaquismo, la ingestión de sal, el alcohol, el consumo de café, sedentarismo y actividades de ocio - desarrollando los círculos de cultura, propiciando la reflexión y entendiendo respecto al fortalecimiento. El análisis problematiza la actitud interdisciplinaria de EMP en los trabajos educativos con el grupo de HSs y la relación de ese grupo con los cambios de estilo de vida, acciones preventivas y autocuidado en la salud. Los resultados revelaron que ese EMP asimiló teóricamente las características de un trabajo interdisciplinario, generando reciprocidad, intercambio de conocimientos y enriquecimiento mutuo, se vio una tendencia a la horizontalización del poder. La repercusión al final del trabajo con HSs indicaba alcance de los objetivos de socialización y intercambio de informaciones sobre la salud y estilo de vida, refuerzo de autoestima y amplitud social. Se vio aumentando el cuidado en el plano individual y social. Al concluir, este proyecto se puede hallar del deseo de una perspectiva más amplia para la salud.

Palabras clave: Información sobre salud. Hipertensión arterial sistémica. Educación conscientizadora. Prevención – cuidados para la salud. Interdisciplinariedad.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Modelo de Determinação Social.....	20
Quadro 1	Valores classificatórios de pressão arterial.....	39
Quadro 2	Estratificação de risco e decisão terapêutica na hipertensão arterial conforme o JNC-VI.....	39
Figura 2	Representação do “Esquema do Arco Charles Maguerez”.....	55
Quadro 3	Tipos de práticas “interdisciplinares”	62
Figura 3	Aplicações no trabalho de <i>promoção da saúde</i> e <i>interdisciplinaridade</i>	90
Figura 4	Procedimento Triangulatório em Pesquisa.....	94
Figura 5	Caracterização dos profissionais participantes da pesquisa segundo sexo, estado civil, idade e tempo de trabalho na área.....	100
Figura 6	Pergunta 1 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “ <i>interdisciplinaridade</i> ”	105
Figura 7	Pergunta 2 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “ <i>interdisciplinaridade</i> ”	108
Figura 8	Pergunta 3 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “ <i>interdisciplinaridade</i> ”	109
Figura 9	Pergunta 4 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “ <i>interdisciplinaridade</i> ”	110
Figura 10	Pergunta 5 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “ <i>interdisciplinaridade</i> ”	112
Figura 11	Pergunta 6 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “ <i>interdisciplinaridade</i> ”	114

Figura 12	Pergunta 7 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “ <i>interdisciplinaridade</i> ”.....	119
Figura 13	Pergunta 8 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “ <i>interdisciplinaridade</i> ”.....	120
Figura 14	Pergunta 9 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “ <i>interdisciplinaridade</i> ”.....	122
Figura 15	Pergunta 10 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “ <i>interdisciplinaridade</i> ” – resposta 1.....	124
Figura 16	Pergunta 10 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “ <i>interdisciplinaridade</i> ” – resposta 2.....	125
Figura 17	Pergunta 10 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “ <i>interdisciplinaridade</i> ” – resposta 3.....	127
Figura 18	Pergunta 10 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “ <i>interdisciplinaridade</i> ” – resposta 4.....	128
Figura 19	Pergunta 10 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “ <i>interdisciplinaridade</i> ” – resposta 5.....	129
Figura 20	Pergunta 11 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “ <i>interdisciplinaridade</i> ”.....	131
Figura 21	Pergunta 12 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “ <i>interdisciplinaridade</i> ”.....	135
Figura 22	Pergunta 13 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “ <i>interdisciplinaridade</i> ”.....	136
Figura 23	Imagens sobre obesidade.....	195
Figura 24	Imagens sobre tabagismo.....	196
Figura 25	Imagens sobre ingestão de sal.....	197

Figura 26	Imagens sobre ingestão de bebida alcoólica.....	200
Figura 27	Imagens sobre consumo de café.....	201
Figura 28	Imagens sobre sedentarismo.....	202
Figura 29	Imagens sobre atividades de lazer.....	202
Figura 30	Classificação e frequência dos resultados para procedimentos da análise temática.....	210
Figura 31	Agregação e frequência dos assuntos para procedimento de análise temática.....	211
Quadro 4	Vantagens e desvantagens da aferição da PA no domicílio	263
Quadro 5	Referência ao sódio em portadores de hipertensão arterial sistêmica.....	304
Quadro 6	Índice de massa corpórea (IMC) para maiores de 18 anos.....	309
Figura 32	Palestra sobre segurança no bairro.....	329
Figura 33	Vista parcial do terreno da AMVSC.....	329
Figura 34	Evento “Prevenção da hipertensão arterial”	329
Figura 35	Evento “Prevenção da hipertensão arterial”	330
Figura 36	Evento “Prevenção da hipertensão arterial”	330
Figura 37	Evento “Prevenção da hipertensão arterial”	330
Figura 38	Reunião dos moradores, após missa dominical.....	331
Figura 39	Festa do Dia das Mães.....	331
Figura 40	31º encontro na Capela São Cristóvão.....	331

LISTA DE SIGLAS

AMVSC	Associação de Moradores da Vila São Cristóvão
ASAH – UB	Associação Amigos dos Hipertensos de Uberaba
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CETRANS	Centro de Estudos Transdisciplinares
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
EQM	Equipe Multiprofissional
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
FACTHUS	Faculdade de Talentos Humanos
FMTM	Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro
GEPI	Grupo de Estudos e Pesquisas da Interdisciplinaridade
GREP	Grupo de Estudos Psicanalíticos
HA	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IES	Instituição de Ensino Superior
JNC	Joint National Committee
IMC	Índice de Massa Corpórea
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NSF	Núcleo de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG'S	Organizações Não Governamentais

OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PHA	Portador de Hipertensão Arterial
PHAS	Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica
PSF	Programa Saúde da Família
PS	Promoção da Saúde
SMSU	Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UNIUBE	Universidade de Uberaba
USP	Universidade de São Paulo

APRESENTAÇÃO

Graduado em Psicologia Clínica e Licenciatura em Psicologia pelas Faculdades Integradas de Uberaba – MG (atualmente Universidade de Uberaba) em 1986, iniciei os atendimentos em consultório de Psicologia em 1987, onde continuo até o presente.

Já em 1983, iniciei minhas experiências com o magistério em uma Escola Estadual na cidade de Uberaba – MG, com alunos do ensino médio.

Após a graduação, fiz um curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica, oferecido pelo Grupo de Estudos Psicanalíticos (GREP), de Belo Horizonte – MG, ministrado pelo Professor Doutor Luis Carlos Drumond. Nessa época, durante minhas atividades como Psicólogo e Professor, comecei a perceber que havia uma lacuna entre a teoria e a prática. Notei que a minha graduação foi de certa forma bastante positivista, ou seja, as disciplinas deveriam dispor-se ou ordenar-se conforme uma ordem de subordinação hierárquica, como se pudessem formar naturalmente uma cadeia orientada ou univocamente direcionada, isto é, sem dependências recíprocas, sem reversibilidade ou sem interdependências mútuas, conforme afirma Japiassu (1976) em suas obras.

Em agosto de 1987, fui contratado por uma Instituição de Ensino Superior (IES) para ministrar aulas de Ciências Sociais. Em 1988, já estava lecionando em duas IES, nas disciplinas de: Ciências Sociais, Filosofia Política, Psicologia Social, Psicologia Social Aplicada à Comunicação, Sociologia, Sociologia da Educação e Estudos dos Problemas Brasileiros.

No decorrer dessas experiências, identifiquei que estava repetindo o modelo de graduação pelo qual passei e me senti incomodado, pois o aluno não conseguia perceber esse direcionamento coercitivo. No convívio e indagações feitas aos

colegas professores, percebi que havia, na maioria das vezes, "fronteiras" e "demarcações de territórios", entre as diferentes disciplinas.

E assim foi aumentando minha inquietação a respeito dessa questão, fortalecendo meu entendimento de que os conceitos de disciplina podem ser traduzidos pela progressiva exploração científica da especialização numa certa área de estudo. Hoje, consigo perceber, de forma mais clara, que as estruturas curriculares dos diversos cursos, com os quais venho mantendo contato, desembocam certamente na dissociação do real humano, num tecnicismo e num suposto autoritarismo do *saber*.

De forma oposta, falar em *interdisciplinaridade* pressupõe a "interação de diversas disciplinas", como diz Japiassu (1976), que entende "disciplina como uma determinada ciência". Eu prefiro usar a palavra "saber". Vejo profissionais que possuem "saberes" e uma tentativa de entrelaçamento, de con-vivência (para usar uma terminologia Heideggeriana) entre tais "saberes", buscando a *interdisciplinaridade*.

Foi com tais preocupações "disciplinares" e "interdisciplinares" incipientes que ingressei na Pós-Graduação em Filosofia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas – SP, apresentando um anteprojeto de pesquisa que investigava questões tais como Epistemologia e Existencialismo na Psicanálise. Fui acolhido de forma bastante solícita, como orientando, pelo Professor Doutor João Carlos Nogueira, obtendo o título de Mestre em 1994.

O estudo da filosofia contribuiu de forma significativa para que eu pudesse superar dogmas advindos da minha formação acadêmica, em relação à minha *práxis* docente e nos atendimentos clínicos.

A partir de 1997, assumi as atividades docentes das disciplinas: Antropologia Filosófica e Ciências Sociais Aplicadas à Saúde nos cursos de Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social da Universidade de Uberaba.

Foi uma inserção profunda na área de saúde, envolvendo docência, projetos de iniciação científica e reuniões com diretores(as) de cursos para montagem de programas ligados às Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Uberaba – MG.

Assim, o interesse por esta pesquisa foi se produzindo a partir do acúmulo de experiências, contradições, críticas, desafios, dúvidas e alternativas para a *promoção da saúde*.

No 1º semestre de 2001, ao final de uma palestra ministrada pela Professora Doutora Lisete Diniz Ribas Casagrande, na Universidade de Uberaba, tive uma primeira oportunidade de dialogar sobre minhas dúvidas e meu possível anteprojeto para um Doutorado. Fui então encaminhado à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para cursar, como aluno especial, a disciplina “Ecologia e Saúde”, ministrada pelas Professoras Doutoras Angela Maria Magosso Takayanagui e Iranilde José Messias Mendes.

Cursando esta disciplina na EERP-USP, tive contato com o Paradigma da Complexidade, o Pensamento Sistêmico, a Interdisciplinalidade e a Transdisciplinalidade, vislumbrando, assim, a possibilidade de uma aproximação de tais paradigmas com a *promoção da saúde*. Em contato com a Prof.^a Dra. Iranilde José Messias Mendes, que gentilmente cedeu cópias de várias anotações, artigos, revistas e também de um Projeto de Promoção da Saúde do Idoso, consegui traçar

algumas perspectivas de um trabalho voltado para práticas educativas aplicadas à saúde.

Cursei também, como aluno especial, no Programa de Pós-Graduação em Medicina Social da Universidade de São Paulo – campus de Ribeirão Preto - SP, a disciplina “Políticas de Saúde” com o Professor Doutor Juan S. Rocha, levando-me a uma reflexão sobre a questão da crise do setor de saúde no Brasil, inter-relacionada à formação dos profissionais da área.

Fazendo pesquisas via Internet, lendo livros e artigos, constatei que a PUC – SP tem um Centro de Excelência em Estudos Interdisciplinares, coordenado pela Professora Doutora Ivani Catarina Fazenda.

No ano de 2002, escrevi um Projeto sobre *interdisciplinaridade*, dirigido ao Programa de Pós-Graduação em Educação: Currículo da PUC – SP. Paralelamente, esbocei as idéias deste trabalho sobre *interdisciplinaridade* e equipes multiprofissionais atuando na *promoção da saúde*.

Desse modo, fui amadurecendo a idéia e interesse em estudar a relação entre *interdisciplinaridade* e a prática de educação em saúde, baseada em método de educação transformadora, escolhendo como cenário de estudo um grupo de educação em saúde para portadores de hipertensão sistêmica (PHAS).

Em 2003, ingressei no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, experiência revelada extremamente enriquecedora em relação à formação em pesquisa, ao aperfeiçoamento das atividades docentes e à convivência com professores(as) e colegas, elevando, de forma significativa, meus conhecimentos.

As disciplinas cursadas neste programa de Pós-graduação, principalmente: “Ecologia e Saúde”, “Aleitamento Materno: Abordagem Social” e “Gestão do

Processo de Trabalho em Saúde – Repensando as Teorias Gerenciais e do Trabalho” contribuíram significativamente para meu crescimento profissional, mostrando visões alternativas sobre o indivíduo assistido e combatendo a noção fragmentária de *promoção da saúde*.

Outras duas disciplinas, “O Processo de Pesquisa em Saúde: Perspectivas Teórico-Metodológicas” e “Educação em Saúde, segundo a Pedagogia da Problematização”, contribuíram ainda mais para a crença de que existem métodos educativos eficazes para promover a saúde, levando uma melhor assistência aos indivíduos e, em especial, ao portador de hipertensão arterial sistêmica, melhorando assim, sua qualidade de vida.

Finalmente, devo ressaltar que cursei várias disciplinas no Programa de Pós-Graduação em Educação: Currículo da PUC – SP. Dentre elas, destacam-se: “Seminário de Pesquisa”, “Epistemologia e Educação”, “Estudos Avançados em Currículo”, “A Formação do Professor Pesquisador: Desafios Metodológicos”, “Avaliação de Currículo”, “Fundamentos Epistemológicos da Pesquisa Intervenção”, “Interdisciplinaridade na Educação: Fundamentos Epistemológicos e Metodológicos” e “Complexidade, Auto-Organização e Interdisciplinaridade em Ambientes de Aprendizagem Informatizados”. Essa última disciplina teve seus créditos transferidos para o Programa de Pós-graduação que estava cursando na EERP – USP.

O ponto mais gratificante na PUC – SP foi ter sido acolhido no Grupo de Estudos e Pesquisas da Interdisciplinaridade (GEPI), pela Professora Doutora Ivani Catarina Fazenda, considerada uma das maiores pesquisadoras sobre Interdisciplinaridade da América Latina. O convívio de 3 (três) anos, preencheu lacunas e levantou vários questionamentos sobre as possibilidades de atuar interdisciplinarmente, facilitando a compreensão global da realidade, percebendo

que o conhecimento interdisciplinar ultrapassa os limites do saber escolar e se fortalece à medida que ganha a amplitude da vida social.

1 INTRODUÇÃO

O conceito de Promoção da Saúde (PS) aparece na década de 40, de forma bastante incipiente com Sigerist, que a define como uma das tarefas essenciais da medicina social. Vem novamente à tona na década de 60, com o incentivo à prevenção de doenças, estimulando hábitos e comportamentos saudáveis e com a preocupação de estar atuando nos fatores de risco, onde a PS entra como parte da prevenção primária (CHAPLE, 2000).

Nos anos 70, com a crise dos sistemas de saúde, continua-se a perceber que ações curativas não alcançavam eficientemente a resolução dos problemas de saúde; era preciso intervir nos determinantes do processo de adoecer. Aparece, então, o informe Lalonde (1974), que é um marco na *promoção da saúde*, definindo quatro grandes fatores de risco no campo da saúde: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde (TEIXEIRA, 2002).

Um dos grandes desafios do século XXI, na área de saúde, é atender às necessidades da educação em saúde para a população, alcançando mudanças de comportamento que possam contribuir para um maior nível de saúde e melhor qualidade de vida urbana. Nesse contexto, questões como a interdependência entre, meio ambiente e saúde humana, sedimentaram-se no século XX, embora essa já fosse uma preocupação do grande filósofo Hipócrates, 400 anos a.C. (TAKAYANAGUI, 2004).

A educação em saúde representa uma das fundamentações das práticas de assistência à saúde, tendo como um dos focos os líderes de equipes de saúde. É mister destacar que o líder tem como funções orientar e liderar equipes, que se constituem também em agentes multiplicadores para manter o público não apenas bem informado, mas preparando-os para uma maior conscientização e, conseqüentemente, contribuindo para a *promoção da saúde* da comunidade.

A educação em saúde pode ajudar as pessoas a conviverem com a doença (em especial nos casos crônicos), tendo o direito de buscar informação do cuidado em saúde, tornando-se, assim, capazes de participar ativamente do autocuidado (SMELTZER; BARE, 1998; PEREIRA, 2003).

Dentre os diversos problemas de saúde na atualidade, tornam-se mais evidentes os problemas crônicos, com patologias não transmissíveis que, cada vez mais, destacam-se nas estatísticas de morbi-mortalidade, principalmente em países desenvolvidos.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos principais problemas de saúde pública no Brasil, estando inserida no grupo de doenças crônicas não transmissíveis e sendo importante também, pelo fato da precariedade da assistência à população hipertensa no país, apesar de ser de identificação relativamente simples e pela eficácia de seu tratamento. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) mostra que a prevalência estimada de hipertensão é atualmente 35% da população acima de 40 anos. Isso representa, em números absolutos, 17 milhões de portadores da doença. Cerca de 75% dessas pessoas recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para receber atendimento; 50% das pessoas que têm hipertensão desconhecem sua condição de portador de hipertensão arterial sistêmica (PHAS) e, por ano, cerca de 300 mil pessoas morrem em consequência das doenças cardiovasculares (BRASIL, 2005).

Assim, o seu acometimento nos órgãos-alvo é um dos principais responsáveis pelo ônus financeiro e social do país. A prevenção, a detecção precoce e o tratamento da HAS significam desafios para a saúde pública e devem ser enfrentados.

A hipertensão arterial, que atualmente é classificada como síndrome, é provocada pela elevação da pressão arterial acima dos níveis normais e pode responder bem a práticas e estilos de vida saudáveis, sendo a educação em saúde uma importante estratégia para isso e uma das alternativas mais destacadas no início deste novo século, para o enfrentamento desse mal, que representa um dos grandes problemas de saúde pública.

Em se tratando de práticas de educação em saúde, Takayanagui (1993), destaca a importância da adoção de práticas educativas conscientizadoras, que consigam contribuir para a internalização da necessidade de mudança de atitude frente a um dado problema.

Reafirmando tal pressuposto, consideramos nesta investigação, a possibilidade de inter-relacionar a *promoção da saúde* com práticas educativas baseadas na metodologia Freiriana e no paradigma da *interdisciplinaridade*.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada grande problema de saúde pública, podendo seus efeitos serem minimizados a partir da educação e *promoção da saúde*, especialmente se as práticas educativas forem embasadas em métodos participativos, coordenados por equipes multiprofissionais, que trabalhem segundo a perspectiva da *interdisciplinaridade*.

Vários estudos destacam que a participação efetiva da equipe multiprofissional (EQM), especialmente com medidas de educação em saúde, pode contribuir para a adesão dos portadores de hipertensão arterial sistêmica ao tratamento (CHOR, 1999).

A adesão ao tratamento significa a observância aos meios orientados para a manutenção ou melhora da saúde, buscando, com tal comportamento, a diminuição dos sinais e sintomas de uma doença (CESARINO, 2000).

Os termos adesão, aderência ou observância ao tratamento significam ligar-se, aprovar, estar ou tornar-se intimamente ligado, unido. É importante observar a adesão terapêutica para obtenção de um resultado satisfatório, possibilitando a valorização do indivíduo como um todo. A adesão a um determinado tratamento é definida como a identidade existente entre o comportamento do enfermo e a prescrição médica, e que pode ser medida pela frequência às consultas, abandono ou não do tratamento e controle efetivo da pressão arterial (PA) (MOREIRA et al., 2004).

Para Gorayeb (2000), o abandono do tratamento está associado ao menor apoio da equipe de saúde e do cônjuge, pouco apoio dos amigos e baixo nível de escolaridade.

Por outro lado, Krasilcic (2000), Cunha, Carmagnani e Cornetta (2002), lembram que, entre as formas de não adesão ao tratamento hipertensivo, destaca-se o não cumprimento das determinações médicas, impedindo seu controle adequado, incluindo o não comparecimento regular às consultas agendadas, o uso inadequado dos medicamentos prescritos e a falta de adoção de hábitos de vida mais saudáveis.

Cesarino (2000) mostra que, uma vez estabelecido o diagnóstico de HAS, o tratamento, freqüentemente, dá-se ou estende-se ao longo da vida. Muitas vezes, evidenciam-se dificuldades na manutenção do controle terapêutico a longo prazo, sendo pertinente a utilização de técnicas adicionais que promovam o comprometimento com a própria saúde, por meio da adoção de um estilo de vida mais saudável e de adesão à terapêutica prescrita, contribuindo para a diminuição da taxa de mortalidade.

Vários profissionais e pesquisadores, nos últimos anos, têm proposto e implementado medidas educativas de *promoção da saúde* que propiciem adesão ao

tratamento preconizado. Os PHAS são estimulados à participação e ao comprometimento em relação ao tratamento, como também em sua interação com profissionais da equipe de saúde, responsáveis diretos pela instituição de medidas terapêuticas para o atendimento de melhor qualidade (BRANDÃO et al., 2001).

Embora haja dificuldades de construir uma proposta interdisciplinar em trabalhos educativos dessa natureza, essa é vista como desafio possível e desejável na área da saúde, uma vez que há ilimitado campo de possibilidades a ser explorado, pois existe, a seu favor, ligação direta e estratégica com o mundo vivido, o mundo do sofrimento, da dor e da morte (MINAYO, 1996).

Na área da saúde, os pressupostos da integração estão presentes há algum tempo e, nas últimas décadas, a *interdisciplinaridade* tem sido invocada para a criação de modelos pedagógicos e para a construção de um conhecimento partilhado por ciências biológicas e sociais (PÉREZ GÓMEZ, 2001).

Segundo Pérez Gómez (2001), são muitas as dificuldades para se trabalhar numa perspectiva integradora de vários saberes, e o modelo vigente de formação profissional para a área da saúde reforça a formação clínica na vertente das ciências biomédicas, deslocando o social para a periferia. As dificuldades não se limitam ao campo epistemológico, mas também ao se vencerem as barreiras que historicamente vêm privilegiando uma determinada maneira de formar recursos humanos.

Sendo assim, apresentamos, nesta pesquisa, a seguinte pergunta: é possível formar uma equipe multiprofissional e desenvolver um trabalho voltado para a *promoção da saúde* de um grupo de PHAS, tendo como paradigma a *interdisciplinaridade*?

Podemos buscar fundamentos para compreender o trabalho de *promoção da saúde* na dialética entre os saberes dos profissionais, onde rever o “velho” pode torná-lo “novo”. O movimento dialético proposto, próprio de uma abordagem interdisciplinar, pode acontecer quando se estabelece parceria, diálogo, atitude e reflexão filosófica, entre os diferentes profissionais, suas práticas, seus anseios, suas expectativas, seus preconceitos, culminando num desdobramento de muitos saberes que se inter-relacionam, formando teses e antíteses que provocarão o surgimento de outras tantas sínteses (BUBER, 1982; FAZENDA, 2001b, 2002a).

Tal ampliação dos temas, que cada componente traz em sua memória (da EQM ou do grupo de PHAS), desvela o ser humano que fala de seu desejo, de seus sonhos, de suas limitações. É o movimento dialético próprio de um projeto interdisciplinar, por meio de práticas educativas, na busca de sensibilizar os componentes dos grupos, fazendo-os acreditar que o crescimento tornou-se mútuo a partir do aprofundamento da atitude interdisciplinar (FAZENDA, 2001b).

Atitude interdisciplinar entendida como a busca de significados no **Ser** da linguagem que pode ser comprovada, verificada e universalizada; no **Pertencer**, em que os seres humanos, numa *práxis* dialogal, analisam a realidade, denunciam-na e a transformam em nome da libertação do homem; e no **Fazer** que ocorre na intervenção de nosso cotidiano, em que a *práxis* dimensiona e direciona a aquisição de conhecimentos em combinações adequadas ao enfrentamento das configurações da vida em sociedade, que são historicamente concretas (SANTOMÉ, 1998; FAZENDA, 2002a, 2003).

Para Sá (1995) e Fazenda (2003), a parceria se constitui como mediação privilegiada para a sedimentação da intersubjetividade, podendo ser ampliada

quando revestida de rigor, de autenticidade e compromisso com um projeto interdisciplinar.

Percebe-se que tal proposição pressupõe a passagem do empírico ao concreto, correspondendo, em termos de concepção de mundo, à passagem do senso comum à consciência filosófica.

É importante salientar que o caminho percorrido está cheio de lacunas, ainda a serem preenchidas; ao nosso ver, naturais, por se tratar de assunto polêmico e se caracterizar como novidade para nosso papel, tanto de pesquisador quanto de profissional de saúde. Cabe frisar que acreditamos no processo de maturação da atitude interdisciplinar como desenvolvimento do pensamento acadêmico.

O que se segue é um breve histórico sobre a *promoção da saúde*, inter-relacionado com um panorama da HAS, trazendo algumas das principais características da Educação Conscientizadora e do Empoderamento dos indivíduos, buscando a interligação com práticas educativas conscientizadoras baseadas no paradigma da *interdisciplinaridade*.

Seqüencialmente, após a apresentação dos objetivos e da metodologia, discutimos os resultados dos dados obtidos na inter-relação entre a EQM e os PHAS que foram considerados pertinentes aos pressupostos deste trabalho.

Como já foi dito anteriormente, várias lacunas e inquietações estão presentes, inclusive nas considerações finais, que talvez propiciem uma abertura maior para a compreensão dos fatores ligados ao trabalho interdisciplinar. Incluímos aqui as diferentes maneiras de trabalhar a *interdisciplinaridade* que poderão ser utilizadas num futuro próximo, em pesquisas diversas, nessa área de conhecimento.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Histórico da promoção da saúde

Segundo Chaple (2002), um dos primeiros autores a utilizar a expressão "*promoção da saúde*" foi Sigerist¹, ao definir as quatro tarefas primordiais da medicina: a *promoção da saúde*, a prevenção de doença, a recuperação do enfermo e a reabilitação. É interessante notar que, ao listar os principais pontos de um programa nacional de saúde, destacou a educação gratuita universal, boas condições de vida e trabalho e oportunidades para descanso e recreação como as três mais importantes, deixando a atenção médica na quarta posição.

Em 1946, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como complexo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. De acordo com essa definição, a saúde ainda hoje é considerada como parte do paradigma flexneriano, fundamentado em ações curativas, baseadas num modelo que prioriza partes do corpo biológico, sem considerar a integralidade da assistência trazida pela definição de saúde da OMS.

As transformações ocorridas no mundo contemporâneo, ao longo das últimas décadas, têm colocado a Humanidade em luta constante para sua sobrevivência biológica. Atualmente, contamos com os conhecimentos e instrumentos necessários para prevenir muitas enfermidades e várias medidas estão sendo amplamente difundidas para melhorar a saúde do homem.

A partir do segundo milênio, o homem contemporâneo começou a buscar novos valores e novos paradigmas, conectados num processo universal e dando

¹ Valendo-se da citação de Assis (2004, p. 23), o termo *promoção da saúde* foi originalmente utilizado em 1945, pelo historiador médico Sigerist, que afirmava a importância da saúde em proporcionar boas condições de vida e de trabalho, educação, cultura física, lazer e descanso. Uma revisão histórica detalhada da trajetória do conceito, campos temáticos centrais e repercussões das cinco Conferências Internacionais sobre *promoção da saúde*, em língua portuguesa, podem ser encontrados no Ministério da Saúde, Brasília, 1999.

assim, maior importância para o conhecimento e a valorização dos cuidados com o corpo, com a mente e com a alma.

Segundo Vilela (2002), o conceito de saúde é relativo, variando em conformidade com o contexto cultural. Essa autora busca um conceito positivo de saúde, apoiada nas considerações de Capra (2000), nas quais saúde deve ser entendida em sua multifatorialidade, ou seja, deve envolver questões como o comportamento, a alimentação e o meio ambiente. Como essas variáveis diferem de cultura para cultura, podemos observar enfermidades características e, à medida que ocorrem mudanças nessas variáveis, mudam também as características e condições das doenças.

Dahlgren (1992) sintetiza as reflexões norteadoras do paradigma de determinação social, conforme Figura 1 de arcos sobrepostos, estabelecendo níveis hierárquicos entre as variáveis contempladas nos estudos científicos da área. Assim, as características biológicas, determinantes proximais do processo saúde-doença, são influenciadas diretamente pelos hábitos e pelos comportamentos dos indivíduos.

Essas variáveis, definidas como estilo de vida, são estabelecidas pelos grupos populacionais ou pelo suporte comunitário em que estão inseridos os indivíduos.

Esses grupos são definidos mediante a similaridade na condição de vida, orientada por acesso a bens e serviços, grau de escolaridade, emprego, renda, moradia, saneamento básico e lazer.

Tais características são determinadas por aspectos culturais e estruturais em que estão inseridos os indivíduos, constituindo-se, portanto, o nível distal no processo de determinação.

A compreensão dos diferenciais de saúde, entre os grupos sociais e dentro de cada um deles, é ponto crucial nos estudos epidemiológicos.

Lacerda (2005) ressalta a importância do espaço social nos estudos de explicação do processo saúde-doença e argumenta que, na medida em que o processo saúde-doença pode ser compreendido como resultante da posição dos indivíduos no espaço social e das relações daí decorrentes, o estudo desse espaço é fundamental.

A ocupação é avaliada sob duas classificações: a que se baseia no nível de prestígio e aquela decorrente do nível de escolaridade, necessário ao exercício da profissão e dos benefícios monetários dela decorrente. A escolaridade tem semelhante enfoque, pois o nível escolar orienta os hábitos e os cuidados com a saúde, definindo estilos de vida e comportamentos mais ou menos saudáveis. Por fim, a renda influencia as possibilidades educacionais e o acesso a diferentes estilos de vida e oportunidades. *Status*, classe e poder são as dimensões weberianas enfocadas nessas reflexões (BORREL, 1997).

Leff (2001) enfatiza que esses estudos devem incorporar indicadores e procedimentos que recuperem e evidenciem a forma de representação social de cada grupo populacional, sua situação de saúde e condição de vida, possibilitando o reconhecimento das desigualdades e iniquidade nos perfis de saúde de diferentes grupos populacionais. Na visão do autor, tais indicadores e/ou processos de análise contribuíram significativamente com a saúde pública na tarefa prioritária de redução e eventual eliminação das desigualdades entre os grupos populacionais.

Figura 1 - Modelo de Determinação Social (DAHLGREN, 1992).

De acordo com Dever (1988), a importância da prevenção das doenças e da *promoção da saúde* é melhorar o nível de saúde das coletividades humanas, ampliando a compreensão dos problemas de saúde pelos prestadores de serviços e adotar uma abordagem integral do indivíduo.

Para Capra (2000), há soluções para os problemas que enfrentamos; porém, existe uma necessidade de mudança em nossas percepções, pensamentos e valores; trata-se de uma mudança de visão na ciência e na sociedade, resultando em uma mudança de paradigma. Para esse autor, é de fundamental importância a adoção de uma visão holística, que concebe o mundo como um todo integrado e não como partes separadas.

A partir desses pressupostos, a saúde é vista como um “indicador de qualidade de vida e é determinada, por sua vez, pelas condições gerais da existência” (DUCHIADE, 1995; GUIMARÃES, 2001).

O processo educacional procura sempre desencadear mudanças de comportamento e exige o conhecimento da viabilidade das áreas de intervenção e a compreensão das funções e dos papéis de cada indivíduo dentro de um contexto.

Vários autores consideram a educação em saúde como parte integrante de doenças crônicas (BRASIL, 1993).

Segundo Candeias (1997, p. 2), educação em saúde refere-se a:

[...] quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde, onde se enfatiza a importância de combinar vários determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizado e de intervenções educativas. A palavra delineada distingue o processo de educação de saúde de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade sistematicamente planejada. Facilitar significa predispor, possibilitar e reforçar. Voluntariedade significa sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas. Ação diz respeito a medidas comportamentais adotados por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde”.

Duchiade (1995) e Guimarães (2001) consideram que as diferentes definições de educação em saúde, de vários estudiosos do assunto, têm como objetivo comum a mudança favorável de conhecimentos, atitudes e comportamentos de saúde de indivíduos, grupos e coletividades.

Segundo Buss (1998), a educação em saúde não é diferente da *promoção da saúde*, mas, pelo contrário, ela se insere na promoção, na medida em que o desenvolvimento de habilidades pessoais é um campo de ação da *promoção da saúde*, e assim pode-se pensar em educação em saúde como instrumento de promoção. Essa educação é dirigida aos grupos e às comunidades, mais do que aos indivíduos, e está mais centrada em transformações econômicas e sociais que influenciam a conduta dos atores sociais.

Nos últimos 20 anos, temos assistido a um crescimento excepcional do campo de *promoção da saúde*, que vem impactando profundamente as concepções e práticas de saúde pública. Esse movimento origina ou fortalece conceitos fundamentais do moderno campo sanitário, tais como cidades saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, articulação intersetorial pela saúde, vigilância à saúde e diversas práticas de reorientação de serviços (LEFF, 2001; TEIXEIRA, 2002).

Almeida, Feuerwerker, Lianos (1999), Mendes, Caldas Júnior (2001), Monego e Maggi (2004), ao desenvolverem seus trabalhos, mostram que o modelo de história natural da doença e seus três níveis de prevenção incluem a *promoção da saúde*, na fase de prevenção primária, como medida destinada a aumentar a saúde e o bem estar geral. As atividades a serem realizadas para promover a saúde incluem uma adequada nutrição, o atendimento às necessidades afetivas, educação sexual, orientação pré-nupcial e parental, boas condições de moradia, trabalho e lazer, além de exames periódicos e educação para a saúde.

A associação da *promoção da saúde* com a atuação sobre determinantes ambientais e de estilos de vida veio com a “segunda revolução epidemiológica”, representada pelo movimento de prevenção das doenças crônicas (FINKELMAN, 2002).

Em 1943, a medicina social inglesa já se preocupava com a epidemiologia das doenças crônicas prevalentes, como a úlcera péptica, as doenças cardiovasculares, o câncer e os traumas acidentais. Considerando suas correlações com as condições sociais e ocupacionais, elas deveriam ser, em maior ou menor grau, previsíveis pelos estudiosos da área (FINKELMAN, 2002).

As melhorias na nutrição e no saneamento e modificações nas condutas da reprodução humana (com menor número de filhos por família), há muito tempo são reconhecidas como os principais fatores responsáveis pela redução da mortalidade na Inglaterra e no País de Gales, no século XIX e início do século XX. As intervenções médicas, como as vacinações e o advento da antibioticoterapia tiveram influência mais tardia e menos importante (BECKER, 2001; FINKELMAN, 2002; NONINO-BORGES; DOS-SANTOS, 2004).

A característica da medicina social inglesa se fez sentir profundamente no Canadá, refletindo-se na consagração dos princípios de universalização de assistência médica e na centralidade da prevenção e da *promoção da saúde* no sistema de saúde canadense. A constatação do papel fundamental dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, que vem qualificar a moderna *promoção da saúde*, deve muito à atuação da saúde pública canadense e à sua posterior influência internacional (CHOR; FAERSTEIN, 2000; MOREIRA et al., 2004).

O Informe Lalonde (1974), marco inicial da moderna *promoção da saúde* no Canadá, é considerado a primeira declaração teórica abrangente na saúde pública. Utilizando o modelo do “Campo de Saúde”, proposto por Laframboise, em 1973, o documento afirma que a saúde é determinada por um conjunto de fatores agrupáveis em quatro categorias:

- biologia humana, que envolve todos os fatos que se manifestam como consequência da constituição orgânica do indivíduo, incluindo sua herança genética e seus processos de maturação;
- ambiente, que agrupa os fatores externos ao organismo, em suas dimensões física e social, sobre os quais o indivíduo exerce pouco ou nenhum controle;
- estilos de vida, que significa um conjunto das decisões que o indivíduo toma a respeito da sua saúde, no que se refere, por exemplo, às suas atividades de lazer, alimentação, sono e repouso, estando, portanto, parcialmente sob seu controle;
- organização da atenção à saúde que envolve disponibilidade, quantidade e qualidade dos recursos destinados aos cuidados com a saúde.

Nos anos 70 e 80, as evidências da associação entre condições de vida, prosperidade e bom nível educacional se acumularam (ALMEIDA; FEUERWERKER; LIANOS, 1999; FINKELMAN, 2002).

Em 1978, na Rússia, foi realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a I Conferência, também chamada de Conferência de Alma Ata que, a partir de amplas discussões e avaliação da situação de saúde dos povos, estabeleceu como meta “saúde para todos até o ano 2000”, elegendo a estratégia da atenção primária em saúde e propondo os seguintes objetivos a serem alcançados:

- estabelecimento de políticas públicas saudáveis;

- criação de ambientes favoráveis à saúde;
- reforço da ação comunitária;
- desenvolvimento de habilidades pessoais;
- reorientação dos serviços de saúde.

Em 1979, o serviço de saúde pública dos Estados Unidos publicou um informe intitulado “Pessoas Saudáveis”, que diferencia *promoção da saúde* de prevenção da doença. A *promoção da saúde* era, então, definida como mudanças de estilo de vida, enquanto a prevenção dizia respeito à proteção da saúde ante as ameaças procedentes do ambiente físico e social (ALMEIDA; FEUERWERKER; LIANOS, 1999; FINKELMAN, 2002).

No final dos anos 80, conferencistas e grupos de trabalho sobre saúde participaram da identificação de estratégias e ações baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma Ata. A primeira dessas reuniões, de especial importância para os países industrializados, ocorreu em 1986, a I Conferência Internacional sobre *promoção da saúde*, em Ottawa, no Canadá, promovida pela OMS, Ministério da Saúde e Bem Estar do Canadá e Associação Canadense de Saúde Pública. Nessa conferência, foi elaborada a Carta de Ottawa para a *promoção da saúde*, um marco fundamental na história da saúde pública atual. Reconheceu como pré-requisitos fundamentais para a saúde: a paz, a educação, a habitação, o poder aquisitivo, um ecossistema estável, a conservação dos recursos naturais e a equidade (BRASIL, 1986; WHO, 1986).

Nessa conferência, a *promoção da saúde* foi conceituada como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. A Carta de Ottawa ressalta que a equidade em saúde é um dos focos da *promoção da saúde*,

cujas ações objetivam reduzir as desigualdades no estado de saúde da população e na possibilidade de acesso a recursos diversos para uma vida saudável (BUSS, 1999).

A Carta de Ottawa tem sido o principal marco de referência da *promoção da saúde* em todo o mundo, como comprovam documentos oriundos de diversas conferências internacionais sobre o tema que vêm ocorrendo desde então, como: as conferências de Adelaide, em 1988, Sundsvall, em 1992, Jakarta, em 1997, além de conferências regionais, como a de Santafé de Bogotá, em 1992 (BRASIL, 2002a).

Em Adelaide, o tema central foi sobre políticas públicas saudáveis; em Sundsvall, foi dada ênfase à criação de ambientes favoráveis à saúde, com nítida influência de temas ligados à saúde ambiental e às questões ecológicas, muito em voga naquele momento (BRASIL, 2002b, 2002c).

Em Jakarta, foram destacados o reforço da ação comunitária e o surgimento de novos atores e novos determinantes da saúde, como os fatores transnacionais (globalização da economia e suas conseqüências, papel dos meios de comunicação e outros) (BRASIL, 2002e).

Entre as conclusões dessa última conferência, destacam-se as percepções de que os métodos de *promoção da saúde*, baseados na combinação das cinco estratégias preconizadas pela Carta de Ottawa, são mais eficazes que aqueles centrados em um só campo, mostrando que cidades, comunidades locais, escolas e locais de trabalho oferecem oportunidades para a execução de estratégias integrais (BUSS, 1998; LEFF, 2001).

A Declaração de Santafé de Bogotá, assinada em 1993 por representantes de 21 países do continente americano, e intitulada “Promoção e Igualdade”, afirma que a *promoção da saúde* na América Latina busca a criação de condições que

garantam o bem estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mútua de determinação entre saúde e desenvolvimento, destacando a necessidade de solidariedade e equidade para seu alcance (BRASIL, 2002d; TEIXEIRA, 2002).

A partir dessas conferências, a *promoção da saúde* passou a ser cada vez mais considerada nas políticas de saúde de diversos países. Na América Latina, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) colocou-a como prioridade programática, definindo-a como a somatória das ações da população, serviços de saúde e autoridades sanitárias, bem como de outros setores sociais e produtivos, buscando melhores condições de saúde individual e coletiva (ALMEIDA; FEUERWERKER; LIANOS, 1999).

O movimento da *promoção de saúde* na América do Norte fez surgir o movimento “Cidades Saudáveis”, citado aqui por sua importância na compreensão do alcance e do significado da nova formulação dos conceitos de *promoção da saúde*. O movimento surgiu em 1984, em Toronto, no Canadá, e foi encampado pela OMS a partir de 1986. A OMS considera uma cidade saudável aquela em que os dirigentes municipais enfatizam a saúde de seus cidadãos numa ótica ampliada de qualidade de vida, de acordo com a proposta de *promoção da saúde* desenvolvida na Carta de Ottawa. O movimento se difundiu em inúmeras cidades de todo o mundo, formando redes regionais e globais, e tornou-se o mais difundido projeto estruturante da moderna *promoção da saúde*, tendo sido também incorporado como estratégia pelo movimento de municipalização da saúde no Brasil (ALMEIDA; FEUERWERKER; LIANOS, 1999; BUSS, 1999; CHOR; FAERSTEIN, 2000; LEFF, 2001; MOREIRA et al., 2004).

A quinta proposta de estratégias de ação da Carta de Ottawa afirma que o grande papel do setor de saúde deveria ser o de mover-se gradativamente no sentido da *promoção da saúde*, além de suas responsabilidades de prover serviços clínicos, apoiando as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre os setores de saúde, sociais, políticos, econômicos e ambientais. Finalizando, mostra que esse esforço deve levar a uma mudança de atitude global (BRASIL, 2002a).

Figueiredo (2004), em sua discussão sobre a vigilância e a produção social da saúde, utiliza os conceitos derivados do campo da *promoção da saúde* em que afirma que saúde, como expressão da qualidade de vida, resulta da ação sobre os determinantes, sobre o estado de saúde e sobre suas conseqüências.

No caso brasileiro, as raízes da crise no setor de serviços de saúde se relacionam diretamente com a definição do modelo de assistência à saúde que predomina no país, desde o início do século, marcado pelo paradigma flexneriano², pelo serviço de natureza hospitalar, focalizado prioritariamente nas ações curativas, com uma visão quase estritamente fisiopatológica, biologicista do processo saúde-doença (ALMEIDA; FEUERWERKER; LIANOS, 1999; FREITAS, 2004).

Os problemas de saúde são vistos de forma fragmentada, sob uma ótica individual ou mesmo sub-individual, passíveis de intervenção cada vez mais

² Segundo Rietra (1999), o paradigma que fundamenta esse modelo é o paradigma flexneriano consolidado pelo Relatório Flexner. Esse paradigma apresenta os seguintes elementos: a analogia do corpo humano com a máquina; o reconhecimento exclusivo e crescente da natureza biológica das doenças e de suas causas e conseqüências; a atenção individual, excluindo o contexto familiar e social; a especialização médica, desconsiderando a globalidade do sujeito; a tecnificação do ato médico, com a estruturação de uma engenharia biomédica como forma de mediação entre os homens, os profissionais e a doença; a ênfase nos aspectos curativos, prestigiando o diagnóstico e a terapêutica em detrimento da causa. A concepção negativa da saúde e o paradigma flexneriano são compatíveis com uma prática sanitária que valoriza a atenção médica, nos marcos da medicina científica, e que tem o hospital como referência organizacional.

especializada. A consequência disso é o abuso da especialização, o uso cada vez maior e mais inadequado, de procedimentos de alta densidade tecnológica e o correspondente encarecimento do sistema (BECKER, 2001).

Os debates da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, sistematizaram as diretrizes e o ideário do novo sistema de saúde: um sistema único, baseado nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação popular. Em seu relatório final, a Conferência utiliza as definições abrangentes de saúde expressas na Carta de Ottawa, já explicitadas anteriormente, ou seja: das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 2002a).

Com a promulgação da Constituição de 1988, houve uma notável ampliação da assistência médica à sociedade brasileira, evoluindo de um serviço prestado aos contribuintes da previdência para um direito da cidadania. Entretanto, tal processo fez-se, em parte, à custa da progressiva degradação do sistema público de saúde. Dentre as várias distorções ocorridas, importa destacar a prioridade conferida à construção e aparelhamento de hospitais que, além de possuírem um apelo promocional e um espaço na mídia, sempre valorizado pela maioria dos administradores, são os locais privilegiados para a centralização das irresistíveis pressões da indústria de equipamentos, muito embora produzam baixo impacto na vida da população como um todo (ALMEIDA; FEUERWERKER; LIANOS, 1999).

Valendo-se de várias hipóteses, Becker (2001, p. 16) constata que:

[...] a implementação de políticas de saúde desprovidas de qualquer amparo epidemiológico, no seu limite, originou uma ênfase desmesurada nos serviços de emergência que, além de problemas técnicos diversos - filas imensas, falta de continuidade, baixa resolutividade, aumento nos custos, desgaste das equipes com o atendimento de um alto percentual de não urgências - produziu uma grave deformação na cultura sanitária da

população, que passou a ver na consulta ambulatorial uma forma mais demorada e menos efetiva de assistência. Neste turbilhão de equívocos, os serviços ambulatoriais, desafiados a competir com a "produtividade" dos prontos-socorros, optaram por mais uma solução "criativa": o pronto-atendimento, verdadeiro amálgama dos problemas existentes nos serviços ambulatoriais e emergenciais, e que compromete decisivamente a qualidade do cuidado com a saúde.

Ainda esse autor mostra que, no Brasil, não há prioridades em relação à atenção à saúde e que as unidades básicas de saúde (denominados postos de saúde pelos usuários) geram desconfiança na população e nos próprios profissionais, criando profundas distorções nos vários setores de atendimento.

A cultura organizacional existente nos setores de saúde do Brasil e, conseqüentemente, nos hospitais (organicista, intervencionista e tecnicamente sofisticada) cria uma dicotomia indissolúvel em relação à rede de atenção primária, gerando um modelo de ineficácia exclusão, iniquidade e insatisfação.

A proposta de organização das práticas de saúde centradas na família e na comunidade pressupõe a restituição da biografia aos indivíduos (um dos pressupostos da *interdisciplinaridade*), valorizando seus vínculos culturais e sociais, num movimento dialético que, enquanto os reafirma como sujeitos do processo saúde-doença, valoriza seus vínculos como membros de grupos que vão da família à sociedade (visão libertadora baseada nos escritos freirianos). Além disso, os próprios profissionais de saúde devem se situar numa posição diferente: não mais um conjunto de individualidades encerradas em seu próprio saber, mas uma **equipe interdisciplinar solidária** e disposta ao intercâmbio de conteúdos e tarefas (BRASIL, 1997; BECKER, 2001).

2.2 Educação conscientizadora e a hipertensão arterial sistêmica

2.2.1 Histórico sobre educação conscientizadora

Refletir sobre saúde e educação, no contexto da entrada do século XXI, significa um desafio na busca de alternativas para os vários problemas oriundos do desenvolvimento. A modernidade gestou um tipo de desenvolvimento, mas não encontrou saídas para os problemas decorrentes desse desenvolvimento.

Avanços tecnológicos e científicos colocaram ao alcance do homem mecanismos capazes de diminuir distâncias, combater doenças, dominar a natureza; enfim, prolongar o tempo da vida, mas não conseguiram, em contrapartida, tornar tais avanços um direito de todos. Assim temos a grande contradição de nosso tempo: ao lado do alto nível de desenvolvimento da ciência e da tecnologia, o mais alto nível também de desigualdade na distribuição dos resultados positivos desse desenvolvimento (SANTOS, 1989).

Os desafios colocados para a saúde pública, no mundo contemporâneo e, em especial, no Brasil, enfatizam a necessidade de pensarmos ações integradas com outros setores/campos de atuação, que envolvam outros atores no enfrentamento dos problemas.

Nessa perspectiva, como pensar a educação, diante da realidade brasileira, país emergente, onde a cada ano se acentuam os processos de empobrecimento e injustiças sociais, de conseqüente adoecimento da população, agravando-se e multiplicando-se os modos de exclusão? Tal realidade de vida da população traz o

aumento de doenças como o diabetes, hipertensão, dentre outras, cuja prevenção poderia ser potencializada a partir de uma educação conscientizadora³.

É preciso buscar uma educação capaz de construir uma nova consciência, que dê ênfase não só à aquisição de conteúdos, mas também ao desenvolvimento do processo de construção do conhecimento; que invista na formação humanizada e humanizadora, capaz de possibilitar o encontro das pessoas na luta por objetivos coletivos, com solidariedade e cooperação, em que a escola, a família e a sociedade se unam em um esforço concentrado na construção de valores pragmáticos e éticos.

À luz de toda a discussão sobre participação social, valorização do conhecimento popular e alternativas pedagógicas que promovessem a emancipação de sujeitos críticos, surge o que se chama de educação popular. Esse movimento por uma educação de modo diferente daquele que se conhecia nas escolas e principalmente para quem estava fora delas, ganhou força por várias razões, tanto por meio da crítica ao estilo populista de se fazer política e de se permitir movimentos populares com liberdades vigiadas, quanto pela preocupação de profissionais comprometidos com a participação popular (BRANDÃO, 1981,1999).

Essa relação entre educação popular e movimentos neo-populistas levantam muitas questões acerca da ferramenta de organização popular por meio de uma prática conscientizadora (BRANDÃO, 1981, 1999; JAPIASSU, 1983).

Os laços entre educação e transformação social estreitaram-se. Surge o aumento da demanda por uma educação que não transformasse só o pensar de

³ Em relação à palavra conscientização Freire (1980, p. 25), relata que: "Acredita-se geralmente que sou autor deste estranho vocábulo **conscientização** por ser este o conceito central de minhas idéias sobre a educação. Na realidade, foi criado por uma equipe de professores do Instituto Superior de Estudos Brasileiros por volta de 1964. Pode-se citar entre eles o filósofo Álvaro Pinto e o professor Guerreiro. Ao ouvir pela primeira vez a palavra conscientização, percebi imediatamente a profundidade de seu significado, porque estou absolutamente convencido de que a educação, como prática da liberdade, é um ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade. Desde então, esta palavra forma parte de meu vocabulário. Mas foi Hélder Câmara quem se encarregou de difundir e traduzi-la para o inglês e para o francês".

homens-trabalhadores, mas sim de sujeitos de reflexão de um contexto nacional. Naquela época (meados da década de 60), surge o conceito de “**educação bancária**” para trazer à cena a reflexão sobre o modelo de educação tradicional, que era imposta pelo Estado como forma de exercer um poder simbólico sobre as pessoas, um poder de manutenção do *status quo* (GADOTTI; FREIRE; GUIMARÃES 1986; FREIRE; NOGUEIRA, 1989).

Para Freire (1979, p. 67-68):

Na concepção “bancária” que estamos criticando, para a qual a educação é o ato de depositar, de transferir, de transmitir valores e conhecimento, não se verifica nem pode verificar-se esta superação. Pelo contrário, refletindo a sociedade opressora, sendo dimensão da “cultura do silêncio”, a “educação” “bancária” mantém e estimula a contradição. Daí, então, que nela: a) o educador é o que educa; os educandos, os que são educados; b) o educador é o que sabe; os educandos, os que não sabem; c) o educador é o que pensa; os educandos, os pensados; d) o educador é o que diz a palavra; os educandos, os que a escutam docilmente; e) o educador é o que disciplina; os educandos, os disciplinados; f) o educador é o que opta e prescreve sua opção; os educandos os que seguem a prescrição; g) o educador é o que atua; os educandos, os que têm a ilusão de que atuam, na atuação do educador; h) o educador escolhe o conteúdo programático; os educandos, jamais ouvidos nesta escolha, se acomodam a ele; i) o educador identifica a autoridade do saber com sua autoridade funcional, que opõe antagonicamente à liberdade dos educandos; estes devem adaptar-se às determinações daquele; j) o educador, finalmente, é o sujeito do processo; os educandos, meros objetos.

Combatendo a educação bancária, o autor mostra que os educadores críticos não devem permitir que os seres humanos sejam vistos como educandos-objetos, ou seja, simplesmente depositários de um “saber” imposto. Quanto mais os educandos são exercitados para aceitar passivamente os depósitos que lhes são feitos, “tanto menos desenvolverão em si a consciência crítica de que resultaria a sua inserção no mundo, como transformadores dele. Como sujeitos” (FREIRE, 1979).

Mais especificamente, desde a década de 60, Paulo Freire⁴ organizou, de forma metodológica, por meio de suas “primeiras palavras”, uma pedagogia do indivíduo oprimido e uma educação como prática de sua liberdade. Nesse contexto, o autor, por meio da interação teoria e prática, passou a questionar o modelo de educação tradicional. Sua maior contribuição foi a problematização das peculiaridades existentes na prática popular de ação educativa (FREIRE, 1979).

Outros educadores e acadêmicos também deram suas contribuições para a promoção da justiça social por meio de princípios pedagógicos distintos. Mas, com certeza, foi Paulo Freire, com sua simplicidade crítica e suas indagações, no auge das ditaduras latino-americanas, que transformou discursos políticos de bandeiras em reflexões de práticas intervencionistas nas comunidades marginalizadas, principalmente em se tratando da educação de adultos, na qual, inclusive, deixa claro que não existe teoria dissociada de prática e vice-versa. Com sua influência e mesmo após a sua morte, expandiram-se consideravelmente a produção bibliográfica, os estudos de casos e as experiências com práticas alternativas de educação, que também trouxeram muita contribuição para o desenvolvimento do ideário de uma democracia participativa.

Essa educação renovada transforma não apenas os métodos de educar, mas também as pessoas que são educadoras e educadas em uma sociedade em transformação. A educação popular procurava compreender as relações entre o mundo do trabalho e o mundo dos pensamentos escritos, é o que os educadores da época denominaram “aproximação entre teoria e prática” e a chamaram de “educação conscientizadora” (TORRES, 2000; GADOTTI, 2003).

⁴ A Enciclopédia Larousse Cultural comete um grande equívoco, quando no verbete **Freire (Paulo Reglus Neves)**, coloca como um de seus principais livros “Pedagogia dos oprimidos”. Sabemos que o título correto desse livro marcante para a educação mundial é “**Pedagogia do oprimido**”.

A exemplo do que vem ocorrendo na Europa (Espanha, Itália, Portugal, Inglaterra), nos Estados Unidos e em alguns países da América Latina, no Brasil, a luta pela democratização da gestão e pela autonomia da escola, que implica uma completa mudança na estrutura e na qualidade do sistema de ensino, vai, pouco a pouco, consolidando-se em muitas municipalidades e estados.

Esse rico e variado movimento educacional está associado a uma concepção pedagógica cada vez mais consolidada, por meio de práticas educativas públicas e privadas. Tais exemplos, direta ou indiretamente, inspiram-se no pensamento de Paulo Freire; o que mostra a sua atualidade e força transformadora. Algumas idéias pedagógicas, ou de intuições originais de sua prática, são facilmente encontradas nessas experiências de educação-cidadã, fundadas em relações eminentemente democráticas. Alguns princípios dessa *práxis* são: partir das necessidades dos alunos e das comunidades; instituir uma relação dialógica professor-aluno; considerar a educação como produção e não como transmissão ou memorização mecânica e acumulação de conhecimentos; educar para a liberdade e para a autonomia; respeito à diversidade cultural; defender a educação como um ato de diálogo no descobrimento rigoroso, porém, imaginativo, da razão de ser das coisas e realizar um processo de planejamento comunitário e participativo (FREIRE, 1996).

Tais escolas, inicialmente muito centradas na democratização da gestão e no planejamento participativo, aos poucos, ampliaram suas preocupações para a construção de um novo currículo (interdisciplinar, transdisciplinar, intercultural) e de relações sociais, humanas e intersubjetivas, novas, enfrentando os graves problemas gerados pelo aumento da violência e da deterioração da qualidade de vida nas cidades e no campo.

Felizmente, tais transformações foram absorvidas por algumas escolas que formam profissionais de saúde (VILELA, 2002; LALUNA; FERRAZ, 2003).

Acreditamos que os profissionais da área de saúde devem atuar **como educadores conscientizadores** do processo de educação, motivando as pessoas para realizar o autocuidado.

Na prática, observa-se a importância dos profissionais da área de saúde como mediadores, facilitando aos usuários dos serviços a verbalização de seus problemas. Tais profissionais são identificados como pessoas de confiança, para compartilhar seus problemas e questões de ordem física, social, familiar, econômica e emocional.

2.2.2 Panorama da hipertensão arterial sistêmica

Segundo Veiga (1995, p. 6-7):

[...] a pressão arterial nada mais é do que a pressão existente no interior das artérias ou em suas paredes. Ela tem importante repercussão no funcionamento orgânico, visto que pode facilitar ou dificultar a perfusão adequada dos tecidos permitindo que as funções metabólicas do indivíduo sejam mantidas, recebendo o oxigênio, nutrientes e outros componentes químicos eliminando também através do sangue os produtos do metabolismo como gás carbônico, secreções, excreções, calor, escórias e íons. É a diferença de pressão existente no interior dos diversos seguimentos da árvore vascular que faz com que o sangue circule nos vasos sanguíneos das zonas de maior pressão para as de menor pressão, perfundindo os tecidos adequadamente. Isto significa que a manutenção de um nível mínimo capaz de manter a perfusão tecidual seria o nível de pressão considerado normal.

E Mion Júnior (2006, p. 5), com dados atuais complementa:

No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, atingindo 37% quando são excluídos óbitos por causas mal definidas e a violência. A principal causa de morte em todas as regiões do Brasil é o acidente vascular cerebral, acometendo as mulheres em maior proporção. Observa-se (...) que o conjunto das doenças do coração,

hipertensão, doença coronária e insuficiência cardíaca teve taxas anuais decrescentes de 1,2% para homens e 1,3% para mulheres. No entanto, apesar do declínio, a mortalidade no Brasil, ainda é elevada em comparação a outros países, tanto para doença cerebrovascular como para doenças do coração. Entre os fatores de risco para mortalidade, hipertensão arterial explica 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% daquelas por doença coronariana.

Para Rocha et al. (2002), Berwanger, Avezum (2004) e Feijão et al. (2005); a HAS acomete predominantemente a faixa etária produtiva, significando um grande problema para a economia dos países. É uma doença de alta prevalência, sendo um grande problema de saúde pública, não só nos países desenvolvidos, mas também naqueles em desenvolvimento.

A HAS é uma condição clínica, de natureza multifatorial, caracterizada por níveis de pressão arterial (PA) elevados e sustentados. Dessa forma essa condição aumenta o risco de danos em órgãos-alvo, como o coração, os rins, o cérebro e os vasos. Estima-se que 10% da população adulta, devido à HAS, têm sua expectativa média de vida limitada em consequência de afecções renais, cerebrais e coronárias (BRASIL, 1993; FAZAN JÚNIOR; SILVA, 2000; CONSUEGRA; ZAGO, 2004).

Conforme estudos, a HAS está associada a 40% das mortes por acidentes vasculares e 25% daquelas por doenças coronarianas (MION JÚNIOR et al., 2006).

Mion Júnior et al. (2006), citando as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, representada por especialistas de vários estados brasileiros na área de HAS, mostram a proposição de um documento que, adaptado à realidade do país, tornou-se referência em prevenção, diagnóstico e tratamento da doença pelos profissionais de saúde, considerando condição de normalidade, valores de pressão arterial (PA) menores que 130 mmHg para pressão arterial sistólica (PAS), e menores que 85 mmHg para pressão arterial diastólica (PAD), nos indivíduos

maiores de 18 anos de idade. O documento também mostra que a PA limítrofe, situa-se entre 130-139 mmHg para PAS e 85-89 mmHg para PAD.

A HAS é caracterizada por PA superior a 139/89 mmHg nos braços apoiados em suportes na altura do coração, medida na posição sentada com esfigmomanômetro de mercúrio, aneróide ou eletrônico calibrados, devendo o manguito ser adaptado ou ajustado ao braço do paciente (MACIEL 2001; BATISTA; OLIVEIRA; RIBEIRO, 2003).

Cesarino (2000), associa Hipertensão Arterial (HA) a valores de PAS iguais ou maiores que 140 mmHg e PAD iguais ou maiores que 90 mmHg, sem uso de medicação anti-hipertensiva. O controle da PA em níveis abaixo de 140/90 mmHg proporcionou redução de mortalidade e morbidade atribuídas à HAS, tendo um decréscimo de 53% no números de indivíduos acometidos por doenças cardiovasculares e aumento na expectativa de vida de aproximadamente 60%.

Considerando sua etiologia, a HAS é reconhecida como primária essencial, quando não apresenta visivelmente uma etiologia, e secundária se acompanhada de uma causa associada. A hipertensão arterial primária é a prevalente, acometendo cerca de 90% dos indivíduos portadores de hipertensão (BATISTA; OLIVEIRA; RIBEIRO, 2003).

Segundo valores, utilizados no último relatório do “Joint National Committee” (JNC-VI) Quadro 1, pode-se observar que o diagnóstico de hipertensão arterial e estratificação do risco pode ser feito tanto pelos valores diastólicos quanto pelos valores sistólicos da pressão aferida (FUCHS; GUS; SIMÕES, 2004).

A HAS primária é assintomática, com evolução crônica, atingindo ao longo dos anos os órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, retina e outros). Dessa forma, é denominada a “assassina silenciosa” (PÉREZ RIERA, 2000; MARTIN, 2004).

Categoria	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
Ótima	< 120	e	< 80
Normal	< 130	e	< 85
Normal alta	130-139	ou	85-89
Hipertensão			
Estágio 1	140-159	ou	90-99
Estágio 2	160-179	ou	100-109
Estágio 3	≥ 180	ou	≥ 110

Quadro 1 - Valores classificatórios de pressão arterial.

Segundo Fuchs, Gus e Simões (2004, p. 77):

Os riscos propiciados pela HAS são potencializados por outros fatores de risco cardiovascular. A intensidade de repercussão da HA, avaliada por danos de órgãos-alvo, igualmente influencia o prognóstico de pacientes hipertensos. A integração entre valores pressóricos aferidos, danos em órgãos-alvo e fatores de risco concomitantes tem sido considerada pelo JNC-VI para estratificar o risco de pacientes hipertensos e orientar a decisão terapêutica, Quadro 2:

Categoria	Grupo de risco A Sem LOA* e sem DCV**	Grupo de risco B Sem LOA* e sem DCV** com ≥1 fator de risco	Grupo de risco C Com LOA* ou DCV** e/ou DM***
Ótima Normal Normal alta	Mudar o estilo de vida	Mudar o estilo de vida	Medicamentos
Hipertensão			
Estágio 1	Mudar o estilo de vida	Mudar o estilo de vida	Medicamentos
Estágio 2	Medicamentos	Medicamentos	Medicamentos
Estágio 3	Medicamentos	Medicamentos	Medicamentos

Quadro 2 – Estratificação de risco e decisão terapêutica na hipertensão arterial conforme o JNC-VI.

* LOA: lesão em órgão-alvo.

** DCV: doença cardiovascular.

*** DM: diabetes melito.

Segundo Pérez Riera (2000) e Martin (2004) a HAS está vinculada às alterações de débito cardíaco e à resistência periférica, tendo prognóstico de tratamento favorável; entretanto, são vários os agravantes a ela associados, tais como: entidade complexa, pacientes de vários biótipos, diferentes grupos étnicos e

diversas faixas etárias. Além disso, a doença é detectada em múltiplas circunstâncias, como gravidez, infância, idade mais avançada e associada a doenças coexistentes.

O Ministério da Saúde (MS) considera que, para diagnosticar a HAS, é necessário conhecer o valor da PA e o significado clínico desse valor, isto é, sua associação ou não com repercussões para o organismo (BRASIL, 2005).

O tratamento da HAS tem sido vinculado com a redução da morbidade e mortalidade das pessoas acometidas. O tratamento não farmacológico faz parte da terapêutica anti-hipertensiva. Deve constar de medidas farmacológicas e também de medidas não farmacológicas tais como: restrição do sal na dieta, redução do peso em pacientes obesos, redução do consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo, além do controle de outros fatores de risco com dislipidemia, sedentarismo e estresse (LESSA, 2001; REIS; GLASHAN, 2001; STRELEC; PIERIN; MION JÚNIOR, 2004).

Dessa forma, a adesão dos pacientes é variável, incluindo o abandono do tratamento. Estudos indicam que a não-adesão à terapêutica anti-hipertensiva, especialmente entre os assintomáticos, é da ordem de aproximadamente 60% (as V Diretrizes mostram que estudos isolados apontam controle de 20 a 40%). A assistência da equipe multiprofissional que cuida dos portadores de hipertensão arterial é fundamental em relação ao seu papel de educadora, para orientar o paciente ao autocuidado e, com isso, obter possível diminuição das taxas de abandono (FERREIRA; ZANELLA, 2000; DRESSLER; DOS-SANTOS, 2001; NOBLAT et al. 2004; MION JÚNIOR, 2006).

Segundo Pierin (1985, p. 3):

Conduas específicas de enfermagem têm sido adotadas com a finalidade de se obter maior adesão dos hipertensos ao tratamento. Uma dessas condutas é a orientação sistematizada de enfermagem, abordando aspectos relacionados à terapêutica medicamentosa, como dose, horário, indicação,

efeitos, dieta, sua composição, quantidade de calorias e de sal, hábitos de vida, tais como o fumo, bebida alcoólica, atividades físicas, dentre outros.

Teixeira (1998), em um estudo com portadores de hipertensão arterial (PHA), avaliando a eficácia do trabalho de um grupo de suporte como tratamento coadjuvante da HAS, mostra o baixo custo, comparado ao tratamento medicamentoso. Os resultados no grupo mostraram-se benéficos na redução de medicamentos, diminuindo os efeitos adversos potenciais dos anti-hipertensivos.

Alguns autores reforçam a importância do atendimento aos PHAS pela EQM de saúde, com uma ação diferenciada, corrigindo a grande limitação no tratamento, aumentando sua adesão ao programa de atendimento e controle da doença. (NAKASATO, 2004; ROSA; PLAVNIK; TAVARES, 2004).

O portador de PHA precisa estar informado sobre a sua situação de saúde e conscientizar-se sobre a importância do tratamento. Além disso, o êxito do tratamento depende do desenvolvimento das relações interpessoais entre os profissionais de saúde e o PHAS (MELLO FILHO, 2000).

A eficácia do tratamento não farmacológico em PHA foi demonstrada por Nobre, Coelho (2003), Santos, Silva, (2003) e Souza (2004); sobre o comportamento daqueles, estudos destacam a diminuição dos fatores de riscos cardiovasculares a partir do seguimento das recomendações de terapêuticas não medicamentosas.

Pérez Riera (2000) destaca também a importância do relacionamento interpessoal, além do tratamento não farmacológico. Em um estudo foram comparados, durante seis meses, dois grupos de 50 portadores de hipertensão arterial (PHA) leve e moderada, no qual um dos grupos foi controlado por médicos e o outro por enfermeiros e assistentes sociais. Após 10 (dez) meses, constataram que o segundo grupo apresentou melhores resultados quanto à redução das cifras tensionais, ao índice de abandono (22%) e com custo econômico reduzido.

Segundo Almeida et al. (2002), Hernández (2003), e Rezende et al. (2003), quanto mais precocemente a HAS for detectada, mais chances e oportunidades há para se educar o paciente e, conseqüentemente, estabelecer um estilo de vida pertinente às suas condições. Ressaltam que entre os integrantes da força de trabalho, a HAS atinge 17% dos homens e 7% das mulheres. Esses mesmos autores acentuam ainda que a prevenção depende do conhecimento de todos os estágios da doença, do diagnóstico precoce, do conhecimento de sua incidência e prevalência, bem como da aferição dos níveis de pressão arterial de modo padronizado.

Pierin (1992, p. 29) mostra também que:

A adesão do hipertenso ao tratamento é um problema freqüentemente presente, apesar da variedade e eficiência de medidas terapêuticas atualmente existentes. Vários fatores contribuem para que tal situação aconteça, dentre eles a condição socioeconômica e educacional, idade, atividades que executa, sentimentos e conhecimento sobre a doença, crenças de saúde, estilo de vida, percepção da seriedade do problema, complexidade do tratamento, sistema de saúde vigente, efeitos colaterais dos medicamentos, relação médico-doente, custo e falta de orientação sobre o tratamento.

Educar o portador de hipertensão exige uso de estratégias de aprendizado para um adulto, que apreende os conhecimentos com base em sua experiência de vida e como meio de enfrentar seus problemas reais (RIBEIRO; ZANELL, 2000; SIMÃO, 2004).

Em relação à atenção à saúde dos portadores de hipertensão, observa-se, na prática diária, que o atendimento médico geralmente é realizado em poucos minutos, envolvendo apenas exame físico, solicitação de exames laboratoriais, prescrição de medicamentos e informações sucintas para o PHA no controle da PA. Vinculado a esse atendimento, devem ser enfatizadas as ações a serem desenvolvidas por

outros profissionais, que poderiam contribuir para um trabalho em equipe (CRUZ, 1989; CESARINO, 2000).

Esta questão é enfatizada por Hegenberg (1998), que relata que o modelo da saúde atual focaliza principalmente a doença e não o doente. O PHAS é tratado como doença e não como pessoa. Para modificar tal situação, é necessário que os profissionais de saúde considerem as experiências de vida das pessoas envolvidas, além dos sinais e sintomas que apresentam.

De acordo com Freire (1979), o que importa, ao atender o educando, é, sobretudo, ajudá-lo a ajudar-se. Nesse caso, as ações educativas implicam troca de experiências, questionamentos e humanização, e não uma ação educativa dominadora, informativa e distante dos educandos. Percebemos então a importância de uma reflexão sobre a inter-relação existente entre a “Educação Bancária” e o “Modelo Flexneriano”.

A pedagogia de Freire é emancipatória promove um processo de conscientização: o educando acaba sendo ativo e eminentemente interferidor em sua realidade, sendo capaz de modificá-la, deixando de ser passivo ou mero objeto da educação (MENDES, 1993).

Nas duas últimas décadas, vários trabalhos de pesquisa foram feitos por enfermeiras, utilizando a metodologia conscientizadora como forma de aperfeiçoar sua função educativa. Nesses estudos, fica demonstrada a efetividade desse método, evidenciando transformações na realidade, com mudanças de atitudes da população estudada. Assim, Rossi (1992) estudou, por meio da metodologia da conscientização, os vários aspectos que envolvem os procedimentos numa unidade de queimados; Mendes (1993, 1999) orientou os trabalhadores de galerias de águas pluviais na prevenção de doenças e acidentes de trabalho e também inseriu o

modelo de educação conscientizadora para “CIPAS” de empresas públicas, respectivamente; Rodrigues (1993) descreveu a atividade educativa no autocuidado a idosos que tinham uma história de queda; Cesarino (2000) proporcionou a indivíduos renais crônicos maior participação no tratamento hemodialítico; Zago (1994) buscou ensinar os pacientes laringectomizados a realizar o autocuidado; Takayanagui (1986, 1993) desenvolveu ações educativas conscientizadoras com gestantes e também com enfermeiros na conscientização para gerenciamento de resíduos sólidos, respectivamente.

Para Jardim (2002), Nakasato (2004), Rosa, Plavnik e Tavares (2004), a enfermagem representa importante pilar de sustentação, participando com cerca de 50% das ações nos atendimentos de pré e pós-consultas e de reuniões com grupos de portadores de hipertensão, destacando-se que a enfermagem, junto à EQM de saúde, tem propiciado maior eficácia no serviço de saúde.

A educação dos portadores de hipertensão sistêmica promove a conscientização dos pacientes em relação ao tratamento da HAS e a uma melhor qualidade de vida.

Os portadores de hipertensão arterial sistêmica precisam ser educados para o autocuidado, pois o indivíduo orientado torna-se menos dependente da assistência e desenvolve mudanças de suas atitudes na prática diária. No entanto, a maioria dos estudos encontrados na literatura não apresenta uma metodologia pedagógica conscientizadora para a educação do PHAS.

Segundo Cesarino (2000), diante dessa lacuna, há a necessidade de mais estudos para verificar a eficácia de um programa educativo realizado por uma EQM, de acordo com a metodologia pedagógica conscientizadora de Paulo Freire, no controle da PA, na adesão ao tratamento não farmacológico e na assiduidade de

pacientes portadores de hipertensão nos retornos às consultas, com os diversos profissionais de saúde.

Partindo do pressuposto de que as atividades de educação popular não tenham, em sua fundamentação pedagógica, um programa de referência que sirva de eixo básico de ações, subentende-se que não existem conteúdos pré-estabelecidos a serem ensinados, e sim “temas geradores” e “questões norteadoras”. Esse é um grande diferencial da Pedagogia Freiriana, em que os fatores de problematização aparecerão no decorrer dos programas, de forma conexa com os sujeitos envolvidos e suas mediações ambientais e sociais. Ou seja, é a história de vida de cada sujeito que contextualizará as atividades pedagógicas, sejam elas formais ou informais, das atividades intervencionistas com base na educação popular. O papel da EQM será o de “dar força e jeito para que esses grupos populares transformem de fato o dia de amanhã” (FREIRE; NOGUEIRA, 1989).

Compreender que as necessidades poderão ser satisfeitas à medida que o grupo se tornar mais coeso, mais solidário e mais reflexivo, mostra caminhos interdisciplinares possíveis, onde esses indivíduos começam a dimensionar suas próprias potencialidades e limites (JAPIASSU, 1982; DOMINGUES, 2001).

A própria organização cotidiana irá sugerir essas soluções. Aparece então uma forma de resistência aos que têm um poder sobre essas pessoas. A opção de escolha sobre qual modelo econômico de comercialização a ser seguido, de organização, de adoção de novas tecnologias, passa a ser escolha dos indivíduos. Os “Círculos de Cultura” desenvolvem uma consciência crítica, que tem como consequência a contraposição nas relações de poder que antes pareciam tão

distantes da realidade e hoje se fazem presentes com base na pedagogia popular (FREIRE; NOGUEIRA, 1989; BRANDÃO, 1999; GADOTTI, 2003).

Esses círculos permitem que as pessoas se reúnam e reflitam coletivamente sobre seus problemas e suas histórias individuais, permitindo que sejam tomadas decisões coletivas. Suas preocupações passam a ser muito mais na organização coletiva que nas atenções individuais.

Japiassu (1976, p. 39-40) mostra a importância da contribuição da *interdisciplinaridade* para as decisões coletivas:

[...] o domínio do interdisciplinar é vasto e complexo. De modo geral, trata-se de um projeto difícil de ser estabelecido com rigor. Uma das razões fundamentais pode ser encontrada no fato ainda persistente das ignorâncias recíprocas e por vezes sistemáticas dos especialistas. Todavia, quando aplicamos a crítica epistemológica às ciências humanas, na medida em que elas se fazem e em suas condições concretas de desenvolvimento, de construção e de estruturação, encontramos imediatamente diante desta exigência: nada mais há que nos obrigue a fragmentar o real em compartimentos estanques ou em estágios superpostos, correspondendo às velhas fronteiras de nossas disciplinas. Pelo contrário, tudo nos leva a engajar-nos cada vez mais na pesquisa das aproximações, das interações e dos métodos comuns às diversas especialidades. Eis o que chamaremos de “pesquisas interdisciplinares”. A esse respeito, enfocaremos nosso estudo mais sobre as colaborações concretas do que sobre a pesquisa interdisciplinar propriamente dita, exigindo um nível de abstração bem mais elevado, para atingir não somente uma linguagem comum, mas os mecanismos e as estruturas comuns às diversas ciências do homem.

O nível de compreensão se dará na horizontalidade e o comportamento desses indivíduos, por ora coletivizados, será observado por muito mais pessoas, que no presente estudo, poderá ultrapassar velhas fronteiras e gerar ganhos significativos para portadores de hipertensão arterial e a equipe multiprofissional (BERBEL, 1996).

Essa forma de organização social já se constitui em uma etapa para o processo de empoderamento.

2.2.3 Empoderamento e consciência crítica

*Empowerment*⁵ constitui-se num termo da língua inglesa de difícil tradução para o português. Sendo assim, optamos por utilizar, neste trabalho, a tradução da palavra *empowerment* como empoderamento, podendo ser também encontrada sua tradução como fortalecimento.

Segundo Buss (1998), o conceito de empoderamento, faz parte do campo de ação da *promoção da saúde*. Na Carta de Ottawa, esse campo de ação é definido como o processo de desenvolvimento, na comunidade, da capacidade de controle e de habilidades para gerar mudanças nos condicionantes sociais da saúde, através da mobilização coletiva. O desenvolvimento da comunidade se baseia nos recursos humanos e materiais com que conta a comunidade para estimular a independência e o apoio social.

A ajuda recíproca, em que cada um cuida de si e dos outros, é um dos temas centrais da proposta de intensificar a auto-assistência e o apoio social, para desenvolver sistemas flexíveis do reforço e da participação comunitária, na direção dos assuntos da saúde (BUSS, 1998).

Nessa concepção, tem-se como instrumento a Educação em Saúde, que objetiva a melhoria da auto-estima, a diminuição da alienação, incrementando os conhecimentos, de modo a abrir o campo de possibilidades de escolhas do ser humano, deixando-o livre para decidir sobre seus comportamentos. Desse modo, busca-se aprimorar as opções disponíveis, para que a população exerça maior controle sobre a própria saúde e sobre o meio-ambiente e para que opte por tudo aquilo que proporcione saúde (BUSS, 1998).

⁵ MICHAELIS. Moderno dicionário inglês-português, português-inglês. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 2000. 1735 p. (em especial, páginas 633 e 1178, respectivamente).

A complexidade dos fatores envolvidos na saúde tem evidenciado a necessidade de se investir em *promoção da saúde*, e é nesse contexto que se coloca a discussão de empoderamento, enfocando-se a atenção para intervenções que extrapolam o já criticado modelo biomédico (CARVALHO, 2004).

Vários estudos mostram que o conceito de empoderamento é o tema central das políticas sociais e de saúde mental na Europa, Estados Unidos, Canadá, Austrália e Nova Zelândia, principalmente, a partir dos anos 90. Historicamente, o empoderamento está associado a formas alternativas de se trabalhar as realidades sociais, suporte mútuo, formas cooperativas, formas de democracia participativa, autogestão e movimentos sociais autônomos (TEIXEIRA, 2002; CARVALHO, 2004).

Vasconcelos (2002) define empoderamento como o aumento do poder pessoal e coletivo de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão e dominação social, mostrando a importância da educação crítica para aquisição de conhecimento e fortalecimento do sentimento de pertencer à comunidade.

Esse mesmo autor mostra, em seus estudos, a existência de três abordagens básicas aplicadas à educação em saúde: 1) **Modelo preventivo**, que se focaliza no processo de decisão individual em adotar um comportamento saudável, para prevenção de doenças; 2) **Modelo político radical**, onde o foco é na mudança social ambiental e de estruturas políticas, para atacar a raiz dos problemas de saúde e doença; e finalmente, 3) o **Modelo de empoderamento**, cujo foco é facilitar as escolhas individuais e comunitárias, para fornecer aquisição de conhecimento com clarificação de valores e decisão, tornando prática as habilidades de organização comunitária, através de métodos de ensino não tradicionais.

Segundo Teixeira (2002, p. 26):

[...] o entendimento mais comum de empoderamento, dentro do campo da saúde, trabalho social, educação ou psicologia comunitária, deve ter uma conotação de valor baseada na conceituação de poder compartilhado, ao invés do poder sobre o outro. Isto compreende que o empoderamento deve permitir aos grupos desprivilegiados ganhar significado para mudar sua condição de opressão. Qual deve ser o meio pelo qual as pessoas podem vir a obter este poder? Freire nos oferece a resposta para essa indagação, ao responder que é através do desenvolvimento de uma consciência crítica. Desenvolver uma consciência crítica é um meio crucial de ganhar poder. Uma consciência crítica envolve o entendimento de como as relações de poder na sociedade moldam as experiências e percepções de cada pessoa, e de poder identificar como cada um pode ter um papel dentro de uma mudança social. Isto é particularmente importante em situações de desigualdade, nas quais os indivíduos internalizaram crenças sobre sua própria identidade e poder, em potencial. O entendimento de como os membros de um grupo podem afetar as circunstâncias da vida, é crucial para identificar a falta de poder como uma fonte de problemas, no sentido de alcançar uma mudança social mais do que a individual.

O estudo da HAS fornece bases teóricas para a construção positiva da convivência com a enfermidade, objetivando uma vida com o máximo de autonomia e independência possíveis.

Assim, o foco deve ser o desenvolvimento de serviços para tornar os PHA capazes de conviver com seus pares em suas próprias comunidades, controlando suas próprias vidas e continuando produtivos.

Takayanagui (1993) destaca a importância de se trabalhar com a formação da consciência crítica dos indivíduos, em atividades educativas, visando a uma tomada de posição consciente, ou seja, adoção de um novo estilo de vida ou de comportamento, por opção e não por imposição.

De acordo com Mendes (1999), é preciso desenvolver essa consciência crítica, propiciando a preservação e integração harmoniosa do indivíduo e da natureza. Para essa autora, a educação em saúde não deve ser restrita a ambientes formais e confinados de relações autoritárias, ela se dá por meio de experiências de vida compartilhadas, analisadas e criticadas quanto aos conhecimentos científicos

que se produzem, de forma adequada e consciente, para o uso de toda a comunidade.

2.3 Educação problematizadora e interdisciplinaridade

2.3.1 O método de problemas

O método de problemas é um procedimento didático ativo, considerando que os participantes do grupo são colocados diante de uma situação problemática para a qual eles têm que propor soluções. Promove o raciocínio tendo por base idéias, em vez de coisas.

Segundo Mendes (1999), esse método tem sido descrito em cinco etapas:

1. definição e delimitação do problema;
2. coleta, classificação e análise crítica dos dados;
3. formulação de hipóteses;
4. seleção de uma hipótese;
5. verificação de hipóteses.

Na primeira etapa, o facilitador, por meio de recursos apropriados, apresenta o problema aos participantes. Na segunda, os dados sobre o problema são coletados e analisados criticamente, procurando identificar as variáveis do problema. São então elaboradas hipóteses que tentam explicar a situação problema. As hipóteses são definidas mais precisamente, tentando explicar os fenômenos observados na terceira etapa.

A seguir, a viabilidade das propostas é analisada, procurando-se, nos fatos, provas ou constatações que comprovem ou não as hipóteses; essa é a quarta etapa.

A quinta etapa representa a solução do problema, ou a comprovação da hipótese baseada nas provas disponíveis.

Nessa última fase, pode-se retornar à etapa anterior e selecionar uma outra hipótese e, desse modo, várias hipóteses podem ser verificadas (MENDES, 1999).

Esse método tem como objetivo desenvolver o raciocínio, o pensamento reflexivo e a iniciativa, levando o participante a trabalhar com base no método científico e provocar mudanças de comportamento.

No método de problemas, o papel do facilitador será o de preparar o ambiente, estimular os participantes a organizarem as próprias investigações, coordenar e estimular as discussões, adotando uma atitude de indagação crítica.

Quanto maior a relação que o problema tem com o participante, com suas atividades, com sua vida, maior será sua motivação para buscar a resolução do mesmo.

Mendes (1999) apresenta alguns pontos básicos para a aplicação desse método, que norteou nossas discussões nos encontros com os PHAS:

1. o problema deve ser real e interessante; para tanto, é necessário que os participantes estejam engajados nesta problemática, lembrando sempre que o problema é para os participantes e não para o facilitador;
2. deve permitir que se desencadeie um processo criativo nos participantes;
3. os participantes devem ser induzidos a um estado de dúvida, o que permitirá a abertura para o desenvolvimento do método;
4. o método depende dos participantes, do facilitador e dos recursos didáticos disponíveis;
5. é importante que os participantes percebam a situação problema, buscando algo que é de real solução para o grupo;

6. todas as etapas da resolução de problema devem ser realizadas pelos participantes.

2.3.2 O esquema pedagógico de Charles Maguerez

Em 1970, com base nas etapas do método de solução de problemas, Charles Maguerez propôs um esquema pedagógico para ser utilizado na assistência técnica ao agricultor (BORDENAVE; PEREIRA, 1991).

Para Bordenave e Pereira (1991) esta proposta pedagógica, chamada por eles de “Esquema do Arco”, poderia ser utilizada nas comunicações internas da administração e favoreceria assim a coesão do conjunto, por meio da participação ativa dos indivíduos no processo.

A seguir, apresentaremos um resumo das “hipóteses e princípios” do “Esquema do Arco”:

1. O objetivo da ação depende da exatidão do conjunto da mensagem, da apreensão do conjunto de fatores relacionados com o seu conteúdo e da exatidão na condução do raciocínio. Bordenave e Pereira (1991) consideram esse princípio básico para o êxito do processo;

2. Ao conjunto de fatores relacionados com o conteúdo da mensagem, definidos por pesquisas e estudos, acrescenta-se toda uma massa heterogênea de fatores relativos à realidade específica ao local e também às próprias características psicológicas dos participantes. O conjunto de todos esses fatores é chamado por Bordenave e Pereira (1991) de “realidade”;

3. O desenvolvimento das atividades de um grupo está condicionado pela aquisição de um modo de raciocínio correto, que permite a utilização eficaz dos novos conhecimentos. Desse modo, é necessário que o esquema de raciocínio se concretize num esquema pedagógico simples, claro e de fácil aplicação (BORDENAVE; PEREIRA, 1991).

Bordenave e Pereira (1991) apresentam o “Esquema do Arco” em cinco fases:

1ª- Observação da realidade: essa fase “consiste na observação de todos os dados da questão e na seleção dos aspectos característicos considerados na sua solução”;

2ª- Construção de uma maquete: consiste na elaboração de um modelo reduzido da realidade, orientado pela escolha dos aspectos característicos mais importantes para a solução do problema: os pontos-chave;

3ª- Essa fase foi chamada por C. Magueres de “discussão deste esquema”. Bordenave e Pereira (1991) chamaram essa fase de teorização, considerando que nela é introduzida a discussão teórica do assunto que poderá confirmar, acrescentar e/ou modificar os aspectos ressaltados na segunda fase;

4ª- Magueres chamou essa fase de “execução de uma maquete”. Optamos por chamá-la de hipótese de solução, assim como apresentada por Bordenave e Pereira (1991). Essa fase consiste numa confrontação entre as discussões realizadas nas fases anteriores. Assim, as hipóteses de solução são confrontadas com os parâmetros da maquete do problema;

5ª- Execução efetiva: essa fase representa a adoção de uma solução e sua aplicação prática junto à realidade.

Esse esquema pedagógico satisfaz os cânones da aprendizagem, pois vai do concreto ao abstrato, para retornar ao concreto.

O “Esquema do Arco”, apresentado na Figura 2, é entendido por Bordenave e Pereira (1991) como uma etapa de instrução. Essa etapa é seguida por outras: aplicação e acompanhamento. Na etapa de aplicação, o facilitador deverá participar da execução, fazendo ensaios de demonstração e aplicação e as correções, quando necessárias.

A etapa de acompanhamento é uma continuação da aplicação, sendo assim, um controle da execução com as correções eventuais e informações práticas que forem necessárias (SAVIANI, 1986).

Entendemos que, nas etapas de aplicação e acompanhamento, deve ser utilizado o mesmo esquema, que deverá ser realizado considerando a situação problema do momento, ou seja, “a nova realidade”.

Desse modo, as etapas subseqüentes (aplicação e acompanhamento) só serão diferentes da fase de instrução, considerando que deverá existir uma nova realidade e, assim, outros problemas deverão ser resolvidos com base no mesmo esquema pedagógico, ou seja, uma seqüência de arcos⁶.

⁶ Saviani (1986, p. 28-29) explica esse instrumento dialético da seguinte forma: “Podemos, pois, para facilitar a compreensão, formular o seguinte diagrama: 1) Ação (fundada na filosofia de vida) suscita: 2) Problema (exige reflexão: a filosofia) que leva à: 3) Ideologia (conseqüência da reflexão), que acarreta a: 4) Ação (fundada na ideologia). Não se trata, de uma seqüência lógica ou cronológica; é uma seqüência dialética. Portanto, não se age primeiro, depois se reflete, depois se organiza a ação e por fim age-se novamente. Trata-se de um processo em que esses momentos se interpenetram, desenrolando o fio da existência humana na sua totalidade. E como não existe reflexão total, a ação trará sempre novos problemas que estarão sempre exigindo a reflexão; por isso, a filosofia é sempre necessária e a ideologia será sempre parcial, fragmentária e superável. Assim, poderíamos continuar o diagrama anterior, da seguinte forma: 4) Ação (fundada na ideologia) suscita: 5) Novos Problemas (exigem reflexão: a filosofia) que leva à: 6) Reformulação da ideologia (organização da ação) que acarreta: 7) Reformulação da ação (fundada na ideologia reformulada). Esta maneira de colocar as relações entre filosofia e ideologia nos permite ao mesmo tempo assimilar a oportunidade da distinção entre o **saber** e **ideologia** e evitar sua possível limitação. Tal limitação consiste em que o saber é geralmente posto como o outro que exclui (porque, ao revelar suas origens, a dissipa) a ideologia. Com isto, acaba-se por defender o caráter desinteressado do saber. Cabe, pois, lembrar que o saber é sempre interessado, vale dizer, o saber supõe sempre a ideologia da mesma forma que esta supõe sempre o saber. Com efeito, a ideologia só pode ser identificada como tal, ao nível do

Figura 2 - Representação do “Esquema do Arco Charles Maguerez”.

Fonte - Adaptado de Bordenave e Pereira, 1991.

2.3.3 Conceito de interdisciplinaridade

O conceito de *interdisciplinaridade* surgiu no século XX e, só a partir da década de 60, começou a ser enfatizado como necessidade de transcender e

saber. A ideologia que não supõe o saber, supõe-se saber”. Para maior aprofundamento, recomendamos: ALTHUSSER, L. **Ideologia e aparelhos ideológicos de Estado**. Lisboa: Presença, 1980. 121 p.

atravessar o conhecimento fragmentado, embora sempre tenha existido, em maior ou menor medida, uma certa aspiração à unidade do saber (MINAYO, 1996).

Japiassu foi responsável por introduzir, no Brasil, a partir de 1976, as concepções sobre *interdisciplinaridade*, decorrentes do Congresso de Nice, na França, em 1969. Japiassu e Ivani Fazenda são considerados responsáveis pela veiculação do tema no Brasil, sendo o fluxo temático de Japiassu, epistemológico, e o de Fazenda, pedagógico; entretanto, os dois autores têm como base de suas teses a filosofia do sujeito. De acordo com eles, a *interdisciplinaridade* é apontada como saída para o problema da disciplinaridade, que é contextualizada como doença, devendo, portanto, ser superada/curada, através da prática interdisciplinar. Para sua viabilização, eles indicam a presença de profissionais de várias áreas como necessidade intrínseca ao projeto interdisciplinar. Trata-se da presença de equipes multidisciplinares para o desenvolvimento de projetos de pesquisa.

A Filosofia Freiriana considera que é o sujeito que pronuncia a palavra, reflete sobre ela e a executa por meio da *práxis*; e, toda a trajetória de Paulo Freire como pesquisador revela uma estreita aproximação entre o que diz e o que faz. A coerência de seus princípios pode ser constatada em todos os seus escritos.

Os estudos de Fazenda (2001b, 2003) revelam que a *interdisciplinaridade* deve ser entendida como uma reflexão sobre a linguagem e o sentido da palavra. Nesse contexto, a pedagogia problematizadora formula uma concepção científico/humanista, que encontra sua expressão numa *práxis* dialogal, na qual educadores e educandos, juntos, analisam uma realidade, denunciando-a e transformando-a em nome da libertação do homem.

Observa-se, então, que a pedagogia Freiriana está em íntima relação com a *interdisciplinaridade*, pois ambas têm como pressupostos a humildade de aprender a

aprender, a dialogicidade entre os diferentes ramos do saber e a capacidade de fazer emergir do ser humano a arte de transformar-se e transformar o mundo por meio do encontro, pois é na dialogicidade que o ser humano toma consciência do Ser de si mesmo, elemento facilitador para o autocuidado (FAZENDA, 1995, 2003, 2005).

Complementando esse pensamento, Etges (1995) propõe a *interdisciplinaridade* como princípio mediador entre as diferentes disciplinas. Não poderá jamais ser elemento de redução a um denominador comum, mas elemento teórico-metodológico da diferença e da criatividade. A *interdisciplinaridade* é o princípio da máxima exploração das potencialidades de cada ciência, da compreensão dos seus limites, mas, acima de tudo, é o princípio da diversidade e da criatividade.

Baseado em tal conceito, podemos admitir que a diversidade (a diferença) e a criatividade marcam o pensamento interdisciplinar, enquanto “aberto” às diferentes formas de interpretar a realidade. É mister salientar que o próprio Etges (1995) não aceita a *interdisciplinaridade* como método, mas a vê como um princípio válido para a produção do conhecimento e mais concretamente para a **pesquisa**.

De acordo com Etges (1995), a *interdisciplinaridade* deve seguir alguns princípios, como:

⇒ **A interdisciplinaridade como necessidade:** os homens, na busca incessante de satisfazer suas múltiplas e históricas necessidades de natureza biológica, intelectual, afetiva, estética, etc., estabelecem as mais diversas relações sociais que devem ser analisadas numa teia complexa de uma dada realidade.

⇒ **A interdisciplinaridade como problema:** há a **limitação** do sujeito que busca construir o conhecimento de uma dada realidade, frente à **complexidade** dessa realidade e de seu caráter histórico.

⇒ **A interdisciplinaridade como um desafio prático na pesquisa e nos processos pedagógicos:** nossa sociedade, além de fazer a apologia do racionalismo, vem minimizando o problema das desigualdades sociais e a profunda discriminação social. Como consequência, podem-se desenvolver pesquisas que reforçam o ecletismo do senso comum. Sendo assim, uma condição prévia para o trabalho interdisciplinar, tanto no nível de pesquisa, como do trabalho pedagógico, é de que as concepções de realidade, conhecimento e os pressupostos e categorias de análise sejam criticamente explicitados.

A *interdisciplinaridade* é, portanto, um termo que, seguramente, não tem apenas um significado. Possui diferentes interpretações, nas quais sempre estará presente uma mudança de atitude frente ao conhecimento.

Dessa maneira, a *interdisciplinaridade* não se encerra como uma teoria geral e absoluta, mas sim como um estudo do desenvolvimento de um processo dinâmico, integrador e dialógico, que busca uma compreensão a respeito dos aspectos ocultos do ato de aprender, pesquisar, entre outros (SANTOMÉ, 1995; MAZON; TREVIZAN, 2001; FAZENDA, 2002b).

Sabemos que a *interdisciplinaridade* vem fazendo parte das agendas de gestores de diferentes setores, principalmente das áreas de educação, saúde e planejamento. Artigos, livros, congressos, simpósios e debates marcaram as últimas três décadas no Brasil. O debate em torno da conceituação de *interdisciplinaridade* ainda é uma “tarefa inacabada” e, conseqüentemente, continua produzindo uma série de documentos e controvérsias.

Segundo Ferreira, (2005, p. 33-35):

Para iniciarmos o trabalho de introduzir a compreensão de *interdisciplinaridade*, utilizaremos de uma metáfora: o conhecimento é uma sinfonia. Para a sua execução será necessária a presença de muitos elementos: os instrumentos, as partituras, os músicos, o maestro, o ambiente, a platéia, os aparelhos eletrônicos, etc. A orquestra está estabelecida. Todos os elementos são fundamentais, descaracterizando, com isso, a hierarquia de importância entre os membros. Durante os ensaios as partes se ligam, se sobrepõem e se justapõem num movimento contínuo, buscando um equilíbrio entre as paixões e desejos daqueles que a compõem. O projeto é único: a execução da música. Apesar disso, cada um na orquestra tem sua característica, que é distinta. Cada instrumento possui elementos que o distinguem dos demais. O violino é diferente do piano, tanto na forma como na maneira de ser tocado. Para que a sinfonia aconteça, será preciso a participação de todos. A integração é importante, mas não é fundamental. Isto porque na execução de uma sinfonia é preciso a harmonia do maestro e a expectativa daqueles que assistem.

O importante não é o conteúdo das disciplinas, mas sim, o ato de educar. A educação como *promoção da saúde* tem sentido apenas quando é libertadora: se dá por meio da prática de mostrar ao ser humano sua capacidade de autocuidado, de modo consciente e transformador. O diálogo entre a equipe multiprofissional só terá sentido se houver uma “dialogicidade horizontal” entre os “saberes” presentes. É a orquestra afinada.

A *interdisciplinaridade* leva todo especialista a reconhecer suas limitações para acolher as contribuições das outras disciplinas. Assim sendo, podemos dizer que uma ciência é complemento da outra. É a musicalidade harmoniosa presente.

O caráter interdisciplinar pode mostrar à equipe multiprofissional a necessidade interna de cada ciência em inter-relacionar-se nos diversos saberes, ampliando a compreensão da realidade, especificamente daqueles que sofrem de HAS.

Reinvidicar para cada ciência a primazia no trato dos problemas (de saúde, no caso deste projeto) é uma atitude ingênua e pré-crítica, dado o grau de

complexidade da realidade grupal que ora buscamos compreender. É teoria vazia e prática cega.

A palavra é como a metáfora de uma orquestra tocando. É a presença da dialogicidade que traz a música.

Fazenda (2003, p. 40) afirma que:

A palavra está a serviço da ação, na medida em que o pensamento é ela própria. Ela vale o que vale nosso ser. O importante não é o conteúdo das disciplinas, mas sim o ato de educar, a educação como ação, uma ação que executa e espera. Mas esta ação, esta *práxis*, só tem sentido se for uma ação libertadora, uma ação cultural para a liberdade; não uma doutrinação, mas uma ação que seja produto de uma adesão consciente.

Santomé (1998) mostra que o intercâmbio entre disciplinas pode ser promovido pela influência de numerosos fatores. Segundo o autor, as disciplinas são sensíveis a diversos tipos de variáveis, tais como: 1) espaciais; 2) temporais; 3) econômicas; 4) demográficas; 5) demandas sociais; 6) epistemológicas; 7) disputas e rivalidades entre disciplinas por um determinado âmbito ou objeto de trabalho; 8) necessidade de prestígio e 9) desenvolvimento da ciência. A *interdisciplinaridade* é fundamentalmente um processo e uma filosofia de trabalho que entram em ação na hora de enfrentar os problemas e questões que preocupam cada sociedade. É o orquestrar de uma obra aberta. A Humanidade está toda por fazer-se. É um constante vir-a-ser.

Pelos estudos de Fazenda (1991, 2001b, 2003), podemos dizer que a *interdisciplinaridade* é caracterizada pela intensidade das trocas entre os especialistas e pela integração das disciplinas num mesmo projeto de pesquisa. Em termos de *interdisciplinaridade*, ter-se-ia uma relação de reciprocidade, de mutualidade, ou melhor dizendo, um regime de co-propriedade, de interação, que irá

possibilitar o diálogo entre os interessados. A *interdisciplinaridade* depende, basicamente, de uma mudança de atitude perante o problema do conhecimento, da substituição de uma concepção fragmentária pela unitária do ser humano. Ser humano é música.

Dessa forma, podemos afirmar que a *interdisciplinaridade* é uma **atitude** frente a um ou mais problemas, é uma **categoria de ação** que se alicerça num movimento do ato de conhecer e se reconhecer, conforme afirma Tufano (2001).

Acima usamos a metáfora da orquestra e temos o Quadro 3, explicativo para os diferentes tipos de práticas profissionais interdisciplinares.

A exemplificação desses conceitos é feita por Vasconcelos (2002) que destaca que as **práticas multi** podem ser visualizadas em ambulatorios de saúde e/ou saúde mental convencionados, onde profissionais de diferentes áreas trabalham isoladamente, geralmente sem cooperação e troca de informações entre si, a não ser um sistema de referência e contra-referência dos clientes, com uma coordenação apenas administrativa. As **práticas pluri** podem ser traduzidas por reuniões clínicas em que casos de clientes são discutidos, trocando-se informações dos diversos profissionais que os acompanham, ou reuniões de equipe técnica com profissionais variados que planejam ou avaliam ações e procedimentos científicos ou assistenciais, sem ainda criar uma axiomática própria que coordene seus trabalhos. Nas **práticas pluriauxiliares**, há relações de poder muito desiguais entre as diversas corporações e disciplinas; muitas das práticas usuais de colaboração entre profissionais na saúde acabam sendo auxiliares. A expressão “paramédica”, para caracterizar essa colaboração, é bastante ilustrativa. Assim, as práticas pluriauxiliares tendem claramente ao imperialismo epistemológico.

Definição Geral	Tipo de Sistema	Configuração
Práticas multi-: gama de campos de saber que propomos simultaneamente, mas sem fazer aparecerem as relações existentes entre eles.	Sistema de um só nível e de objetivos únicos; nenhuma cooperação.
Práticas pluri-: justaposição de diversos campos de saber situados geralmente no mesmo nível hierárquico e agrupados de modo a fazer aparecerem as relações existentes entre elas.	Sistema de um só nível e de objetivos múltiplos; cooperação, mas sem coordenação.
Práticas pluriauxiliares: utilização de contribuições de um ou mais campos de saber para o domínio de um deles já existente, que se posiciona como campo receptor e coordenador dos demais; tendência ao imperialismo epistemológico.	Sistema de dois níveis; coordenação e objetivos hegemonizados pelo campo de saber encampador.
Práticas inter-: práticas de interação participativa que inclui a construção e pactação de uma axiomática comum a um grupo de campos de saber conexos, definida no nível hierarquicamente superior, introduzindo a noção de finalidade maior que redefine os elementos internos dos campos originais.	Sistema de dois níveis e de objetivos múltiplos; coordenação procedendo do nível superior; tendência à horizontalização das relações de poder.
Campos trans-: campos de interação de médio e longo prazo que pactuam uma coordenação de todos os campos de saberes individuais e inter- de um campo mais amplo, sobre a base de uma axiomática geral compartilhada; tendência à estabilização e criação de campo de saber com autonomia teórica e operativa própria.	Sistema de níveis e objetivos múltiplos; coordenação com vistas a uma finalidade comum dos sistemas; tendência a horizontalização das relações de poder.

Quadro 3 – Tipos de práticas “interdisciplinares” (VASCONCELOS, 2002).

As **práticas inter**, por sua vez, são entendidas, aqui, como promovendo mudanças estruturais, gerando reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Dessa forma, abre-se caminho para uma fecundação e uma aprendizagem mútua,

que não se efetuam por simples adição ou mistura linear, mas por uma recombinação dos elementos internos.

Por último, os **campos trans** implicam uma radicalização do nível anterior, com a estabilização de um campo teórico, aplicado ou disciplinar, de tipo novo e mais amplo. O campo da saúde mental também pode ser entendido como um campo transdisciplinar e transparadigmático, capaz de confrontar e flexibilizar as divisões convencionais das especialidades e democratizar as relações de poder entre elas, tendendo a criar, inclusive, novos tipos de trabalhadores, com uma profissionalidade mais ampla.

A *interdisciplinaridade* leva todo especialista a reconhecer os limites de seu saber para acolher as contribuições das outras disciplinas. Assim sendo, uma ciência é complemento da outra, e a dissociação, a separação entre as ciências é substituída pela convergência a objetivos comuns.

Nesse ponto, podemos prosseguir, justificando nossos passos na pesquisa.

3 JUSTIFICATIVA

A história das ciências conta que a produção e a legitimação do conhecimento vêm se desenvolvendo dentro de diferentes posições. Encontramos grupos que entendem a ciência como simples aplicação de resultados, com uma metodologia de pesquisa voltada para a produção tecnológica, e outros que se aproximam dos problemas sociais concretos, alternando toda uma atitude de estudo, análise e avaliação crítica dos quadros conceituais e metodológicos tradicionalmente mostrados como norteadores das ciências (UNIVERSIDADE DE UBERABA, 2001).

Por outro lado, podemos perguntar: como, em um tempo de intensa produção científica e tecnológica, mas também de confrontos e de revisões críticas, de reconstruções de paradigmas científicos, é possível ir adiante tentando contribuir com novas maneiras de pensar e de produzir idéias e **aplicá-las à Educação em Saúde?**

Nessa vertente, o presente projeto buscou reunir conhecimentos de diversas áreas, visando promover e estabelecer relações entre as ciências, o contexto societário (comunidades, ONG's, associações, entre outros) e a responsabilidade individual, indagando, inclusive, sobre as diversas condições nas quais são estruturados os currículos das Ciências da Saúde (SANTOMÉ, 1998).

Sabemos que, historicamente, o desenvolvimento das ciências caminhou para uma compartimentalização da produção do conhecimento, com ênfase em metodologias de pesquisas restritas aos modelos próprios de **quantificação**. Essa realidade vem sendo bastante modificada com o reconhecimento de métodos **qualitativos** e de quadros teóricos que argumentam pela não especialização, destacando as relações entre as áreas das ciências e privilegiando o questionamento das diferentes realidades enfrentadas no dia-a-dia.

Voltando as questões de estruturação curricular dos cursos de graduação, podemos afirmar que, nesta última década, de modo particular, as **relações** entre as diferentes áreas do conhecimento e do **saber** vêm sendo bastante discutidas por pensadores de todo o mundo. No Brasil, temos o **Centro de Estudos Transdisciplinares** da Escola do Futuro da USP (CETRANS) que, juntamente com o **Instituto Paulo Freire**, tem contribuído para a institucionalização e difusão dessa tendência científica.

No âmbito específico da saúde, podemos citar várias definições tradicionais que vão **contra** a tendência de *interdisciplinaridade*, tais como: ausência de doença é “igual” ausência de sintomas ou a de Dossey (1998), que parte do pressuposto de que o corpo é um simples objeto, ocupando espaço específico, que é considerado uma unidade isolada, auto-suficiente, com limites bem definidos com relação aos outros corpos. Segundo ele, os corpos existem em um tempo **linear**, constituído de um passado, de um presente e futuro.

Uma outra concepção, que faz parte da visão tradicional, considera que tanto saúde como doença estão localizadas no corpo de pessoas específicas e isoladas, tratando-se de um processo individual que não é partilhado com outros, ou seja, pertencendo a cada pessoa, **separadamente**. Nesse caso, os distúrbios físicos requerem intervenções físicas e não biopsicossociais. Assim buscamos, abaixo, a possibilidade de questionar tais definições, inter-relacionando-as com aspectos da *promoção da saúde* (HEGENBERGER, 1998; MONTEIRO, 2001).

A visão tradicional é limitada porque enfatiza órgãos específicos ou partes corporais isoladas, sem considerar o humano que as possui. Precisamos compreender que a saúde se refere ao humano, porque se fundamenta numa

concepção de ser humano como único. Um corpo nunca está só doente ou só saudável. Existe uma oscilação contínua entre os dois pólos.

Podemos nos sentir saudáveis até o momento em que alguém atravessa a porta e nos atinge com palavras de ofensa e rejeição. Principalmente quando esse outro faz parte do nosso círculo de convivência familiar e social, inter-relacionando no mesmo espaço. Essa situação não é rara entre os PHAS e suas famílias, em situações em que se pratica a exclusão, criando uma tensão interna no corpo do PHA, acentuando seu quadro de morbididade, o que constatamos nas visitas domiciliárias e convívio com o grupo de PHAS.

Dessa forma, percebemos que o ser humano interage com o ambiente, como também em relação às perspectivas a respeito da situação vivenciada (BOFF, 2000; TREVIZAN et al., 2003).

A idéia de **mente** e **corpo** fica claramente ultrapassada se observarmos que a diferença entre o somato e o psíquico serve apenas, na melhor das hipóteses, para a localização do âmbito em que o sintoma se manifesta, sendo inútil para localizar a doença em si (VILELA; MENDES, 2000; SILVA, 2001).

Desse modo, não faz sentido dizer que o corpo está doente, mas que o ser humano em sua **totalidade** sofre. Se nos reportarmos à qualidade de vida, a visão tradicional não consegue explicar que a doença significa um dano à totalidade da existência. É o ser humano em sua totalidade existencial que sofre (BOFF, 2000).

O PHA convive com dietas, restrições e estresse. Esse vazio existencial faz com que a pessoa fique suscetível à doença, porque uma vida sem sentido sempre gera desespero, depressão e perda da auto-estima, retirando-lhe qualquer motivação para enfrentar os próprios desafios e reconhecer aquilo que lhe está

faltando para restabelecer uma melhor qualidade de vida (MELLO FILHO, 2000; MONTEIRO, 2001).

A hipertensão arterial sistêmica é uma enfermidade que tem caráter multidisciplinar e deve interessar a todos os profissionais de saúde, pela elevada prevalência e importância, uma vez que, de forma estimativa, 20% da população da Terra é afetada por esse mal (FAZAN JÚNIOR; SILVA, 2000; PÉREZ RIERA, 2000; CAMPOS JÚNIOR et al., 2001; FAZAN JÚNIOR; SILVA; SALGADO, 2001;).

Os grupos de suporte para PHAS já comprovaram a sua eficácia em relação à aceitação de dietas, diminuição do nível de ansiedade e manutenção da pressão sanguínea em níveis aceitáveis, dando qualidade e prolongando a vida de seus participantes (KAPLAN; SADOCK, 1996; MELLO FILHO, 2000; CHAVES; CADE, 2004).

Segundo considerações de Mello Filho (2000), Pérez Riera (2000) e Monteiro (2001), PHAS não ficam somente vulneráveis à doença, porque experimentam mudanças biológicas ao longo de um período de tempo, mas tornam-se doentes porque sofrem também com a exclusão, segregação, ausência de calor nas relações interpessoais, falta de entusiasmo, de compreensão, de esperança, de aspiração e outros, perdendo o seu sentido e significado como ser humano.

Portanto, há a necessidade de se ter uma visão de ser humano como algo maior do que a soma de suas partes, como ser multidimensional, vivendo numa **complexa rede de relações** com tudo e com todos. A vida adoece em sua totalidade (BOFF, 2000; MONTEIRO, 2001).

Tudo aquilo que é tecido em conjunto, no qual não há separação de seus constituintes heterogêneos, ou seja, não há demarcação de fronteiras que possam

separar qualquer elemento de nosso mundo fenomenal, é entendido como **complexidade** (MORIN, 2000).

Desse modo, o amor, a compaixão, a atenção, a confiança e a solidariedade são elementos fundamentais para a qualidade de vida daqueles que vivem em comunidade. Buscando a cooperação e a inter-relação, os seres humanos tornam-se mais bem-sucedidos em adquirir o seu princípio vital: **o aprendizado**. Por outro lado, o isolamento é uma má estratégia de sobrevivência, pois, para que haja qualidade de vida, deve haver também qualidades adequadas de vínculos entre membros de uma comunidade. Nenhum ser humano consegue sobreviver sozinho ou ser auto-suficiente, porque é sempre dependente de condições sociais e culturais (ANDERSON et al., 1998; MORIN, 2000; MONTEIRO, 2001).

É nesse sentido que a complexidade se apresenta com traços inquietantes de confusão, ambigüidade, inextricabilidade e incertezas. Apesar da aparente separação das coisas no nosso mundo fenomenal, tudo é uma extensão contínua de tudo o mais, constituindo uma estrutura única de “vínculos indivisíveis”, de modo que o universo inteiro é um todo ininterrupto (LEWIS, 1999; MORIN, 2000).

As transformações nos perfis epidemiológicos das populações, o desenvolvimento tecnológico na educação e na prática dos profissionais de saúde e a crise do modelo protecionista do Estado são algumas das características de um contexto, que é a ante-sala de um futuro distinto ao passado no qual foi desenhado o modelo hegemônico na formação do campo de saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000; COHN et al., 2002).

Tal qual aconteceu em outras épocas de criação fecunda e de perplexidade, dentro e fora do âmbito das ciências, vivemos em um tempo em que as questões que nos desafiam a pensar, planejar e agir, acabam nos aproximando do cientista,

do educador, do artista, do administrador, do político (como articulador de forças para o bem comum) e de outros. Conseqüentemente, o exercício de uma ação responsável exige a interligação dos diferentes campos da criação intelectual, em busca de respostas que não podem vir de nenhum deles isoladamente.

O modelo flexneriano já citado ainda é dominante e caracteriza-se pela predominância da formação técnica, orientada para as ações curativas individuais, dissociação dos componentes de ciência básica, clínicas e sociais durante a formação e predominância da autoridade centrada no professor.

Como conseguir as mudanças necessárias? Como torná-las duradouras? Quais são essas mudanças? Quem deve participar delas? As respostas podem estar nos desafios de uma construção de amplas reformas curriculares (SANTOMÉ, 1998; GADOTTI, 2003).

Explicitar nossa prática cotidiana nas Ciências da Saúde, buscando uma reformulação de paradigmas, requer uma torção tal no pensamento que ele possa voltar-se sobre exatamente aquilo que está fora de sua jurisdição clássica: **as descontinuidades, as rupturas, as dissonâncias.**

Espera-se, com este trabalho, trazer uma contribuição para o entendimento das **complexas** relações que existem numa EQM e as conseqüências de sua *práxis* na *promoção da saúde*, pontuando sempre a necessidade da busca de uma **interdisciplinaridade** em qualquer trabalho realizado.

Buscando uma perspectiva para que este trabalho interdisciplinar atinja realmente profundidade e rigor, foi importante escolher uma diretriz metodológica para sua execução. Entende-se aqui diretriz metodológica no sentido de se alcançar a inter-relação entre os vários saberes da EQM. Se optássemos por privilegiar

qualquer ramo do saber dentro da equipe, estaríamos negando a própria *interdisciplinaridade*. Seria uma pseudo-construção de uma equipe interdisciplinar.

Segundo Fazenda (2003), é nesse momento que a *interdisciplinaridade* encontra como base, alicerçamento para sua edificação, **a Filosofia**. Somente a filosofia pode dar à *interdisciplinaridade* o caráter de totalidade coerente que ela requer. A questão de ser totalizante está ligada a seu método, que é, ao mesmo tempo, crítico e reflexivo. Crítico, no sentido em que pensa as diferentes ciências e seus métodos sob uma atitude imparcial e engajada, pois não procura nenhum posicionamento tendencioso. Reflexivo, porque remonta à ação, afastando-se dela para compreendê-la e apreendê-la na sua totalidade. Quando não há um comprometimento com as partes, o poder de análise reflexiva e síntese, característica da atitude filosófica, leva os integrantes do processo interdisciplinar (no caso a EQM) a novas revelações e conseqüentes reformulações de seus objetivos. É a busca da dialogicidade que exige envolvimento, reciprocidade, respeito pelo outro, rever no outro o “eu-próprio”, aceitar as limitações próprias e as dos outros. É atitude aberta e receptiva.

Complementando, é dizer não à seqüencialidade, é combater o “poder disciplinar”. Quando o poder do saber se instala, há um enquadramento: o quadro é, assim, um processo de saber porque permite classificar e verificar relações. É uma técnica de poder, porque permite controlar um conjunto de indivíduos serializados, seqüenciados, compartimentalizados (FOUCAULT, 1977).

Convenhamos que investir em uma continuidade seqüencial, ordenada e progressiva, no que tange às razões sobre os fatos e fenômenos que nos rodeiam ou que se abrigam em nós, carrega uma função reguladora para a condição humana: protege-nos da angústia de reconhecer que não é possível conhecer de fato aquilo

que o futuro, sempre incerto, reserva-nos. Neste trabalho, optamos pela postura científica de enfrentamento da angústia. Pensamos que escolher o comodismo dos paradigmas clássicos pode estar “**custando nada menos que tudo**” à ciência e, conseqüentemente, à existência humana (ELIOT, 2004).

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral:

Analisar a *práxis* de uma equipe multiprofissional, desenvolvendo atividades educativas voltadas para a *promoção da saúde* de um grupo de portadores de hipertensão arterial sistêmica, tendo como paradigma a *interdisciplinaridade*.

4.2 Objetivos específicos:

4.2.1 – Identificar mudanças ocorridas com a equipe multiprofissional em relação aos trabalhos educativos realizados sob o paradigma da *interdisciplinaridade*.

4.2.2 – Identificar facilidades e dificuldades enfrentadas pela equipe multiprofissional, no desenvolvimento de atividades educativas de *promoção da saúde*, realizadas com um grupo de portadores de hipertensão arterial sistêmica, tendo como referencial o paradigma da *interdisciplinaridade*.

4.2.3 – Identificar mudanças ocorridas em um grupo de portadores de hipertensão arterial sistêmica, em relação aos seguintes aspectos de estilo de vida: ingestão de bebida alcoólica e sal, atividades de lazer, obesidade, sedentarismo e tabagismo.

4.2.4 – Levantar a percepção de um grupo de portadores de hipertensão arterial quanto a possíveis mudanças ocorridas no enfrentamento da doença, a partir dos encontros educativos realizados.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de pesquisa

Este estudo constitui-se numa pesquisa qualitativa, utilizando como estratégias a pesquisa-ação e a observação participante, por meio de ações educativas de conscientização e problematização, tanto em relação à equipe multiprofissional quanto ao grupo de portadores de hipertensão arterial.

A investigação teve sua metodologia delineada em conceitos descritos por Polit e Hungler (1995), que mostram que a pesquisa qualitativa costuma ser descrita como holística (preocupada com os indivíduos e seu ambiente, em todas as suas complexidades) e naturalista (sem qualquer limitação ou controle impostos ao pesquisador).

Essa modalidade de pesquisa foi escolhida por proporcionar compreensão ampla dos grupos estudados, ao mesmo tempo em que permite estabelecer algumas proposições mais gerais sobre as regularidades da dinâmica social (BECKER, 1994).

Acrescenta Minayo (1996) que a pesquisa qualitativa busca uma compreensão única do fenômeno em estudo. Trabalha com o universo de significados a partir de descrições minuciosas onde se captam as percepções, emoções e interpretações do sujeito inserido em seu contexto. É possível a utilização de uma variedade de recursos e técnicas; entretanto, torna-se fundamental a criatividade, a intuição e habilidade do pesquisador.

Nesse sentido, nossa opção pela abordagem qualitativa justifica-se pelo fato de melhor se adequar ao objeto de estudo desta investigação e por tentar captar não só a aparência, mas também a essência do fenômeno em questão, assim como as causas de sua existência.

De acordo com Lüdke e André (1986), a pesquisa qualitativa apresenta cinco características básicas: 1º) dados obtidos diretamente do ambiente natural pelo pesquisador; 2º) dados predominantemente descritivos; 3º) preocupação maior com o processo do que com o produto; 4º) focalização do significado que os participantes dão às coisas e à sua vida e 5º) utilização do processo indutivo na análise dos dados.

Para Lima Filho (1993), a pesquisa qualitativa adequa-se ao estudo de um grupo de pessoas afetadas por uma enfermidade, ou da configuração de um fenômeno ou processo, entre outros. O material primordial da investigação qualitativa é a palavra que expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos. A fala revela condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos, ao mesmo tempo que transmite, por meio do entrevistado, representações de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

Quanto à estratégia da pesquisa-ação, para Mailhiot (1985), a pesquisa deve originar-se a partir de uma situação social concreta a modificar, inspirando-se constantemente nas transformações e nos novos fenômenos que surgem durante e sob a influência da pesquisa. Segundo o autor, os fenômenos sociais não podem ser observados do exterior e não se tornam inteligíveis senão ao pesquisador que os alcança, consentindo em participar de seu **devenir**. Por último, há necessidade de, durante suas pesquisas, o pesquisador assumir constantemente os dois papéis complementares: de participante e de observador.

Thiollent (2003) considera que uma pesquisa pode ser qualificada de pesquisa-ação quando houver realmente uma ação por parte das pessoas ou grupos implicados no problema sob observação. Além disso, é preciso que a ação seja uma

ação não-trivial, o que quer dizer, uma ação problemática merecendo investigação para ser elaborada e conduzida.

Refere também que esse tipo de pesquisa exige uma relação entre pesquisador e pessoas da situação investigada, que seja do tipo participativo. Quanto ao seu objetivo, pode ser para a resolução de um problema prático de ordem técnica, para a tomada de consciência dos agentes implicados na atividade investigada, ou para a produção de conhecimento.

Outra estratégia, a observação participante, é considerada por Minayo (1996), essencial no trabalho de campo da pesquisa qualitativa, afirmando ser tal sua importância, que alguns estudiosos a tomam como um método em si mesmo para a compreensão da realidade e não somente como uma estratégia.

É por meio da observação participante que os pesquisadores se comunicam com pessoas ou grupos a serem investigados, pois, assim, a possibilidade de aceitação se torna maior (THIOLLENT, 2003).

É importante salientar que pode ser considerada uma técnica de trabalho de campo que permite sistematizar o processo de coleta de dados, por aproximar o pesquisador do objeto de pesquisa, o que facilita o processo de construção do conhecimento.

Minayo (1996) define a observação participante como um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto.

Não obstante as divergências em alguns pontos, principalmente quanto “o

que” e “como” observar, os estudiosos sobre observação participante concordam que ela é imprescindível na pesquisa qualitativa e, por seu intermédio, é que o pesquisador, ao mesmo tempo em que observa para colher informações, interage com as pessoas ou grupos participantes da investigação.

Segundo Brandão (1999), um dos sistematizadores das etapas da observação participante, podemos vê-la da seguinte forma:

a) Aproximação do grupo e estabelecimento de uma relação com ele: é o primeiro passo, por meio do qual o pesquisador se aproxima do grupo social escolhido. É um processo longo e difícil, que deve levar à aceitação progressiva do pesquisador como alguém que vem de outro ambiente. O pesquisador, por sua vez, não deve se identificar totalmente com o grupo e sim guardar uma distância que permita uma posição crítica.

b) Observação e coleta de informações: que permite ao pesquisador uma visão mais ampla da comunidade trabalhada, sua organização interna e suas relações com a totalidade da sociedade. Permite também captar a compreensão que o grupo tem de sua própria situação. Antes de entrar em contato com o grupo, o pesquisador deve esboçar um perfil provisório da situação, por meio de estudos da documentação oficial, exame da história do grupo e do lugar, observação da vida diária, identificação, no interior do grupo, das pessoas-chave, que podem fornecer uma compreensão melhor da realidade a ser observada e estudada, facilitando os primeiros contatos com a população.

As entrevistas “abertas” e “semi-estruturadas” mostram-se mais adequadas e podem ser entendidas como um diálogo livre, com uma estrutura física, indicando as linhas gerais a serem seguidas, que estão relacionadas com aspectos da realidade do grupo. A flexibilidade das entrevistas possibilita captar uma expressão mais

autêntica dos entrevistados, permitindo coleta de material mais rico e interessante e que mais se aproxime da realidade e da experiência do grupo.

O objetivo da coleta de informações é conhecer o que pensa a população, ou seja, descobrir o grau de percepção e consciência das pessoas envolvidas.

c) Organização do material colhido: considera que, pela análise, a área de atuação, no processo de educação política, é definida pela lacuna entre a situação real do grupo e a percepção que o grupo tem de tal situação. Essa lacuna é identificada, considerando os sentimentos de insatisfação e descontentamento que as pessoas expressam em relação à própria situação, evidenciando uma percepção elementar, nem consciente, nem desenvolvida, de “coisas que estão erradas” ou “que não mais funcionam direito”.

Não compreendendo bem as causas desse estado de coisas e, acima de tudo, não sabendo o que fazer para mudar a situação, as pessoas passam da insatisfação e do descontentamento para um sentimento de impotência que pode bloquear ou sufocar o desejo de mudança.

O trabalho de pesquisa, porém, não pode parar com o reconhecimento do que existe. As informações recolhidas precisam ser organizadas e sistematizadas de forma a serem devolvidas ao grupo, para que ele possa trabalhar a realidade a fim de superá-la. No processo de observação participante, a organização das informações colhidas (compreensão da situação existente) não é vista como um produto final do trabalho que foi feito.

As informações, organizadas em forma de material de trabalho, são devolvidas ao grupo para que haja uma discussão sobre as possíveis lacunas entre a realidade e as informações coletadas.

d) Devolução do material ao grupo para discussão e elaboração: o

material de trabalho (informações organizadas) é oferecido à análise crítica do grupo, que, contrastando com sua própria realidade, deve ser estimulado a lidar com ela de forma lúcida e crítica. Uma opção para organizar as informações e devolvê-las ao grupo é a utilização de recursos visuais ou expressões gráficas de pontos significativos, empregando “slides”, fotografias, filmes, dentre outros.

O grupo pode ser solicitado a analisar essas apresentações, encarando a própria realidade numa perspectiva nova e diferente; questiona a própria realidade, identifica os problemas básicos, descobre as explicações para a situação em que se encontra e escolhe as ações próprias para melhorá-la.

O pesquisador precisa estar presente às reuniões em que as pessoas discutem o material; nesse caso, sua tarefa é a de orientar o exame que o grupo faz dos dados e estimulá-lo a caminhar sempre à frente em sua análise.

O pesquisador não traz para o grupo “consciência de fora”, mas ajuda na criação de um contexto para que a consciência do grupo possa emergir do próprio meio. O objetivo é permitir que as pessoas se tornem conscientes de como vivem hoje e as alternativas que se abrem para uma ação criativa. Uma avaliação positiva dessa metodologia pode ser feita, se o processo ajudou o grupo a entender sua própria realidade, possibilitou sua auto-determinação e estimulou uma ação criativa e consciente no sentido da mudança social.

Vale salientar que Chizzotti (2001) faz um alerta àqueles que, partidários radicais dos métodos de pesquisa **qualitativa**, desprezam, de forma ingênua, aspectos de pesquisa **quantitativa** que poderiam, de certa forma, demonstrar o rigor adotado numa pesquisa predominantemente **qualitativa**.

Pensamos que o diálogo que se estabelece entre números estatísticos, observação participante, estratégias educativas e intervenções pode ser fecundo e

mudar a realidade de um grupo ou de uma comunidade.

5.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no bairro Vila São Cristóvão, localizado na periferia da cidade de Uberaba – MG (Apêndice A).

Uberaba é um município com área física total de 4.529 km², dos quais 256 km² ocupados por perímetro urbano e situa-se na região do Triângulo Mineiro, Estado de Minas Gerais. A localização do Município, do ponto de vista geoeconômico, é altamente estratégica em função da equidistância média de 500 km de Belo Horizonte, São Paulo, Brasília e Goiânia. A cidade situa-se no centro de um dos pólos consumidores do País, com intercâmbio e influência em todo o Triângulo Mineiro, Alto Paranaíba, Norte e Mogiana Paulista, Sudeste de Goiás e Mato Grosso do Sul.

De acordo com o último censo, a população de Uberaba é da ordem de 280.581 habitantes (IBGE, 2005).

A cidade, sob o ponto de vista de qualidade de vida, já foi considerada como uma das primeiras do país, devido à infra-estrutura em saúde, transporte, habitação e saneamento básico (IBGE, 2005).

Em termos ambientais, 99% da comunidade são servidas de água, e 98% de esgotos sanitários, e 96% da cidade têm coleta de lixo (IBGE, 2005).

No âmbito público da saúde, a rede municipal conta com 23 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 41 Núcleos de Saúde da Família (NSF), 05 serviços de emergência e risco, 03 clínicas de diagnósticos gráficos, 06 centros de referência secundários,

sendo um deles o ambulatório de especialidades da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

Essas unidades estão passando por reestruturação e sendo transformadas em sedes do Programa Saúde da Família (PSF) que, nessa região do país, e desde o início de sua implementação, foi muito valorizado. Uberaba foi uma das últimas cidades a aderir ao convênio do Sistema Único de Saúde (SUS), e os serviços de atenção primária em nível de UBS, que se caracterizam, de modo geral, por atividades de pronto atendimento. Dessa forma, toda a atenção do setor ficou voltada para a implantação do PSF que já estava sendo impulsionada em outras regiões do país. Por ocasião da adesão de Uberaba ao convênio SUS, houve repasse de recursos financeiros para a implementação do PSF.

A Vila São Cristóvão, antigo bairro Barbassa, criou sua Associação de Moradores em 1991; teve seu registro de nº 34.284 como de utilidade pública sob a Lei nº 5.616, no dia 21 de junho de 1995. Em 11 de julho de 1996, conseguiu doação do lote de nº 102, situado à Rua Sheila Vieira Magalhães, para a construção da sede da AMVSC.

Atualmente a Vila São Cristóvão é formada por 629 famílias, tendo uma população de 1.518 habitantes.

Por meio deste trabalho, observou-se que reivindicações (feitas desde 1991), tais como, implantação de escolas de 1º e 2º graus e posto policial, construção de uma UBS, melhorias na infra-estrutura básica e construção da sede da Associação de Moradores da Vila São Cristóvão (AMVSC), não foram atendidas pelos órgãos públicos. Observou-se também a existência de 17 terrenos baldios, rede de esgoto precária e asfalto inacabado, que incidem negativamente na saúde dos moradores,

demonstrando a necessidade de trabalhos educativos contínuos e reforçando a opção do pesquisador em relação ao local de desenvolvimento deste trabalho.

O apoio da Associação Amigos dos Hipertensos de Uberaba (ASAH – UB), por meio de sua Presidente interina, (principalmente no início da pesquisa), foi fundamental para formar parceria com a AMVSC.

A ASAH – UB situa-se no bairro São Benedito (área central de Uberaba – MG), contando com aproximadamente 1.100 pessoas cadastradas e 100 contribuintes (a taxa mensal de contribuição equivale a R\$10,00). É uma entidade civil sem fins lucrativos, fundada em maio de 2000 e registrada em julho de 2000, de acordo com a Lei Municipal nº 7.994, como de utilidade pública. A entidade conta com vários convênios (farmácias, hospitais, profissionais da área de saúde e outros), tendo ainda um plantão de atendimento aos associados, com profissionais e estudantes da Universidade de Uberaba (UNIUBE), da área de saúde, de segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 17:30h. Os procedimentos mais utilizados pelos associados são a aferição da pressão arterial e o recebimento gratuito de alguns medicamentos. A Presidência se reúne com a Diretoria quinzenalmente e convida também seus associados. A média de comparecimento oscila entre 20 a 30 associados por reunião.

5.3 Sujeitos participantes do estudo

- **Grupo 1:** uma EQM voluntária, formada por profissionais de Educação Física, Enfermagem, Engenharia de Alimentos, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Tecnólogo em Nutrição, que estão prestando serviço ao

grupo de portadores de hipertensão arterial sistêmica, por meio de orientações, em especial sobre estilo de vida, em relação a: consumo de café, ingestão de bebida alcoólica e sal, atividades de lazer, obesidade, sedentarismo e tabagismo.

- **Grupo 2:** participantes do grupo de portadores de hipertensão arterial sistêmica. O grupo teve, entre os meses de novembro/2005 a abril/2006, 20 (vinte) reuniões semanais, e o número de participantes girou em torno de 30 (trinta) pessoas. Foram sujeitos de ambos os sexos, maiores que 21 anos, que se revelaram motivados para esse tipo de trabalho. O programa, em sua primeira fase, admitiu aquelas pessoas **com diagnóstico** de hipertensão arterial sistêmica (dita essencial ou primária), com níveis pressóricos aceitos como leves ou moderados, sem outras complicações.

Os critérios de seleção incluem os portadores de hipertensão arterial sistêmica **em tratamento**⁷ no NSF do bairro Parque São Geraldo, com metodologia padronizada de medida da pressão arterial (Apêndice B), encaminhados por intermédio da AMVSC em parceria com a equipe do NSF, que atende os moradores do bairro Vila São Cristóvão, inclusive indicados também pela ASAH - UB.

Serão reconduzidos ao NSF do bairro Parque São Geraldo: a) pacientes com idade inferior a 21 anos; b) sem desejo manifesto de aderência ao programa; c) com níveis pressóricos que não se enquadram nos previstos para a investigação científica; d) mulheres grávidas ou em idade fértil (com uso de medicamentos anticoncepcionais); e) portadores de outras patologias associadas (artrite gotosa, collagenoses, dor torácica carecendo esclarecimento; aqueles também com

⁷ As aferições são feitas todas as terças-feiras, no NSF do bairro Parque São Geraldo. Cientes das dificuldades em aferir a pressão arterial nos encontros com a EQM, optou-se por aceitar os dados fornecidos pela Enfermeira do NSF e/ou pelos participantes do grupo de PHAS. Sabemos que as questões relativas à metodologia e à **precisão** são amplamente discutidas pelos especialistas. A Enfermeira do NSF informou que usa rotineiramente o esfigmomanômetro (método indireto), sendo o PHAS orientado sobre as recomendações em relação às suas atividades antes da aferição. Para aprofundamento, recomendamos: PÉREZ RIERA, A. R. P. **Hipertensão arterial:** conceitos práticos e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2000. Em especial p. 01-66.

envolvimento hepático ou renal recente significativo, sugerido por achados clínicos laboratoriais, acidente vascular cerebral recente e neoplasias).

5.4 Abordagem metodológica

O desenvolvimento dos trabalhos foi dividido em três etapas: 1ª) preparação do campo de estudo; 2ª) práticas educativas relativas à *promoção da saúde* do grupo de hipertensão arterial sistêmica (grupo 2), paralelamente às discussões com a equipe multiprofissional (grupo 1), referente ao paradigma da *interdisciplinaridade* e 3ª) avaliação, seleção e análise posterior dos dados levantados tanto do grupo 1 quanto do grupo 2.

Na 1ª etapa, houve a preparação do campo de pesquisa e da equipe de profissionais, além de contatos com a Associação Amigos Hipertensos de Uberaba (ASAH - UB) e com a Associação de Moradores da Vila São Cristóvão (AMVSC) em parceria com o Núcleo de Saúde da Família (NSF) do bairro Parque São Geraldo, onde os sujeitos participantes da pesquisa recebem tratamento, pois, no local de estudo, ainda não foi instalada uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Houve contatos com a Direção Acadêmica da Faculdade de Talentos Humanos (FACTHUS) que cedeu espaço para as primeiras reuniões com a EQM. Esta Instituição de Ensino Superior (IES) conta com 15 (quinze) cursos autorizados pelo Ministério da Educação (MEC), dentre eles, os cursos: Administração, Biomedicina, Direito, Enfermagem, Engenharia Ambiental, Engenharia Elétrica, Engenharia Mecânica, Fisioterapia e Sistema de Informação, que se encontram em pleno funcionamento. O pesquisador participou da coordenação da IES, recebendo todo o apoio instrumental

e logístico para dar início à pesquisa. O horário, previamente estabelecido para os atendimentos aos PHAS, seria 19:00h às 22:30h, todas as quintas-feiras, nas dependências da FACTHUS.

Nos primeiros contatos, visitando os domicílios, seguindo as etapas da observação participante e, em especial, a pesquisa de campo, percebemos que havia uma grande resistência em relação ao local dos encontros e aos horários. Foram usados argumentos tais como: *“é na hora da minha novela”*, *“é muito tarde”*, *“o bairro é perigoso à noite”*, *“a escola é longe da minha casa”*, *“tenho que cuidar de menino”*, e outros.

A EQM, preocupada com a adesão e o desenvolvimento dos trabalhos, tomou a iniciativa de fazer uma reunião com os PHAS e a Presidente da AMVSC e levantou possibilidades da escolha do melhor horário e um novo local. Por consenso, ficou estabelecido que os atendimentos teriam início em novembro de 2005 e seriam todos às segundas-feiras, às 14:00h, no Salão Paroquial da Capela São Cristóvão, localizada na Rua Pedro Barbassa Nº 558, bairro Vila São Cristóvão - Uberaba – MG, com encerramento previsto para as 16:00h. A EQM reunia-se logo após os atendimentos, sempre das 16:00h às 17:30h (Apêndice C).

Na 2ª etapa, usamos como estratégias a “pesquisa-ação” e a “observação participante” (Apêndice D), bem como entrevistas aplicadas à EQM (Apêndices E e F) e ao grupo de PHAS (Apêndices G e H).

Continuando, por meio de práticas educativas, tendo como metodologia a “problematização” e como estratégia o “Arco de Maguerez”, aplicados ao grupo de PHAS, levantamos, junto à EQM, os principais conceitos de *interdisciplinaridade* e suas evoluções, analisando a pertinência e a aplicabilidade ao programa de

promoção da saúde. O cronograma de atendimentos aos PHAS encontra-se no Apêndice I.

Na 3ª etapa, fizemos uma análise das aplicações dos conceitos discutidos na *práxis* da EQM e, além de dar continuidade aos atendimentos aos PHAS, continuamos realizando um acompanhamento dos sujeitos da investigação, inclusive para verificar a possibilidade de, num futuro próximo, estender este trabalho, em parceria com as associações de bairros e Prefeitura Municipal, para as diversas localidades periféricas do município de Uberaba – MG.

5.5 Procedimentos da pesquisa

A **1ª etapa** consistiu na preparação do campo de pesquisa e da equipe de profissionais, seguida de contatos com ASAH – UB, AMVSC em parceria com o NSF do bairro Parque São Geraldo, verificando a possibilidade de encaminhamento dos PHAS (em tratamento) para a formação do grupo.

Houve reuniões com a Direção Acadêmica da FACTHUS para a organização do espaço e a realização do início dos trabalhos semanais com a EQM.

A partir dos contatos, houve a seleção dos voluntários para a formação da EQM e a montagem de um cronograma de trabalho, num período de 16 (dezesseis encontros) para: a) conhecimento interpessoal dos membros da EQM; b) discussões das questões éticas referentes à pesquisa com seres humanos; c) discussão do projeto e de temas ligados à HAS; d) estratégia de acolhimento de PHAS. A partir de novembro de 2005, os encontros da EQM aconteceram logo após os atendimentos dos PHAS, às segundas-feiras, das 16:00h às 17:30h, totalizando 20 (vinte

encontros). De maio/2005 a abril/2006, foram somados 36 (trinta e seis) encontros.

Portanto, aconteceram 20 encontros com o grupo de PHAS (Apêndice I) e 36 encontros com a EQM (Apêndice J).

Na **2ª etapa**, o pesquisador acompanhou os trabalhos da EQM, buscando observar a sua dinâmica e a do grupo de PHAS. Algumas reuniões foram gravadas para registrar, de forma objetiva, a fala dos componentes da equipe e do grupo.

Fizemos também análises das fichas dos participantes do grupo, das anotações gerais da EQM e de outros documentos. Essa análise foi útil para contextualização do fenômeno da **interdisciplinaridade** e para obter dados que auxiliem a compreensão e aprofundamento dos trabalhos educativos de *promoção da saúde* feitos pela EQM com o grupo de PHAS.

Um dos objetivos da entrevista é fazer emergir a perspectiva interior dos sujeitos. A entrevista permitiu descobrir informações que são impossíveis de serem observadas diretamente: sentimentos, pensamentos, intervenções, significados, visões de mundo e outros. Usamos a “entrevista aberta” e a “semi-estruturada” dada a necessidade de cada situação. Como já detalhamos, nessa investigação, os membros da EQM e o grupo de PHAS foram entrevistados no decorrer das três etapas do projeto, de acordo com o desenvolvimento dos trabalhos. As entrevistas e as reuniões gravadas foram transcritas e analisadas posteriormente⁸.

Vale ressaltar que as transcrições foram feitas por uma auxiliar de pesquisa, que passou por treinamento, seguindo orientações metodológicas necessárias à

⁸ As falas contidas nos registros do trabalho foram mantidas na sua essência, ou seja, usamos os níveis de linguagem coloquial e regional. Segundo Martins (2004, p. 37): “A língua coloquial é uma língua espontânea, usada para satisfazer as necessidades vitais do falante sem muita preocupação com as formas lingüísticas. É a língua cotidiana, que comete pequenos – mas perdoáveis – deslizes gramaticais. É natural, colorida, expressiva, livre de convenções sociais e mais palpável porque envolve o mundo das coisas. A língua regional, como o nome já indica, está circunscrita a regiões geográficas, caracterizando-se pelo acento lingüístico, que é a soma das qualidades físicas do som (altura, timbre, intensidade). Tem um patrimônio vocabular próprio, típico de cada região”.

validação da coleta de dados (BRANDÃO, 1981; TOBAR; YABUR, 2001; VASCONCELOS, 2002).

Continuando, na 2ª etapa, desenvolvemos os conceitos de *interdisciplinaridade*, buscando uma pertinência e aplicabilidade na práxis de uma EQM, trabalhando com a *promoção da saúde*, especificamente com o grupo de PHAS. Tanto as discussões com a EQM quanto com o grupo de PHAS foram norteadas pela “metodologia problematizadora”, tendo como estratégia de ensino o “Arco de Magueréz” (Figura 3).

Figura 3 - Aplicações no trabalho de *promoção da saúde* e *interdisciplinaridade*.

Fonte - Adaptado de Bordenave e Pereira, 1991.

Onde:

1. **Observação da realidade:** trabalhos educativos da EQM junto aos portadores de hipertensão arterial sistêmica.

2. **Construção de uma maquete:** a dinâmica do trabalho em equipe, as discussões teórico-práticas, os atendimentos, a percepção inter e intra-grupo, o referencial teórico do grupo e de cada componente e sua significação para o desenvolvimento do trabalho em equipe, assim como o clima grupal e a motivação, entre outros.

3. **Teorização:** as práticas educativas trabalhadas a partir dos “temas geradores” propostos por Paulo Freire, os conceitos de *promoção da saúde*, empoderamento e autocuidado, os diversos aspectos do paradigma da *interdisciplinaridade*, a assistência aos PHAS e as possibilidades de aplicação nos trabalhos com o grupo.

4. **Hipótese de solução:** a possibilidade do aperfeiçoamento da dinâmica da EQM a partir das discussões sobre *interdisciplinaridade* e o tratamento de HAS.

5. **Execução efetiva:** ações de EQM a partir das reorganizações dos paradigmas. As fases propostas no “Arco de Maguerez” são entendidas como **instrução**. A partir daí vem a análise e interpretação dos dados e o **acompanhamento**, que representou a terceira etapa do nosso projeto.

Na 3ª etapa, quando atuamos usando estratégias como “**pesquisa-ação**” e “**observação participante**”, acreditamos poder desenhar um quadro que se multiplica em vários matizes. Usamos os resultados das discussões sobre os “temas geradores” para a análise dos resultados das práticas educativas com os PHAS.

Em relação à EQM, os resultados obtidos com os diferentes métodos foram analisados por meio de seleção de temas recorrentes, na tentativa de explicitar

valores e/ou significados. Esse tipo de análise é chamado de “análise temática”, cujo procedimento seguiu as orientações de autores já citados (LÜDKE; ANDRÉ, 1986; MINAYO, 1996; THIOLENT, 2003).

A análise temática pode ser considerada como uma forma mais simples de análise de conteúdo. Porém, essa busca uma quantificação de temas, e aquela objetiva caracterizar o significado que determinados temas assumem, de acordo com o contexto em que eles aparecem. Desse ponto de vista, a análise temática é qualitativa.

Na prática, o primeiro passo da análise temática foi localizar, nas falas, os temas que auxiliam a compreensão do contexto em estudo. Para isso, foram utilizados os conteúdos das entrevistas e as discussões nas atividades educativas. Após uma recuperação dos trechos onde aparecem as palavras-chave (temas geradores para Paulo Freire) e seus derivados (variantes e objetivos), foi realizada uma seleção dos trechos, de acordo com os objetivos propostos, nos quais aquelas palavras-chave foram empregadas de modo não fortuito, ou seja, de maneira significativa (expressão de pontos de vista, explicações, justificativas, estabelecimento de relações). A seguir, esses trechos significativos foram distribuídos em categorias, que, por sua vez, também receberam uma palavra-chave como título. As categorias foram estabelecidas *a posteriori*, de acordo com o conteúdo dos excertos significativos. É com essa seqüência de procedimentos que foi possível captar os significados que determinados temas possuem dentro de certos contextos vividos pela EQM e pelos PHAS (FREIRE, 1996; MINAYO, 1996).

Podemos perceber que a análise temática descrita por Minayo (1996), contempla os **núcleos de sentido** presentes em uma comunicação, cuja **presença** ou **freqüência** signifiquem alguma coisa para o objetivo da análise em questão.

Consiste da **pré-análise**, em que as informações serão lidas no conjunto, de forma a esgotar todo o material, conhecer o conteúdo e relacionar à teoria. Na organização do material, estivemos atentos às normas de: a) **exaustividade** (que contempla todos os aspectos levantados no roteiro); b) **representatividade** (que contenha as representações do universo pretendido); c) **homogeneidade** (que obedeça a critérios precisos de escolha de temas, técnicas e interlocutores); e d) **pertinência** (documentos analisados serem adequados ao objetivo do trabalho). A **exploração do material** consiste na transformação das informações brutas, objetivando atingir o núcleo de compreensão do texto, ou seja, na operação de codificação.

Para essa técnica, primeiro o texto foi recortado em unidades de registro que podem ser uma palavra, uma frase, um tema, um personagem ou um acontecimento. Depois, escolheram-se as regras de contagem para quantificação. E, em terceiro lugar, realizou-se a classificação e agregação dos dados, escolhendo categorias teóricas ou empíricas que nortearam a especificação dos temas.

Em relação às práticas educativas, a validação das informações obtidas por meio das técnicas de coleta de dados foi baseada também na triangulação, um protocolo característico da pesquisa qualitativa em educação (LÜDKE, ANDRÉ, 1986; TRIVIÑOS, 1987; CHIZZOTTI, 2001).

O procedimento triangulatório, apresentado na Figura 4, consistiu-se basicamente em checar pontos recorrentes e questões discordantes ou contraditórias, usando para isso relatos de observações de acontecimentos no grupo, entrevistas com os profissionais e componentes do grupo de PHAS, bem como análises de documentos fornecidos pelos participantes.

O objetivo é multiplicar as chances de compreensão, uma vez que essas informações são provenientes de diferentes fontes (profissionais, componentes do

grupo), abordadas por diversos métodos (observação, entrevista, atividades educativas e análise documental), em momentos diversos (início, acompanhamento e final da pesquisa). Assim, graças à densidade dessas comparações de dados, o pesquisador, dentro de suas limitações, ao proceder à triangulação, cumpriu uma obrigação ética de minimizar descrições enganosas e interpretações errôneas, em face da notória complexidade de toda e qualquer situação.

Figura 4 - Procedimento Triangulatório em Pesquisa (TRIVIÑOS, 1987).

Como este estudo se desenvolveu em três etapas que se inter-relacionam, a saber: 1ª) **Preparação do campo de estudo**; 2ª) **Práticas educativas** e 3ª) **Avaliação, seleção e análise posterior dos dados**, pressupõe-se que outras formas de análise, também fidedignas, poderão ser adaptadas em outros trabalhos semelhantes.

5.6 Análise de dados

Como já foi dito, dentre as várias técnicas propostas para a análise dos dados, optamos pela análise temática de Minayo (1996), que contempla os **núcleos de sentido**, a **presença** ou **frequência**.

Na pré-análise, as informações foram lidas no conjunto, de forma a esgotar todo o material, conhecer os conteúdos e relacionar à teoria.

Na organização do material, estivemos atentos as normas de:

- a) exaustividade;
- b) representatividade;
- c) homogeneidade;
- d) pertinência.

Em relação às práticas educativas, a avaliação foi feita também pela triangulação, proposta por Triviños (1987), um protocolo característico da pesquisa em educação.

Usamos também os instrumentos propostos por Brandão (1999), para sistematizar a observação participante já citados no Apêndice D.

- a) Aproximação do grupo e estabelecimento de uma relação com ele
- b) Observação e coleta de informações
- c) Organização do material colhido
- d) Devolução do material ao grupo para discussão e elaboração

Na apresentação dos resultados, os sujeitos da pesquisa foram identificados como “P” para a EQM e “E” para os PHAS.

Cabe salientar que fizemos uma sistematização dos dados, baseada também nos instrumentos de coleta de dados já citados nos Apêndices E e G.

5.7 Aspectos éticos da pesquisa

Sabendo que as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender a exigências éticas e científicas fundamentais, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (FMTM) - atualmente, Universidade do Triângulo Mineiro (UFTM) e aprovado em 2003 (Anexo A).

Todos os componentes dos grupos 1 e 2 assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com as normas do CONEP/CEP (Apêndices K e L, respectivamente). Os sujeitos da pesquisa foram consultados também sobre o uso de imagens e assinaram termo de cessão de imagens (Apêndices M e N).

No desenvolvimento da pesquisa aqui apresentada, tomamos o cuidado para não haver **conflitos de interesses** entre todas as partes envolvidas.

Em outras palavras, no desenvolvimento do presente trabalho, optamos, respeitando as “virtudes éticas e sólidas”⁹, por tratar o ser humano como fim, procurando não ceder às tentações e argumentações que colocassem a pesquisa em situações conflitantes do ponto de vista ético, ou seja, se houve aqui a busca do bem, a intencionalidade seguiu o caminho do “bem comum” e do cuidado para não sucumbir aos “**jogos**” e, conseqüentemente, aos “**conflitos**” de interesses.

⁹ VERGNIÈRES, S. **Ética e política em Aristóteles**: *physis, ethos, nomos*. São Paulo: Paulus, 1998. Recomendamos especialmente cap. 2 – O nascimento da ética, p. 99-146.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Partindo da finalidade deste estudo, houve análise da *práxis* de uma equipe multiprofissional junto a um grupo de portadores de hipertensão arterial sistêmica (PHAS), tendo como paradigma a *interdisciplinaridade*, pensamos na possibilidade de criar uma oportunidade de reflexão sobre a interação dos vários profissionais que cuidam da saúde da população, em especial, de comunidades carentes em relação ao acesso à melhoria de condições de saúde e de vida.

Após percorrer as etapas desenhadas nos procedimentos metodológicos, para a consecução dos objetivos, chegamos aos resultados finais, que serão agora apresentados, interpretados e avaliados, com base no suporte teórico e na experiência vivida.

A apresentação obedecerá à ordem dos acontecimentos durante as diferentes fases da pesquisa, conforme detalhamento na descrição do procedimento metodológico.

De um modo geral, esta nova investigação constituiu-se de 16 encontros educativos com a equipe multiprofissional (EQM) e 20 encontros com o grupo de portadores de hipertensão arterial sistêmica (PHAS), até o 16º encontro foram realizados na Faculdade de Talentos Humanos (FACTHUS) e, dando continuidade, na Capela do bairro Vila São Cristóvão.

6.1 Caracterização da equipe multiprofissional

Durante a condução da pesquisa, percorremos diferentes fases, iniciando uma aproximação com a Presidente interina da Associação Amigos dos Hipertensos de Uberaba (ASAH - UB), assim como com a Direção da FACTHUS e com a

Presidente da Associação dos Moradores da Vila São Cristóvão (AMVSC). Seguindo a metodologia da pesquisa-ação, iniciamos visitas à Vila São Cristóvão, juntamente com a Presidente da AMVSC, tendo como objetivos: promover a aproximação com o grupo de PHAS, estabelecer uma relação pesquisador-comunidade e a captação do “universo vocabular”. Os detalhes das visitas são relatados mais à frente. Paralelamente, fizemos contatos com vários profissionais, apresentando uma proposta de trabalho e verificando o interesse e adesão das pessoas ao projeto.

O contato inicial, com os vários profissionais, teve a configuração de uma entrevista individual, em que discutimos temas como: disponibilidade de horário, motivação, trabalho voluntário, trabalho em equipe, paradigmas emergentes (interdisciplinaridade, complexidade, pensamento sistêmico e transdisciplinaridade), a situação dos PHAS no Brasil, método Paulo Freire, *promoção da saúde* entre outros.

Na época, o pesquisador exercia o cargo de Coordenador de Apoio Acadêmico da FACTHUS e, observamos que muitos profissionais que apresentaram o currículo estavam interessados em ministrar aulas na instituição de ensino superior citada, colocando em plano menor a pesquisa ora apresentada. Em outros momentos, percebemos, nas entrevistas, profissionais buscando remuneração para um trabalho que, claramente, desde o primeiro momento, foi caracterizado como **voluntário** e, portanto, sem remuneração ou vínculo empregatício.

Sendo prudente em relação aos aspectos mencionados acima, a partir das entrevistas, conseguimos definir a EQM, formando um grupo de pessoas que realmente pudesse acompanhar, mais diretamente, as demais fases da pesquisa, uma vez que a pesquisa-ação pressupõe o envolvimento e a cooperação entre o pesquisador e os participantes representativos da situação estudada.

A seguir, podemos visualizar, na Figura 5, a caracterização dos 9 (nove) profissionais que, oficialmente, fizeram parte do grupo permanente da pesquisa, participando ativamente de todas as etapas.

Tendo em vista que a composição do grupo permanente de pesquisa resultou de uma adesão voluntária ao projeto, obtivemos uma amostra com características diversificadas.

A EQM foi formada por profissionais das seguintes áreas: Educação Física, Engenharia de Alimentos, Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Tecnólogo em Nutrição.

Caracterização da Equipe Multiprofissional	
P-1	Sexo Feminino. Solteira. 23 anos. Tempo de trabalho na área: 01 ano.
P-2	Sexo Feminino. Solteira. 29 anos. Tempo de trabalho na área: 02 anos.
P-3	Sexo Feminino. Solteira. 28 anos. Tempo de trabalho na área: 02 anos.
P-4	Sexo Feminino. Solteira. 27 anos. Tempo de trabalho na área: 05 anos.
P-5	Sexo Feminino. Solteira. 36 anos. Tempo de trabalho na área: 08 anos.
P-6	Sexo Feminino. Casada. 25 anos. Tempo de trabalho na área: 04 anos.
P-7	Sexo Masculino. Casado. 40 anos. Tempo de trabalho na área: 16 anos.
P-8	Sexo Feminino. Casada. 24 anos. Tempo de trabalho na área: 02 anos.
P-9	Sexo Masculino. Solteiro. 26 anos. Tempo de trabalho na área: 01 ano.

Figura 5 - Caracterização dos profissionais participantes da pesquisa segundo sexo, estado civil, idade e tempo de trabalho na área.

Assim, observamos que o tempo de graduação variou entre 1 (um) a 16 (dezesesseis) anos; acreditamos que esse fato tenha contribuído para a pesquisa no sentido de contarmos com a presença de voluntários em diferentes momentos de sua vida profissional, enriquecendo as discussões por meio de verbalizações sobre suas experiências, tanto intra-grupo quanto extra-grupo.

6.1.1 Diagnóstico da situação da equipe multiprofissional

Nessa primeira fase da investigação, quando procuramos estabelecer uma aproximação inicial com os profissionais, proporcionamos um momento de reflexão sobre a experiência de cada um, tanto pessoal como profissional, em situações que envolvem a participação em grupos, levando em consideração os diversos aspectos que permeiam as interações pessoais, bem como a influência dos diferentes tipos de comportamentos manifestados pelas pessoas.

A intenção, sem dúvida, era iniciar uma reflexão sobre a formação e o desenvolvimento de equipes, pois, ao nosso ver, trata-se de discussões fundamentais quando se pretende trabalhar em grupo.

Além da reflexão proposta no início do primeiro encontro, utilizamos uma dinâmica de aquecimento de grupo, dividindo a EQM em três subgrupos e designamos uma tarefa a ser realizada. O trabalho proposto foi confeccionar um cartaz, representando a EQM cuidando dos PHAS. O tempo previsto para a atividade foi de vinte minutos. Os profissionais tinham à sua disposição todo o material necessário, inclusive jornais e revistas para recorte.

Ao final do tempo estipulado, cada grupo apresentou a sua produção, enfocando a EQM lidando com PHAS, explicando as mensagens contidas nos cartazes.

Os trabalhos apresentados deram destaque para figuras de pessoas reunidas, trabalhos sendo realizados em conjunto, recortes de atendimentos em hospitais e UBS, pessoas ajudando-se mutuamente, entre outras; também apareceram palavras escritas e/ou recortadas como: *humanização, atendimento, promoção da saúde, oportunidade, liberdade, saúde para todos, respeito, união,*

ação, satisfação, compromisso, colaboração, idéias, responsabilidade, entre outras. Tais mensagens demonstram o entendimento que os profissionais têm acerca do processo de desenvolvimento de equipes.

O pesquisador registrava dados e informações obtidas das entrevistas individuais que, contendo um material importante, auxiliou na percepção das necessidades do grupo.

As entrevistas, as apresentações em grupo, a dinâmica aplicada e as observações participantes possibilitaram estabelecer um mapeamento inicial das condições apresentadas pelos componentes da EQM.

O grupo estava motivado para o trabalho. No entanto, percebemos, na verbalização e postura da maioria dos profissionais, a necessidade de maior esclarecimento sobre o projeto de pesquisa pelo pesquisador. De fato, no primeiro encontro, tentamos passar o mínimo de informações possíveis sobre o tema *interdisciplinaridade*, apesar da insistência da EQM, a fim de não comprometer a aplicação do primeiro instrumento de pesquisa (Apêndice E) sobre esse tema.

A posição do pesquisador frente a tal situação suscitou no grupo cobranças em relação à clareza de objetivos do projeto, planejamento das atividades, delegação de funções, organização do material e estilo de liderança.

O pesquisador ia sempre informando ao grupo que os esclarecimentos seriam dados na medida do planejamento agendado. Seguindo os pressupostos de uma liderança participativa, indagamos sobre os temas que poderiam ser discutidos nos encontros que antecederiam o acolhimento dos PHAS. Houve a enumeração de vários temas e, após uma reflexão sobre grau de importância, pertinência com o trabalho e tempo disponível, montamos uma ordenação de temas geradores que ficou assim delimitada:

- Tema I: “A formação de equipes”
- Tema II: “O desenvolvimento de equipes”
- Tema III: “Ser voluntário”
- Tema IV: Discussões gerais sobre “As Diretrizes do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos”
- Tema V: “A prática interdisciplinar”
- Tema VI: “Grupos de suporte para portadores de hipertensão arterial sistêmica”
- Tema VII: “O Método Paulo Freire”
- Tema VIII: “Orientações gerais para lidar com portadores de hipertensão arterial sistêmica adaptadas das IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, e de Pérez Riera”.
- Tema IX: “O acolhimento”

Frente ao exposto, podemos afirmar que, como primeira aproximação, a experiência mostrou-se bastante produtiva, pois, além de diagnosticar aspectos importantes da situação do profissional em relação ao grupo, apresentou-nos um *feedback* imediato sobre a nossa proposta de pesquisa, evidenciado nas falas dos próprios participantes, como exemplificado a seguir:

“(...) sinceramente, no início achei que era ôba-ôba ou falta de planejamento”. (P-5)

“Foi bom, houve reflexão”. (P-9)

“Seria muito bom se pudéssemos nos reunir como está marcado e trabalhar com este projeto”. (P-6)

“(...) agora tô sentindo firmeza”. (P-8)

“Estou gostando, mas estou curiosa sobre a interdisciplinaridade. Tenho medo de não entender...”. (P-7)

“(...) tive que mudar toda minha agenda. No começo achei um pouco parado, agora, como disse o P-8, estou sentindo firmeza”. (P-4)

“Precisamos discutir bastante, criar um clima bastante motivador e partir para a práxis”. (P-1)

“Este projeto tem futuro e parece que vai me ajudar bastante”. (P-3)

“Acho que esse projeto vai ser enriquecedor para meu crescimento profissional, um desafio na busca de alternativas em conjunto para conhecer o trabalho um do outro e, só de ser um trabalho voluntário, já é gratificante”. (P-2)

6.1.2 Equipe multiprofissional e interdisciplinaridade: os caminhos possíveis

Direcionando um pouco mais a discussão para o paradigma da *interdisciplinaridade*, a EQM foi solicitada, no segundo encontro, a responder um instrumento de coleta de dados¹⁰ (Apêndice E). Os nove profissionais, demonstrando bastante paciência e colaboração, responderam os formulários, os quais foram analisados, resultando nos dados demonstrados a seguir. Vale ressaltar que as respostas foram submetidas a uma análise de conteúdo simplificada, como propõe Thiollent (2003), onde as informações foram recortadas, agregadas e enumeradas, sendo posteriormente classificadas de acordo com os temas implícitos e os objetivos da pesquisa. O procedimento analítico foi delimitado e direcionado objetivamente.

¹⁰ Este instrumento já foi testado pelo pesquisador em um projeto-piloto, inclusive com resumo e artigo já publicados:

RAMOS, M. A. et al. Processo do leite de jorro com recheio de inertes na indústria de alimentos, caracterizado por uma discussão pedagógica interdisciplinar. In: II JORNADA CIENTÍFICA DA FAZU, 26, 2003. **Resumo**. Uberaba: Faculdades Associadas de Uberaba, 2004. p. 105-106.

_____. Processo do leite de jorro com recheio de inertes na indústria de alimentos, caracterizado por uma discussão pedagógica interdisciplinar. **FAZU em Revista**, v. 1, n. 1, p. 38-47, mai. 2005.

A seguir, passamos a apresentar os resultados dessa análise, procurando descrever os aspectos da situação estudada, julgados como pertinentes e significativos em relação ao projeto de pesquisa.

Conceituar *interdisciplinaridade* é tarefa extremamente complexa, mesmo quando realizada por pesquisadores que têm familiaridade com o tema.

Fazenda (2002c, 2003) mostra que o conceito de *interdisciplinaridade* é um “vir-a-ser”. A *interdisciplinaridade* surge como possibilidade de enriquecer e ultrapassar a integração dos elementos do conhecimento.

⇒ Pergunta nº 1

Os componentes da EQM, quando indagados sobre o que é *interdisciplinaridade* (Figura 6), provavelmente perceberam a complexidade da pergunta.

1. Na sua opinião, o que é <i>interdisciplinaridade</i> ?	
P-1	<i>“É o espaço (momentos) em que diversos profissionais se dispõem a refletir, conhecer e agir sobre determinada situação, perspectiva de conhecimento da totalidade e com complexidade da materialidade (existência concreta) dessa situação”.</i>
P-2	<i>“É a relação de várias áreas de atividades em busca da complementação e inter-relação, na construção dos conhecimentos envolvendo teoria versus prática, permitindo assim o aprimoramento de conceitos e ampliação dos conhecimentos”.</i>
P-3	<i>“É o trabalho em equipe com vários profissionais de diferentes áreas, trabalhando em conjunto em prol de um objetivo”.</i>
P-4	<i>“Trata-se de uma estratégia que utiliza o conhecimento de vários profissionais, que se unem para um objetivo comum”.</i>
P-5	<i>“Acredito que seja a troca de conhecimentos específicos entre áreas de profissões diferentes”.</i>
P-6	<i>“É a junção de várias disciplinas buscando um objetivo comum”.</i>
P-7	<i>“Quanto mais conhecimento, maior será o meu crescimento pessoal e profissional”.</i>
P-8	<i>“A interdisciplinaridade é o futuro em termos de saúde”.</i>
P-9	<i>“Trabalho realizado intercalando conceitos, experiências e conteúdos de várias profissões, em prol da promoção de bens e serviços e para que os profissionais que não são da sua área se inter-relacionem”.</i>

Figura 6 – Pergunta 1 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “*interdisciplinaridade*”

Analisando as falas¹¹ dos profissionais, observam-se diferentes visões sobre o termo *interdisciplinaridade*, traduzidas em palavras tais como: totalidade, inter-relação, construção conjunta de conhecimentos, correspondendo às descrições feitas por vários estudiosos (JAPIASSU, 1976; GUDSDORF, 1987; VASCONCELOS, 2002).

Ressaltamos que, nas observações participantes, percebemos que o grupo entendia, nesse primeiro momento, o processo interdisciplinar como a somatória de duas ou mais disciplinas. Por outro lado, encontramos significações mais limitadas (obviamente naturais para início de pesquisa) que poderiam ser interpretadas como anteriores à *interdisciplinaridade*, quando associam a palavra à somatória de conhecimentos (*diversos profissionais se dispõem a refletir, trabalho em equipe, troca de conhecimentos específicos, intercalar conceitos*). Nessa última situação, os profissionais ainda não conseguem perceber o elemento de integração necessário e, muito provavelmente, os pensamentos sobre as ações em relação ao projeto de pesquisa estariam ocorrendo em níveis que alguns autores caracterizam como sendo multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade ou práticas pluriauxiliares, consideradas justaposições ou paralelismo de ações (JAPIASSU, 1976; VASCONCELOS, 2002; FAZENDA, 2005; FERREIRA, 2005).

Vasconcelos (2002) mostra que o desenvolvimento de experiências voltadas para a prática interdisciplinar é ainda incipiente no contexto da área de saúde. Carece de padrões de referência e a insegurança impera em relação aos diversos temas que podem e devem ser abordados. Para que a *interdisciplinaridade* se

¹¹ Lefèvre (2000) mostra que existe um fenômeno denominado Ancoragem (AC), ou seja, expressão de uma dada teoria, ideologia, crença religiosa que o autor do discurso professa e que está embutida no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer. Diz Lefèvre que os discursos provenientes de depoimentos ou artigos de indivíduos com formação acadêmica têm mais chances de apresentar AC do que discursos do chamado senso comum. Por várias razões metodológicas, este projeto não optou pelo Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposto por Lefèvre, apesar de reconhecer seu grande valor para as pesquisas. Sabemos que não existe neutralidade científica, mas buscamos alcançar rigor científico na interpretação das falas dos sujeitos desta pesquisa.

constitua em um processo efetivo, é necessário um movimento constante de superação¹² de estruturas, limitadas de significação e abrangência, ou seja, empreender uma busca sujeita a situações de exploração / investigação, sendo necessário, numa fase inicial, buscar compreender primeiramente o que é *disciplinaridade e especialização*.

Desse modo, entende-se todo o esforço que deve ser orientado, na intenção de construir um projeto interdisciplinar, como um *continuum*, caracterizado por estágios sucessivos de significação cada vez mais ampla, como verdadeira prática¹³, que vai ampliando o entendimento dos profissionais envolvidos e, ao mesmo tempo, vai transformando a realidade social.

São infinitos os caminhos que conduzem à evidência de pressuposição da verdade. Vemos surgir, nos meios acadêmicos, uma pluralidade de modelos de pesquisa e apropriação de conhecimentos. Diversos são os matizes traçados para os caminhos da pesquisa. Nosso projeto surge das significações, dos sentidos, das coordenações e conflitos, dos processos sociais de que participamos (BARBOSA, 2005).

⇒ Pergunta nº 2

Nenhuma investigação se faz a partir de um vazio doutrinal ou em concepções sobre a realidade na qual vivemos e trabalhamos. Os resultados da segunda pergunta feita à EQM obteve respostas satisfatórias e animadoras em relação ao desenvolvimento do projeto de pesquisa (Figura 7).

¹² Japiassu (1976), usa a expressão “transcendência”.

¹³ Fazenda (2002c), usa a expressão “atitude interdisciplinar”.

2. Você gostaria de pesquisar, discutir e aprofundar o conceito de *interdisciplinaridade*?

☐ Sim ☐ Não

- P-1** *"Os campos de atuação profissional hoje exige um trabalho em equipe".*
- P-2** *"Pois através da pesquisa versus discussão estarei buscando informações que consolidam a minha formação profissional buscando integração com as atividades humanas".*
- P-3** *"O estudo é sempre benéfico para o crescimento profissional e pessoal de cada ser humano".*
- P-4** *"A interdisciplinaridade faz de nós profissionais mais reflexivos, uma vez que profissionais de várias formações compartilham suas experiências e opiniões".*
- P-5** *"Claro que sim, pois quanto maior o conhecimento, melhor podemos realizar uma etapa".*
- P-6** *"Para obter mais conhecimento sobre o assunto".*
- P-7** *"Quanto mais conhecimento maior será o meu crescimento pessoal e profissional".*
- P-8** *"A interdisciplinaridade é o futuro em termos de saúde".*
- P-9** *"Faz com que o conhecimento não fique limitado às expectativas profissionais e que todos conheçam o papel profissional do próximo".*

Figura 7 – Pergunta 2 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema "*interdisciplinaridade*"

Há, por parte da EQM, uma abertura ao diálogo e uma necessidade de compartilhar, visualizando, inclusive, um prognóstico favorável:

"A interdisciplinaridade é o futuro em termos de saúde". (P-8)

⇒ Perguntas nº 3 e nº 4

Os resultados das perguntas de nº 3 e nº 4 (Figuras 8 e 9), revelam a existência de obstáculos à *interdisciplinaridade*.

3. Você sente que predomina a competição entre profissionais da área de saúde?

☐ Sim ☐ Não Em caso positivo, com que frequência?

- P-1** *“Ainda (predomina) se observa uma formação na área da saúde baseada no modelo biomédico, o que perpetua uma centralidade nas ações médicas, hierarquização e dificuldades para trocas de conhecimento. Na realidade de nossa sociedade, isso pode ser observado com o ato médico”.*
- P-2** *“Devido ao número elevado de profissionais, as pessoas buscam a cada dia (adquirir conhecimentos) através de estudos ou experiências, onde acaba predominando a competição”.*
- P-3** *“A competição freqüentemente predomina, acredito que deve ser pelo grande número de profissionais (técnicos, graduados), assim a competição se torna cada vez maior”.*
- P-4** *“Não só entre os profissionais de saúde, mas hoje, competição é predominantemente algo que faz parte do mercado de trabalho”.*
- P-5** *“Isto acontece com freqüência, mas acredito que esteja mudando, uma vez que a sinergia das áreas tem demonstrado resultados positivos”.*
- P-6** *“Sinto que alguns profissionais da área da saúde consideram a sua profissão mais importante que as outras”.*
- P-7** *“Medo de perder o seu lugar”.*
- P-8** *“Estamos numa sociedade capitalista em todos os sentidos”.*
- P-9** *“Luta de egos, estar inserido num contexto limitado, não conhecer o papel dos médicos”.*

Figura 8 – Pergunta 3 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “*interdisciplinaridade*”

4. Você sente que predomina a cooperação entre profissionais da área de saúde?

☐ Sim ☐ Não Em caso positivo, com que frequência?

- P-1** *“Idem a questão 3. Além disso, é inerente do sistema a competição entre os profissionais (exarcebção do individualismo)”.*
- P-2** *“É uma raridade, mas acredito que existe profissionais que em busca de aprendizado, repartem e compartilham suas descobertas, mesmo sem a cooperação de alguns colegas”.*
- P-3** *“Dependendo do lugar que você esteja, a cooperação existe sim, mas de forma relativa”.*
- P-4** *“Poucos se dispõem a ajudar os demais. Simplesmente o fato de não se colocarem a disposição do outro já verificamos a predominância da falta de cooperação”.*
- P-5** *“As pessoas têm se unido cada vez mais, embora isso se deva muito a uma postura de cada um e tem a questão da competição que, às vezes, atrapalha”.*
- P-6** *“Para alguns profissionais a cooperação e o respeito do limite de cada área já está predominado”.*
- P-7** *“Existem muitos profissionais que são individualistas”.*
- P-8** *“Os profissionais tem medo de se exporem e de se posicionarem”.*
- P-9** *“Ainda predominante entre profissionais – faço minha parte e a dos outros, que se virem”.*

Figura 9 – Pergunta 4 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “interdisciplinaridade”

Analisando os resultados das duas questões respondidas, podemos pressupor que existem obstáculos em relação ao trabalho interdisciplinar. Dentre eles, destacaríamos quatro:

Obstáculo epistemológico: a partir do século XVII, as ciências emanciparam-se da filosofia, subdividindo-se em setores, autônomos. Criando sua própria língua, cada ciência busca um território fechado, com grandes dificuldades

de comunicação com a linguagem de outras ciências. Preso na armadilha de sua especialidade, o especialista perde o sentido do conjunto (JAPIASSU, 1976; FAZENDA, 2003).

Obstáculo institucional: as instituições de ensino e pesquisa auxiliam na sedimentação da especialização, criando "feudos de pesquisa", onde, em círculos extremamente fechados, cada especialidade consagra, por via administrativa, sua separação do saber em seu conjunto (JAPIASSU, 1976; FOUCAULT, 1977; MOREIRA, 1990; FAZENDA, 2003).

Obstáculos psicossociológicos: o especialista, sentindo-se seguro no seu "feudo", dá curso à sua vontade de poder e de dominação. Os pesquisadores que convivem com essa situação em Universidade e/ou centros de pesquisa, percebem claramente que "o fazer pesquisa" dá lugar ao "fazer carreira", deixando em plano menor, o avanço científico. O regime de fragmentação do saber é incentivado, pois serve para fortalecer as tiranias do magistério, permitindo ao especialista fomentar a divisão para reinar de forma absoluta. Esconde-se em sua diminuta parcela do saber, protegido por uma aparelhagem tecno-metodológica e por uma linguagem hermética, escapando ao confronto, à crítica, ao diálogo (JAPIASSU, 1976; FOUCAULT, 1977; MOREIRA, 1990; FAZENDA, 2003).

Obstáculo cultural: há a separação rígida entre as diversas áreas culturais bem como suas mentalidades particulares e tradições. Apesar da apologia do multiculturalismo, há ainda cientistas que "nacionalizam" suas pesquisas,

trabalhando em circuito fechado, pouco se preocupando com o que se passa fora de suas fronteiras nacionais (JAPIASSU, 1976; MOREIRA, 1990; FAZENDA, 2003).

⇒ Pergunta nº 5

As respostas da pergunta nº 5 (Figura 10), mostram que existe motivação para desenvolver projetos interdisciplinares, há demanda e as instituições de ensino superior já percebem as reivindicações estudantis contra um saber fragmentado.

Figura 10 – Pergunta 5 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “interdisciplinaridade”

Há manifestações crescentes por parte daqueles que sentem mais de perto a necessidade de uma formação profissional interdisciplinar; existe também uma demanda social crescente, fazendo com que Universidades proponham novos temas de estudo, não podendo ser encerrados nos territórios (feudos) das disciplinas existentes.

Somadas a essas manifestações, muitos assinalaram que o projeto interdisciplinar traz em seu bojo particularidades tais como:

“Emancipação social”. (P-1)

“Holísmo”. (P-5)

“Ver o ser humano como um todo”. (P-6)

“Promoção da saúde e cooperação”. (P-9)

Os participantes não descartam a importância de conhecimentos específicos e de metodologias; estão dispostos a buscar vivências entre os saberes que venham a enriquecer sua *práxis*. Notamos que a constituição do grupo ainda é multiprofissional, mas existe uma abertura ao diálogo entre as profissões, e isso pode ser considerado como uma forma incipiente de iniciar um trabalho que busca a *interdisciplinaridade*.

⇒ Pergunta nº 6

As respostas da pergunta nº 6 mostram que parte da EQM (88,9%) acredita que o projeto com os PHAS aperfeiçoa sua prática profissional (Figura 11).

Analisando as respostas, podemos perceber implicitamente várias categorias da *interdisciplinaridade*, tais como: trabalho em parceria, mudança de atitude, busca de formação interdisciplinar e contextualização da pesquisa.

6. Você vê no projeto de *promoção de saúde* dos portadores de hipertensão arterial sistêmica possibilidades de auxiliar e aperfeiçoar a sua prática profissional?

☐ Sim ☐ Não Em caso positivo, com que frequência?

- P-1** *“Vejo como possibilidade de divulgação, ampliação, inovação, aceleração do trabalho profissional na área da saúde”.*
- P-2** *“No grupo de pesquisa onde os portadores de hipertensão arterial vão estar sendo orientados eles poderão estar adquirindo hábitos alimentares mais saudáveis em conjunto com os demais profissionais”.*
- P-3** *“As complicações que a HAS trás aos pacientes são enormes, assim com esse projeto me aperfeiçoaria ainda mais em minha área”.*
- P-4** *“Todas as experiências novas nos trazem crescimento profissional mesmo que sejam positivas ou negativas”.*
- P-5** *“É na interação que amplio meus conhecimentos e divido os que eu tenho e nessa troca pode ocorrer a aprendizagem, o aperfeiçoamento, o meu entendimento e visão de homem que pode evoluir”.*
- P-6** *“Como eu disse anteriormente o indivíduo tem que ser visto como um todo e a nutrição faz parte, podendo contribuir para a melhora desse indivíduo”.*
- P-7** *“Tanto crescimento pessoal e profissional”.*
- P-8** *“Uma possibilidade de interdisciplinaridade”.*
- P-9** (Não houve resposta)

Figura 11 – Pergunta 6 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “*interdisciplinaridade*”

Destacam também outras formas de entender o tema HA, mostrando motivação para a superação da fragmentação do conhecimento (P-1, P-2, P-3, P-5 e P-6), tentando dar uma visão integradora do trabalho com PHAS.

Japiassu (1976) lançou, no Brasil, as bases metodológicas do trabalho interdisciplinar, colocando, como primeiro passo, a constituição de um grupo de trabalho com diferentes especialidades. Recomenda que esse grupo seja bem estruturado para salvaguardar a continuidade dos trabalhos. Outro aspecto recomendado é que se criem conceitos-chave, isto é, uma linguagem comum para que os participantes saibam o que está sendo discutido e entendam os termos específicos do projeto a ser desenvolvido.

Ponto não menos importante é assegurar a autonomia de cada profissão ou especialidade. É uma condição extremamente necessária para garantir a harmonia das relações entre os participantes do projeto. São etapas importantes também: formulação da problemática a ser estudada (Apêndices O e P), organização e divisão de tarefas, apresentação de resultados e discussão pela equipe.

Fazenda (2005) recomenda que um projeto inicial deva ser bem detalhado, coerente e claro para que os profissionais se sintam atraídos para o trabalho de pesquisa.

Continuando, mostra que muito mais do que acreditar que a *interdisciplinaridade* se aprende praticando ou vivendo, os estudos revelam a importância do projeto estar acoplado às dimensões advindas de sua prática em situação *real e contextualizada*.

⇒ Perguntas nº 7 e nº 8

As perguntas nº 7 (Figura 12) e nº 8 (Figura 13) examinam a questão do **individualismo** na estruturação curricular da formação profissional, sendo inevitável (antes de apresentá-las) fazer uma inter-relação entre “educação e trabalho”.

Segundo Santomé (1998), podemos constatar, numa revisão da história, que ocorre uma coincidência temporal entre os movimentos sindicais, do início do século XX, contra as políticas trabalhistas e de produção planejadas sob os pressupostos de “*um controle científico*” segundo os princípios *tayloristas*¹⁴ e, por outro lado, com discursos de dois famosos educadores: John Dewey¹⁵ e Willian Heard Kilpatrick¹⁶, exigindo uma reconsideração completa, tanto da função como da prática da educação.

O autor reitera que, no início do século XX, ocorreu uma autêntica revolução no funcionamento dos sistemas de produção, possibilitando maior acúmulo de capital e meios de produção em poucas mãos. Uma das estratégias de implantação radicava no barateamento de mão-de-obra (devido a existência de um “exército de reserva” de operários) e “*desapropriação*” dos conhecimentos que, com o tempo, foram acumulados pelos trabalhadores. Como consequência dessa divisão social e técnica do trabalho, aumentaria mais a separação entre trabalho manual e o trabalho intelectual.

¹⁴ Taylor (Frederick Winslow), engenheiro norte-americano (Germantown 1856 – Filadélfia 1915), autor do método de organização científica do trabalho que leva seu nome (taylorismo). Taylorismo s.m. (Do ingl. *Tayloris*.) Sistema de organização científica do trabalho e do controle dos tempos de execução, estabelecido por F. W. Taylor. Na prática, desde os fins do séc. XIX, os princípios de organização científica do trabalho, segundo Taylor, giram em torno de três idéias centrais: a importância essencial da preparação do trabalho (e seu corolário, a distinção radical entre concepção e execução); a pesquisa sistemática de economia de gestos e de movimentos; a utilização da máquina.

¹⁵ Dewey (John), pedagogo e filósofo americano (Burlington 1859 – Nova York 1952). Foi a partir do pragmatismo que elaborou sua teoria pedagógica na qual a inteligência é concebida como um utensílio entre outros e restituída funcionalmente na vida quotidiana. Dewey identifica vida escolar e vida social e faz da escola uma microssociedade na qual o trabalho assumiria todo seu sentido. Escreveu: *Credo pedagógico* (1897), *A escola e a sociedade* (1900).

¹⁶ Kilpatrick (William Heard), pedagogo norte-americano (White Planis 1871 – Nova York 1965). Colaborador de J. Dewey, desenvolveu o método de projetos segundo o qual todo ensinamento deve proceder de experiência e se organizar em torno do trabalho produtivo.

Obs: Verbetes extraídos de: Enciclopédia Larousse Cultural. São Paulo: Círculo do livro, 1988. p. 1906, 3482 e 5722 respectivamente.

As linhas de montagem implantaram a “mecanização homogeneizadora”¹⁷, ou seja, o trabalhador quase não precisava sair do lugar, pois as máquinas estavam agrupadas conforme sua ordem de uso. De acordo com Santomé (1998, p. 11), “Os trabalhadores e trabalhadoras só devem acompanhar o ritmo e a cadência da esteira e efetuar tarefas muito concretas e fáceis”.

Para o autor, o processo de desqualificação e atomização das tarefas ocorrido no ambiente das fábricas, também foi reproduzido no interior dos sistemas educacionais.

Tanto trabalhadores como estudantes¹⁸ são vetados nas possibilidades de poder intervir nos processos produtivos e educacionais dos quais são participantes fundamentais. Fábrica e escola, sem a participação efetiva de trabalhadores e estudantes, não têm razão de existir.

¹⁷ O filme “*Tempos modernos*” (1936) do cineasta e ator inglês Charles S. Chaplin (1889-1977), resume claramente as intenções de tal estratégia política e organizativa, especialmente nas cenas em que descreveu o comportamento do protagonista ante a linha de montagem. Nesse processo de produção, a pessoa que se encontra diante da máquina tem de obedecê-la. O ser humano perde progressivamente sua autonomia e independência para submeter-se à vontade da máquina. Chaplin, (Londres 1889 – Corsier-sur-Vevey, Suíça, 1977), é o criador de Carlitos, o tipo mais famoso do cinema. Filho de artistas de music-hall, pisou um palco, pela primeira vez, aos 6 anos. Excursionando pelos Estados Unidos, foi descoberto por Mack Sennett, que o contratou para filmar em Hollywood. Entre 1913 e 1915, fez mais de 35 filmes; 15 em 1915; 12 entre 1916 e 1917. De 1918 a 1923 interpretou e dirigiu oito grandes filmes, entre os quais *Vida de cachorro* (1918), *O garoto* (1921), *Pastor de almas* (1923). Em 1919, com Griffith, Mary Pickford e Douglas Fairbanks, fundou a United Artists, para a qual escreveu, interpretou e dirigiu uma série de clássicos: *Em busca de ouro* (1925), *O circo* (1928), *Luzes da cidade* (1931), *Tempos modernos* (1936), *O grande ditador* (1940), *Monsieur Verdoux* (1947), *Luzes da ribalta* (1952). Perseguido pelo macarthismo, deixou os Estados Unidos em 1952 e instalou-se na Suíça. Suas últimas realizações, em estúdios londrinos, foram *Um rei em Nova York* (1957) e *A condessa de Hong Kong* (1965). Sua obra mistura sátira, pastelão e comédia, preocupações sociais e lirismo, atingindo todas as platéias com a arte de um grande criador (para aprofundamento consultar ANDRADE, 1962; CLARET, 2002).

¹⁸ É interessante observar a etimologia da palavra aluno. **A** = derivado do grego: negação ou afastamento + **luno** = derivado do latim *lumnus* que, por conseguinte vem da expressão *lumen* (inis) e finalmente *luminar* (aris). **Luminar** – s. m. Autoridade em alguma disciplina intelectual: luminar da ciência, luminar da igreja, luminar da filologia, etc. O mesmo que astro. Do lat. *Luminar, aris*. Concluindo A-LUNO é uma palavra greco-latina que significa “aquele que tem escassos conhecimentos em certa matéria, ciência ou arte; aprendiz” (Dicionário Etimológico-Prosódico da Língua Portuguesa, 1988, p. 01, 189 e 2231). “Primitivamente, criança que se dava para criar” (Novo Dicionário Aurélio, 1986, p. 01 e 95). Em outras palavras, é aquele que não tem luz; conseqüentemente há uma autoridade (professor) que tem o *poder* de conceder a *luz* ao “pobre” aprendiz. A palavra, por si só, desvela o que propõe o sistema educacional na relação professor-aluno.

A taylorização no âmbito educacional faz com que professores e alunos fiquem alienados do processo de reflexão crítica sobre a realidade. A educação institucionalizada parece ter se reduzido exclusivamente à tarefa de *custódia das gerações* mais jovens (SANTOMÉ, 1998; GADOTTI, 2003).

As análises dos currículos ocultos¹⁹ evidenciam o que realmente aprendemos em sala de aula: habilidades relacionadas com a obediência e submissão à autoridade.

Os conteúdos escolares são, na sua maioria, abstratos, desconexos, compartimentados, culturalmente descontextualizados, distantes do mundo experimental.

Assim, instituições de ensino e mundo produtivo (fábricas e outros) produzem distorções semelhantes. No mundo do trabalho, aqueles poucos que planejam são os que têm uma noção clara do processo produtivo. Ao trabalhador é oferecido um salário.

Nas instituições escolares, são poucas as pessoas que elaboram as diretrizes escolares e determinam o uso de livros-texto tendo uma idéia clara daquilo que pretendem. O restante, inclusive professores e estudantes, fazem da prática cotidiana, rituais de obediência e submissão. Assim, encontramos professores preocupados em seguir um determinado ritmo nas tarefas a realizar, em propiciar ao estudante a memorização de dados, quase nunca bem compreendidos.

Na verdade, o que realmente importa são as notas escolares metaforicamente representadas pelos salários dos operários. Como diz Santomé (1998, p. 15), “O

¹⁹ De forma simplificada, currículo oculto é entendido como fenômenos que vão além do currículo planejado, ou seja, são as experiências vividas na realidade da escola (com todos os indivíduos) sem planejamento prévio. Às vezes, os sujeitos envolvidos, sequer são conscientes da existência de tais fenômenos. Para aprofundamento, consultar: SACRISTÁN, J. G. **O currículo: uma reflexão sobre a prática**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. Em especial cap. I – Aproximação ao conceito de currículo. p. 13-54.

produto e o processo de trabalho não valiam a pena, só era importante o resultado extrínseco, o salário ou as qualificações escolares”.

Examinemos as perguntas e respostas abaixo:

7. Se o projeto fosse desenvolvido com orientações individualizadas você acha que o mesmo atenderia sua prática profissional?

☐ Sim ☐ Não Se sim, de que modo?

- P-1** *“Desde que eu mantivesse comunicação (com compromisso) com os outros profissionais necessários a cada realidade”.*
- P-2** *“Seria prejudicial pois, a importância da partilha das experiências e descobertas, iria tornando o trabalho mais construtivo”.*
- P-3** *“O trabalho em equipes interdisciplinares é muito mais amplo de conhecimentos, pois cada um expõe e fala sobre sua área, assim a troca de informações e conhecimentos se torna mais vantajosa”.*
- P-4** (Não houve resposta)
- P-5** *“Porque não se faz nada sozinho e como já citei anteriormente: o homem é um ser complexo e completo, portanto, não há possibilidade de um trabalho adequado e bem feito, valorizando um só aspecto”.*
- P-6** *“Porque não é só a base da alimentação que se consegue reduzir a hipertensão arterial”.*
- P-7** (Não houve resposta)
- P-8** *“Não seria interdisciplinar e sim multidisciplinar”.*
- P-9** *“Teria o aspecto de minha profissão abordado, mas não seria abordado o de outras (exemplo psicologia)”.*

Figura 12 – Pergunta 7 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “interdisciplinaridade”.

Em relação às falas dos profissionais, 66,7% responderam que as orientações individualizadas não atenderiam raramente aos objetivos de suas práticas profissionais. Apesar de estarmos no início dos trabalhos, é preocupante esse índice. As observações podem servir para atenuar o assunto (P-2, P-3, P-5, P-6, P-8 e P-9) ou podem, inclusive, mascarar a real situação das conseqüências da formação profissional dos membros da equipe, em relação à realidade das Faculdades e/ou Universidades, concernentes à estruturação curricular já mencionada.

Obviamente, há uma preocupação sobre a formação individualista e fragmentada, implementada pelo processo educacional, e suas conseqüências no andamento dos trabalhos educativos com os PHAS. Ao mesmo tempo, estamos ampliando a discussão, pois existe, por parte do pesquisador, uma preocupação com a estruturação curricular dos cursos da área de saúde em particular e também do processo educacional brasileiro como um todo.

A resposta nº 8 (Figura 13) mostra uma EQM motivada para a inter-relação de conhecimentos, que, progredindo, terá como objetivo a **integração** e a **atitude interdisciplinar** em relação a tais conhecimentos.

Figura 13 – Pergunta 8 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “interdisciplinaridade”

Sabemos que as falas podem surgir de forma automatizada, sem uma análise crítica de seu conteúdo. No seguimento dos trabalhos, em especial nas discussões sobre os temas levantados pela EQM, o leitor perceberá que tentaremos refletir, em grupo, os caminhos para um aprofundamento crítico da formação profissional.

Finalmente, ressaltamos que o quadro exposto na análise das perguntas 7 e 8 não é estático. Existem professores, estudantes e IES que apostam em uma educação verdadeiramente comprometida com valores de democracia, solidariedade e crítica; que buscam formar cidadãos críticos que transformem a realidade social.

Resta saber se conceitos como ensino globalizado²⁰, *interdisciplinaridade*, participação, democracia, trabalho em equipe, autonomia e outros não vão perder sua riqueza original e reduzir-se a frases feitas. Desse modo, estaríamos traindo o compromisso de grande número de pessoas que defendem corajosamente (e sistematicamente) a filosofia de fundo de tais conceitos.

⇒ Pergunta nº 9

As respostas da pergunta nº 9 mostram uma preocupação com a disponibilidade de tempo para aperfeiçoar as práticas educativas em relação ao grupo de PHAS (Figura 14).

Vale ressaltar que a EQM procura uma solução para a organização do tempo, não deixando que se torne um obstáculo para o desenvolvimento do projeto.

²⁰ Segundo Santomé (1998, p. 7-8), "Preparar as novas gerações para conviver, partilhar e cooperar no seio das sociedades democráticas e solidárias obriga a planejar e desenvolver propostas curriculares que contribuam para reforçar esse modelo de sociedades. Isto implica em converter as salas de aula em espaços nos quais os conteúdos culturais, habilidades, procedimentos e valores imprescindíveis para construir e aperfeiçoar esses modelos sociais são submetidos à análise e reflexão sistemática, e são praticados. Tudo isso faz com que as propostas curriculares permitam que alunos e alunas descubram os condicionamentos sociais, culturais, econômicos, políticos e militares do conhecimento que circula em cada sociedade. As metas educacionais que servem como base para desencadear a atividade curricular nas salas de aula não devem nos levar a atomizações nos conteúdos e tarefas escolares; do contrário perder-se-á de vista a estrutura que dá sentido ao trabalho escolar; e, na maioria dos casos, conceitos como motivação, significado e relevância passam a ser meras palavras de ordem sem qualquer conteúdo".

9. Com que frequência você acha que o relacionamento inter-pessoal e as discussões entre as orientações dadas pelos profissionais seriam dificultadas pela falta de tempo?

- P-1** *“Algo que poderia ser superada pela tecnologia (informática), mas que ainda é de difícil acesso a todos”.*
- P-2** *“A falta de tempo seria uma das conseqüências para a realização da pesquisa, pois a cada dia as pessoas tem menos tempo livre e mais atividades a serem desenvolvidas, o que dificultaria as discussões”.*
- P-3** *“Se todos os profissionais tivessem tempo para conversar com a equipe o relacionamento interpessoal e os orientações dadas, seriam bem menos complicadas”.*
- P-4** *“O tempo funcionaria como facilitador, mas caso seja escasso poderia haver impasses”.*
- P-5** *“As pessoas podem se organizar de modo que não prejudiquem o trabalho, uma vez que se dispuseram a fazê-lo”.*
- P-6** *“Acho que depende do interesse de cada um. Acredito que o tempo é feito por nós mesmos”.*
- P-7** (Não houve resposta)
- P-8** *“Os profissionais principalmente de rede pública são sobrecarregados”.*
- P-9** *“O tempo é escasso, mas mesmo escasso deve ser aproveitado para toda hora de experiências (por exemplo em um pronto atendimento)”.*

Figura 14 – Pergunta 9 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “interdisciplinaridade”

⇒ Pergunta nº 10

Reconhecemos que a pergunta de nº 10 é complexa para responder e extremamente difícil de analisar com clareza, ligando-a com o projeto de pesquisa como um todo. Tentaremos ordenar as respostas e as possíveis elucidações e análises de forma coerente com o tema em questão, ou seja, o trabalho interdisciplinar com PHAS.

Em primeiro lugar, a pergunta permite ao entrevistado responder a cinco situações e explicar cada uma delas (chamaremos de a, b, c, d, e). Buscando coerência, apresentamos abaixo a pergunta, com a primeira possibilidade de resposta (Figura 15). Logo após, faremos as análises pertinentes e repetiremos esse procedimento em relação às outras quatro respostas.

A pergunta e as respostas dos profissionais nos levam a reflexão sobre alguns termos ligados à *interdisciplinaridade*. São eles: **diálogo** e **abertura**.

O **diálogo** interdisciplinar se caracteriza por um pensamento que reconhece que tudo está interconectado e que o entrelaçamento da vida pode ser visto como uma conclusão científica (não definida). A *interdisciplinaridade* converte-se assim em uma categoria “guarda-chuva” capaz de agrupar uma ampla variedade de práticas educacionais, e é um exemplo significativo do interesse em analisar a forma mais apropriada de contribuir para melhorar os processos de integração dos diversos saberes. O diálogo nos permite ter uma visão de conjunto, perceber inter-relações no lugar de fatos ou conhecimentos isolados, modificando nossa visão de mundo (P-1, P-2 e P-4).

É um pensamento contextual, local, que existe em determinado momento, o que lhe confere a qualidade de ser sempre atual, embora não seja um pensamento completo, por maior que seja o número de conexões que possam ser estabelecidas (JAPIASSU, 1976; FAZENDA, 2002c; MORAES, 2003).

A **abertura** interdisciplinar pressupõe um processo de aceitar o novo, inserir-se em um processo de mudança, confiando e buscando o conhecimento do Outro (P-3, P-5 e P-8), partilhando seu saber, buscando ultrapassar as fronteiras do conhecimento disciplinar, criando um ambiente de trabalho produtivo, participativo e harmonioso.

10. Observe o desenho abaixo e leia o enunciado a seguir: suponhamos que o desenho corresponda às orientações, em relação à *promoção da saúde* dos portadores de hipertensão arterial sistêmica e você possa discutir e pesquisar com o grupo a sua prática profissional. Sendo assim, você acha que: (você pode assinalar mais de uma resposta com um x).

a) ☐ Pode haver possibilidade de inter-relacionamento de conhecimentos entre as orientações e práticas na *promoção da saúde* do grupo de portadores de hipertensão arterial sistêmica. Explique:

- P-1 "Penso que o mais importante nesse tipo de inter-relacionamento entre profissionais é a possibilidade de publicização, confronto de diferentes concepções de homem e mundo e as posteriores negociações, momento de inovação, transformação a partir do confronto".
- P-2 "A partir do inter- relacionamento, ocorrerá a construção de novos conhecimentos que formará uma parceria com o grupo".
- P-3 "Todos os profissionais envolvidos são de extrema importância para os portadores de hipertensão arterial sistêmica".
- P-4 "A possibilidade de inter-relacionamento de conhecimentos é certa, pois cada um pode oferecer propostas voltadas para o seu campo de atuação, mas que no conjunto consistiria em um grande plano de ações onde cada um contribuiria de uma forma".
- P-5 "A troca entre profissionais de diferentes áreas sempre possibilitará crescimento para todos, seja o profissional ou em relação ao paciente, neste caso".
- P-6 "Cada profissional contribuirá com suas orientações, com seus conhecimentos, contribuindo para a formação do todo".
- P-7 (Não houve resposta)
- P-8 "Haverá a possibilidade de aprender novos conceitos e poder ver uma doença por pontos de vista diferentes".
- P-9 "Médico - explica o diagnóstico; enfermagem – diagnóstico de enfermagem e conduta mais outros profissionais de acordo com diagnósticos".

Figura 15 – Pergunta 10 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema "interdisciplinaridade" – resposta 1

Trabalharemos, abaixo, a análise da segunda resposta (Figura 16):

b) ☐ Pode haver trocas de experiências e atitudes frente ao tratamento do grupo de portadores de hipertensão arterial sistêmica. Explique:

P-1 (Não houve resposta)

P-2 *“Acho que a relação com o portador de hipertensão arterial e o grupo de pesquisa vai ocorrer troca de experiências em busca do saber, da pesquisa, dos problemas em forma geral, buscando conhecer os limites e situações de cada um”.*

P-3 *“É essencial a troca de informações e experiências entre esses profissionais envolvidos, assim ampliaremos cada vez mais novos conhecimentos”.*

P-4 *“Por serem diferentes profissionais cada um têm uma vivência que deverá nortear nossos caminhos e fazer a nossa conduta menos passiva de erros”.*

P-5 *“A troca entre profissionais de diferentes áreas sempre possibilitará crescimento para todos, seja o profissional ou o paciente, neste caso”.*

P-6 *“Cada profissional pode expor as suas experiências para os outros”.*

P-7 *“Cada um com sua experiência e conhecimento irá esclarecer dúvidas um dos outros e assim aprendendo e juntando em busca de um único objetivo”.*

P-8 (Não houve resposta)

P-9 *“Tipo de alimento que o paciente fará ingestão (pelo nutricionista), exercícios (pelo educador físico ou fisioterapeuta este depende do grau da hipertensão), ergonomia em casa (enfermeira), lidar com o emocional (psicóloga frente a doença)”.*

Figura 16 – Pergunta 10 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “interdisciplinaridade” – resposta 2

Dentre vários termos ligados à *interdisciplinaridade*, a resposta acima suscita dois, a saber: **atitude interdisciplinar e parceria**.

Parceria pode ser entendida como um movimento que busca uma possível compreensão da totalidade da realidade, onde construir o conhecimento pressupõe ir e vir, interconectando o indivíduo, que aprende consigo mesmo, com seus pares e com o meio à sua volta (P-2, P-3, P-5, P-6, P-7 e P-9).

Implica participação e colaboração mútua. A parceria estabelecida com os profissionais entre si e com o conhecimento histórico e socialmente construído é

fundamental para o exercício da prática interdisciplinar (JAPIASSU, 1976; FAZENDA, 2002c; VASCONCELOS, 2002).

A **atitude interdisciplinar** caracteriza-se pela construção, em primeiro lugar, do autoconhecimento, ou seja, refletir sobre a própria prática educativa, procurando o significado para sua *práxis*, tornando um processo contínuo de construção de novos saberes, não abandonando suas práticas coerentes, mas atualizando-as e compartilhando-as com seus pares (P-2, P-3, P-4, P-6 e P-7).

A *interdisciplinaridade* é muito mais que um conjunto de disciplinas ou um emaranhado de modelos pré-determinados. Os profissionais são sujeitos com histórias de vida e bagagens culturais diversas que vivenciam, por vezes, situações antagônicas. Esse processo contínuo de libertação das ditaduras disciplinares leva em conta a historicidade dos profissionais e mudança de atitude, construída na concretização de uma relação dialógica (BUBER, 1982; FREIRE, 1996; FAZENDA, 2002c).

Vamos à terceira resposta (Figura 17):

Nosso objetivo na formulação dessa pergunta foi investigar, de forma incipiente, a questão da adesão aos trabalhos educativos por parte dos PHAS em relação às atitudes da EQM.

O desenvolvimento da EQM, em relação à prática interdisciplinar, que pressupõe, entre outras situações, diálogo, abertura, parceria e atitude, esteve intimamente inter-relacionado à adesão dos PHAS aos “círculos de cultura” e conseqüentemente à participação nas práticas educativas.

Sabemos que a adesão do PHAS é substancialmente influenciada pela percepção da ameaça que representa a enfermidade. Sujeitos que têm doença

crônica com pouco ou nenhum sintoma com a HA, têm mais probabilidade de interromper o tratamento.

c) ☐ **Pode-se obter motivação do grupo de portadores de hipertensão arterial sistêmica para buscar melhor qualidade de vida? Explique:**

P-1 (Não houve resposta)

P-2 *“Sim. Acho que os profissionais podem descobrir o que há de melhor nos portadores de hipertensão arterial e fazer permitir que este melhor se desenvolva obtendo melhor qualidade de vida”.*

P-3 *“Claro que sim e a motivação é a base de tudo para qualquer pessoa”.*

P-4 *“A medida que nosso público alvo – portadores de hipertensão arterial sistêmica – passa a perceber o envolvimento desta equipe interdisciplinar, isto deverá funcionar como alavanca pois vão enxergar maiores possibilidades de solução para seus problemas de saúde”.*

P-5 *“Todos trabalhando em prol de um trabalho; trocando, despertando, colocando em comum, procurando a melhor solução através dos profissionais afins”.*

P-6 *“A experiência de vida do próximo, os problemas, principalmente os relacionados à saúde levam você a pensar na sua própria vida, no seu estilo de vida”.*

P-7 (Não houve resposta)

P-8 (Não houve resposta)

P-9 *“Uma equipe qualificada interessada na patologia do paciente, orientando-o e não limitando-o nos afazeres e condutas do seu dia-a-dia – com certeza haverá motivação”.*

Figura 17 – Pergunta 10 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “interdisciplinaridade” – resposta 3

A percepção do sujeito sobre a complexidade do regime de tratamento, dificuldade de segui-lo, duração, segurança e custo financeiro influenciam o comportamento de adesão (TEIXEIRA, 1998; CESARINO, 2000; MELLO FILHO, 2000; PIERIN, 2004).

As circunstâncias em que ocorreram as relações com a EQM, a eficácia e interação entre os profissionais e os PHAS foram os maiores determinantes do entendimento do sujeito em relação à PA e ao regime terapêutico a ser seguido.

Acreditamos que uma EQM integrada incentiva os PHAS a buscarem, em si mesmos, motivação para estarem freqüentando os “círculos de cultura” (P-2, P-3, P-4, P-6 e P-7).

As duas últimas respostas e observações (Figuras 18 e 19) serão apresentadas simultaneamente, pois tratam de assuntos que se complementam, a saber: **dificuldades de assumir postura de inter-relação com outros profissionais e o enfrentamento de mudanças:**

d) ☐ Pode haver dificuldades em assumir uma postura de inter-relação com os outros profissionais, mas vê possibilidades e está disposto (a) a enfrentar mudanças? Explique:	
P-1	(Não houve resposta)
P-2	(Não houve resposta)
P-3	(Não houve resposta)
P-4	(Não houve resposta)
P-5	<i>“Cada profissional percebe, segundo sua área de atuação principalmente, mas é justamente – na troca – que posso ampliar minha visão, mesmo que isto pareça difícil algumas vezes, em alguns casos”.</i>
P-6	(Não houve resposta)
P-7	(Não houve resposta)
P-8	(Não houve resposta)
P-9	<i>“As mudanças só ocorrem na saúde quando em prol do paciente, se são necessárias, devem portanto serem assimiladas”.</i>

Figura 18 – Pergunta 10 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “interdisciplinaridade” – resposta 4

Curiosamente, analisamos, nessas perguntas, a freqüência maior da ausência de falas. Com raras exceções (P-2, P-5 e P-9), o silêncio reinou nas respostas “d” e “e”.

O enfrentamento de mudanças e a possibilidade de admitir que pode haver dificuldades em assumir uma postura de inter-relação com outros profissionais fizeram de alguns entrevistados sujeitos emudecidos.

Postura estranha? De forma alguma. Fazenda (2005) já havia constado que a mudança gera uma perplexidade primeira e, conseqüentemente, insegurança. Um paradigma emergente como a *interdisciplinaridade* gera uma série de dúvidas. Sabemos, por exemplo, em termos de formação acadêmica, que a estruturação dos currículos organizados pelas disciplinas tradicionais conduzem o estudante apenas a um acúmulo de informações que de pouco ou nada vão valer em sua vida profissional, principalmente porque o desenvolvimento tecnológico é de ordem tão variada, que impossibilita o processamento de informações com a velocidade “adequada” e “esperada” pelo sistema escolar.

e) ☐ Pode haver dificuldades em assumir uma postura de inter-relação com outros profissionais, por vários motivos que são: (especificar)

P-1 (Não houve resposta)

P-2 “Termos utilizados por profissionais da área da saúde, que vão exigir um maior conhecimento devido a minha formação”.

P-3 (Não houve resposta)

P-4 (Não houve resposta)

P-5 “Não chamaria de dificuldades, mas talvez limitações pela própria restrição de conhecimento em cada área”.

P-6 (Não houve resposta)

P-7 (Não houve resposta)

P-8 (Não houve resposta)

P-9 (Não houve resposta)

Figura 19 – Pergunta 10 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “*interdisciplinaridade*” – resposta 5

Continuando, a autora mostra que a opção que tem sido adotada, da inclusão de novas disciplinas ao currículo tradicional, leva a uma maior atomização do conhecimento cada vez mais **disciplinado**, em que a regra dominante seria um policiamento maior às fronteiras das disciplinas e acrescenta que o efeito nada mais

representaria que a punição aos que quisessem transpor essas barreiras (FAZENDA, 2005).

Na realidade, esse pretenso silêncio é sussurrante de falas.

Nesse sentido, Merleau-Ponty (1999, p. 250) colabora com a discussão:

[...]. Vivemos em um mundo no qual a fala está *instituída*. Para todas essas falas banais, possuímos em nós mesmos significações já formadas. Elas só suscitam em nós pensamentos secundários; estes, por sua vez, traduzem-se em outras falas que não exigem de nós nenhum esforço verdadeiro de expressão e não exigirão de nossos ouvintes nenhum esforço de compreensão. Assim, a linguagem e a compreensão da linguagem parecem evidentes. O mundo lingüístico e intersubjetivo não nos espanta mais, nós não o distinguimos mais do próprio mundo, e é no interior de um mundo já falado e falante que refletimos.

[...]. Nossa visão sobre o homem continuará a ser superficial enquanto não remontarmos a essa origem, enquanto não reencontrarmos, sob o ruído das falas, o silêncio primordial, enquanto não descrevermos o gesto que rompe esse silêncio.

É nesse pretenso silêncio cheio de significados que, ao propormos um projeto interdisciplinar, comumente, encontramos com múltiplas barreiras: de ordem material, pessoal, institucional e gnosiológica. Entretanto, podemos transpor tais barreiras pelo desejo de *criar*, de *innovar*, de ir *além*.

O que caracteriza a atitude interdisciplinar é a ousadia da busca, da pesquisa: é transformar a insegurança num exercício de reflexão e construção.

Fazenda (2002c) mostra que o sentimento de solidão dessa insegurança individual que caracteriza o pensar interdisciplinar pode transformar-se na *troca*, no *diálogo*, no *acolhimento* do pensar do outro. Exige um exercício, digamos, um ritual de passagem, da subjetividade para a intersubjetividade.

O real conhecimento dessa intersubjetividade levaria ao verdadeiro diálogo, que supõe uma atitude aberta e receptiva, em oposição às discussões estereis em que cada um se fixa em sua convicção sem nunca ceder (FAZENDA, 2003).

Finalizamos com um pressuposto que caracteriza o Inconsciente Freudiano: “Existo onde não penso”²¹. Nesse sentido, o silêncio é extremamente revelador.

⇒ Pergunta nº 11

As respostas referentes à pergunta nº 11 (Figura 20) mostram que toda a EQM acredita que a prática interdisciplinar pode se tornar realidade no cotidiano das práticas educativas que buscam a *promoção da saúde*.

Figura 20 – Pergunta 11 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “interdisciplinaridade”

²¹ Para aprofundamento consultar: FIGUEIREDO, J. S. **Epistemologia, existência e cultura em Freud: uma breve reflexão filosófica**. 1994. 109 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 1994. Em especial cap. II – Psicanálise e Existência: algumas reflexões sobre o drama existencial à luz da psicanálise. p. 34-64.

Vasconcelos (2002) mostra que, no contexto atual das sociedades capitalistas avançadas (e parte das emergentes), há uma tendência ao desenvolvimento de conceitos e estratégias epistemológicas de complexidade e *interdisciplinaridade*. Tais conceitos e estratégias já constam na agenda das lutas emancipatórias de caráter popular-democrático, por uma globalização mais solidária, evitando a fragmentação das ciências²².

⇒ Pergunta nº 12

Em relação às respostas referentes à pergunta nº 12, sobre as competências identificadas pela EQM: **12. Sabemos de nossas imperfeições, mas não podemos negar que existem grandes qualidades em cada ser humano. Parafraseando Fazenda (1998), “há uma intensidade na busca que empreendemos enquanto nos formamos, nas dúvidas que adquirimos e nas contribuições delas para o nosso Projeto de Existência”.** Após essa pequena explanação, marque as características psicológicas mais próximas de seu perfil profissional, concordando ou discordando: (Figura 21, págs. 136-137), é importante perceber que a equipe mostrou, em seu perfil profissional, a predominância da competência intuitiva (55,6%), seguida da competência prática (44,5%), da competência intelectual (44,4%) e da competência emocional (33,3%).

Segundo Fazenda (2002c), essa pergunta tem como objetivo verificar de que forma o profissional entrevistado se mostra mais sensível à aquisição de uma atitude interdisciplinar. A autora explica que grande parte da caracterização das

²² Para aprofundamento, consultar Vasconcelos (2002). Em especial: “Um exemplo aplicado de debate sobre a complexidade e interdisciplinaridade no contexto britânico: o desenvolvimento das abordagens antidiscriminatórias, antiopressivas e de “*empowerment*” em serviço social e saúde mental”. p. 56-59.

competências foi embasada em estudos da Psicologia Analítica (Jung e seus seguidores)²³. Porém, alerta que este foi um dos muitos recursos teóricos utilizados para a classificação, realizada com o objetivo de compreender diferentes óticas, na questão da competência.

Revela ainda que há um denominador comum em todas elas: a competência exercitada no percurso interdisciplinar desvela-se no desejo de ampliação dos conhecimentos.

Busca preencher lacunas, dialogando com os diversos *saberes*, sem necessariamente se render à sedução do uso de tais conhecimentos como instrumento de poder de dominação.

Reitera que foram seis anos de pesquisa (1986-1991) em busca do significado de competência interdisciplinar, Fazenda (2002c, p. 24):

[...] a análise levou-nos a pesquisar a competência onde ela aparece. Assim, observamos detidamente salas de aula, entrevistamos professores, estimulamos sua percepção aguçando sua recorrência à memória e verificamos que a aquisição de uma atitude interdisciplinar evidencia-se não apenas na forma como ela é exercida, mas na intensidade das buscas que empreendemos enquanto nos formamos, nas dúvidas que adquirimos e na contribuição delas para nosso projeto de existência.

Tais traços permitiram à autora identificar a gama de universos de referência constituídos que compõe o conjunto de uma existência, referencial matricial que leva a marca de uma vida profissional (FAZENDA, 2001a, 2002c, 2005).

²³ Macguire e Hull (1977, p. 57-58), entrevistando Jung sobre a intuição artística que há no ser humano conseguem a seguinte declaração: [...] Procure despertar o artista oculto que dormita em todo o homem. Dêem-lhe uma oportunidade de trazer à luz os quadros por pintar que ele traz em seu íntimo, de libertar os poemas não escritos que ele fechou dentro de si, e mais outra fonte de perturbações psíquicas terá sido eliminada. Muito embora o trabalho que ele produzir dificilmente chegue a atingir um nível técnico e artístico meritório, isso ajudou-o a limpar e libertar sua psique. Se os talentos de que somos dotados se desintegram diante das tarefas da vida, se definham ou perdem o freio, temos apenas que culpar a nossa fuga da natureza, o nosso divórcio da Idade de Ouro dos nossos ancestrais, a qual só nos é devolvida em sonhos, um divórcio que leva à naturalidade suprimida e à supercivilização opressiva da psique. Para maior aprofundamento, sugerimos também a leitura de: JUNG, C. G. **O homem e seus símbolos**. 15. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2005. 320 p.

- Competência intuitiva:

- Competência prática:

- Competência intelectual: **- Competência emocional:**

Figura 21 – Pergunta 12 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “interdisciplinaridade”

⇒ Pergunta nº 13

A pergunta de nº 13 (Figura 22) se apresenta como um *feedback* da EQM para o pesquisador em relação ao conjunto de perguntas.

13. O questionário foi elaborado de forma coerente e pode auxiliar nossos trabalhos na promoção da saúde de portadores de hipertensão arterial sistêmica?

- P-1** *“Poderia ter questionado os profissionais quanto às suas visões de homem e mundo e, se fosse personalizado, como cada um pode contribuir (com seus conhecimentos profissionais) para o cumprimento dessa visão ou da promoção da saúde do homem”.*
- P-2** *“Para 1ª etapa do projeto, o questionário foi elaborado de uma forma criativa e ousada, na busca de transformações, num exercício do pensar”.*
- P-3** *“O questionário será de extrema importância para um contato inicial entre os profissionais do nosso trabalho”.*
- P-4** *“Algumas questões com falta de objetividade”.*
- P-5** *“Pode ser mais – claro - direto”.*
- P-6** *“Esse questionário contribui para se obter um perfil do profissional que está ingressando no grupo”.*
- P-7** *“Cada profissional deve se preparar com a ajuda – um do outro e sempre aprimorando os conhecimentos para assim fazer com que os portadores de hipertensão tenham o conhecimento tanto do lado bom quanto do ruim. Pode sim haver junção de todas as profissões”.*
- P-8** *“Acho que não tenho conhecimento para entender as justificativas da questão 12”.*
- P-9** *“Questiona o que sei sobre interdisciplinaridade, se estou disposto a me inserir nesse contexto e que tipo de perfil profissional se adequa mais aos meus anseios. Acho que com essas características o questionário entrará no campo prático, onde a análise da disposição de cada profissional à interdisciplinaridade, será a base para melhor compreender a nossa sociedade”.*

Figura 22 – Pergunta 13 do Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema *“interdisciplinaridade”*

Sendo um instrumento aplicado no início dos trabalhos, pensamos que nos ajudou em vários aspectos; dentre eles, destacamos:

- maior rigor e coerência interna no planejamento metodológico;
- uma visão mais clara do tipo de coleta de dados e análise a ser produzido (P-1, P-4, P-5, P-8);
- uma visão mais abrangente da EQM e a busca de alternativas de olhar e investigar os PHAS, permitindo adaptar e recriar um projeto, de acordo com as condições e objetivos próprios, superando a rigidez de esquemas padronizados. (P-2, P-3, P-6, P-7, P-9);
- e uma visão mais clara dos alcances e limites do conhecimento produzido.

6.1.3 Formação de um profissional crítico: desafios e perspectivas

Esta parte do trabalho tem como objetivo levantar alguns pontos que possam subsidiar o debate em torno da formação de profissionais críticos na área de saúde. Após traçar o perfil da EQM e caracterizá-la, o próximo passo foi abordar os temas levantados pela equipe, obedecendo ao cronograma (Apêndice C) que foi amplamente discutido.

Como já dissemos, foram 16 (dezesesseis) encontros que levaram a reflexões sobre: conhecimento interpessoal mais profundo em relação aos membros da EQM, aspectos éticos em relação à pesquisa com seres humanos, temas ligados à *interdisciplinaridade*, HAS, grupos de suporte, método Paulo Freire, diretrizes para o tratamento e acolhimento dos PHAS.

Tais reflexões reafirmaram a importância dos pressupostos da pedagogia crítica que propõe a formação de um profissional consciente de seu papel histórico e comprometido com os interesses das classes menos privilegiadas, respeitando as diferenças individuais e o multiculturalismo (SANTOS, 1989; FREIRE, 1996; GADOTTI, 2003).

Obviamente, não são alguns encontros que vão sedimentar a formação crítica de um profissional; o objetivo nosso foi ampliar a consciência crítica da EQM.

Para uma melhor compreensão fizemos uma descrição de cada encontro em forma de “plano de aula”. É oportuno lembrar que os “planos de aula” foram submetidos à avaliação de dois profissionais envolvidos com a temática, os quais sugeriram algumas adequações que foram prontamente efetuadas.

Dessa maneira, acompanhando os planos previamente elaborados, cada encontro teve o seguinte delineamento: rápida apresentação do tema a ser discutido; realização de uma dinâmica de aquecimento quando necessária, seguida de comentários sobre a experiência vivida; introdução de uma dinâmica grupal, para maior aprofundamento do tema e da discussão (também quando necessária); leitura e discussão de textos (os textos foram entregues de quatro a sete dias de antecedência por uma questão de administração de tempo), confrontando aspectos teóricos com situações práticas; elaboração de sínteses finais e, finalmente, avaliação dos resultados.

Após cumprir cada programação dos encontros, o passo seguinte foi realizar a análise do material coletado por ocasião do desenvolvimento do trabalho com a EQM. O referido material compreendeu: transcrições das fitas gravadas durante os encontros, anotações das observações realizadas no grupo, sínteses elaboradas pelos participantes, sendo o material colhido organizado e submetido à análise, a fim

de obter, no conteúdo das mensagens, uma maior compreensão do fenômeno estudado, bem como as percepções e interpretações, ainda que nas “*entrelinhas do discurso*”.

TEMA I: “A FORMAÇÃO DE EQUIPES”

Data: 12/05/2005 (2º encontro)

Horário: 19:00h às 22:30h

Local: FACTHUS

Participantes: P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9

Objetivo geral: Analisar dificuldades e facilidades na formação de equipes de trabalho.

Objetivos Específicos	Conteúdo	Estratégias	Recursos	Avaliação
1. Relacionar a importância das pessoas na formação de uma equipe de trabalho. 2. Mostrar a importância das relações interpessoais para a formação de equipes.	1. Características do trabalho no séc. XXI. 2. Pessoas e equipes. 3. Relacionamento interpessoal e formação de equipes.	1. Apresentação do tema. 2. Dinâmica de aquecimento: apresentação em duplas e apresentação geral. 3. Dinâmica: tempestade cerebral – “o que são equipes?” 4. Leitura e discussão de textos. 5. Debate. 6. Síntese final.	1. Equipamento multimídia. 2. Cartolinas, pincéis, cola, canetas, papel, textos reproduzidos.	1. Elaboração e verbalização de síntese, descrevendo as facilidades e dificuldades, na formação de equipes de trabalho. 2. Auto-avaliação e hetero-avaliação (avaliação do grupo, pelo grupo).

Referências:

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas:** o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Campus, 2004. Cap. 1, p. 1-30.

GALUPPO, A. (Org.). **Vivências:** uma aprendizagem efetiva. 2. ed. Belo Horizonte: Grupo Projotar, 2002. Cap. 2, p. 82-83.

MASI, D. **A emoção e a regra:** os grupos criativos na Europa de 1850 a 1950. Rio de Janeiro: José Olympio, 1999. p. 1-13.

Tema I: “A formação de equipes”

Subtema a) Pessoas:

Foram discutidos aspectos tais como a importância das pessoas na formação de equipes. A sociedade globalizada foi questionada em relação ao tratamento dispensado ao ser humano (visto como descartável). Pontuou-se a importância do ser humano e a possibilidade de, no século XXI, as pessoas passarem a constituir o elemento básico do Planeta (visão ecológica crítica). Se as pessoas passam a maior parte de suas vidas trabalhando, o profissional que não se sente motivado pelo que faz, está fadado ao sofrimento (CODÓ; SAMPAIO, 1995).

Notou-se uma preocupação profunda no grupo quando o tema foi aprofundado com a pergunta: vivemos sem trabalho?

A angústia ficou evidente na verbalização dos componentes do grupo. Questões tais como:

“Qual o meu papel na sociedade?” (P-1)

“Se eu escolhi errado a minha profissão e ainda não sei?” (P-5)

“Estou satisfeito com o que faço?” (P-7)

Subtema b) Relações interpessoais:

Iniciando com a dinâmica de aquecimento denominada apresentação em duplas, o riso tomou conta da sala²⁴. Explicamos: a instrução consistia em pedir aos

²⁴ Procuramos tornar o ambiente agradável desde o início dos trabalhos, pois acreditamos que o riso é um componente dialógico do pensamento sério. Citando Larrosa (2000, p. 171): “Talvez meu objetivo principal em falar do riso seja a convicção de que o riso está proibido, ou pelo menos bastante ignorado, no campo pedagógico. E sempre pode ser interessante pensar um pouco por que um campo proíbe ou ignora. São as proibições e as omissões que melhor podem dar conta da estrutura de um campo, das regras que o constituem, da sua gramática profunda. Que acontece, então na Pedagogia, para que se ria tão pouco?”

componentes que, em duplas, falassem seu nome, profissão, anseios, dúvidas, perspectivas de vida, atividades de lazer e outros. Num segundo momento, houve constituição do círculo, quando, de surpresa, o coordenador-pesquisador solicitou que cada um “seria o Outro”²⁵ na apresentação e deveria expressar-se na primeira pessoa. A dinâmica proposta tentou fazer com que cada componente da equipe “assumisse” a identidade do Outro. Colocar-se no lugar do Outro pressupõe uma reflexão sobre como *conviver* (no sentido existencialista) com o colega de equipe.

Partimos do pressuposto de que o indivíduo não pode tornar-se humano sozinho. Tornar-se humano só é real em comunicação com o Outro. A reflexão, após a dinâmica, foi direcionada para a importância dos outros em nossas vidas e a necessidade de perceber-se no lugar do Outro. Tal percepção não significa, de forma alguma, aniquilar-se na sua individualidade, mas respeitar um projeto individual de trabalho e de vida que nunca pode ser dissociado de um projeto maior, o do grupo.

Finalmente, acreditamos que a identidade pode se fortalecer por meio de categorias da *interdisciplinaridade* como a parceria, a espera, a coerência, a humildade, o respeito, a ação e outras.

²⁵ Usamos a palavra Outro, grafada na sua forma maiúscula, observando o sentido existencialista. A dimensão existencial do Outro é percebida por meio da intersubjetividade, ou seja, a constituição intersubjetiva que se torna inteligível na união da totalidade dos seres humanos (Lefèvre denomina de sujeito coletivo). Perceber e ser percebido pelo Outro é transcender o cotidiano, tornando-se pessoa. Nessa atitude dialogal, cada interlocutor, mesmo quando se coloca em oposição ao Outro, escuta, afirma e confirma esse Outro na realidade de sua existência. É a passagem do Eu-coisa para Eu-pessoa. Conferir em BUBER, M. **Eu e tu**. 2. ed. São Paulo: Moraes, 1978. 170 p.

TEMA II: “O DESENVOLVIMENTO DE EQUIPES”

Data: 19/05/2005 (3º encontro)

Horário: 19:00h às 22:30h

Local: FACTHUS

Participantes: P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9

Objetivo geral: Analisar o esforço conjugado de pessoas para desenvolver equipes.

Objetivos Específicos	Conteúdo	Estratégias	Recursos	Avaliação
1. Identificar as principais etapas do desenvolvimento de equipes.	1. Indivíduo e grupo 2. As etapas em desenvolvimento em equipe.	1. Apresentação do tema. 2. Dinâmica de aquecimento: “a estória do porco-espinho”. 3. Leitura e discussão de textos. 4. Debate. 5. Síntese geral	1. Equipamento multimídia. 2. Cartolinas, pincéis, cola, canetas, papel, textos reproduzidos.	1. Elaboração e verbalização de síntese, descrevendo as facilidades e dificuldades, no desenvolvimento de equipes. 2. Identificar as etapas do desenvolvimento de equipes. 3. Auto-avaliação e hetero-avaliação.

Referência:

GALUPPO, A. (Org.). **Vivências:** uma aprendizagem efetiva. 2. ed. Belo Horizonte: Grupo Projetar, 2002. Cap. 1, p. 13-18, Cap. 2, p. 176-177.

Tema II: “O desenvolvimento de equipes”

Subtema a) Indivíduo e grupo:

Para iniciar a abordagem do tema, propusemos, para o aquecimento do grupo, a dinâmica da “estória do porco-espinho”, na qual os participantes procedem à leitura de uma fábula sobre a era glacial e a necessidade dos “porcos-espinhos” se agruparem para não sucumbirem ao frio (Anexo B).

Houve reflexões sobre “colocar-se no lugar do Outro”, procurando entender que relacionamentos são difíceis e que a convivência em grupo é necessária, podendo realizar trabalhos em equipes, tendo consciência de que sempre haverá dificuldades.

A discussão que sucedeu à dinâmica objetivou levar os participantes a refletirem sobre as dificuldades do relacionamento interpessoal e a necessidade de conviver com os “espinhos” de si próprios e dos outros, buscando a sobrevivência da equipe.

Houve uma reflexão sobre as etapas do desenvolvimento de equipes: fases de inclusão, controle, abertura e separação.

Analizando as falas, foi possível conhecer as percepções que os componentes da EQM têm em relação às possibilidades e dificuldades de trabalhar em equipe:

“Precisamos nos preparar para os espinhos”. (P-5)

“Será que eu vou morrer de frio aqui”. (P-8)

“Trabalhar nunca foi fácil, principalmente quando a gente esta aqui porque quer... é voluntário esse trabalho”. (P-4)

“Acho que é voluntário, mas a gente esta ganhando muito de outra forma”. (P-2)

“Eu achei que a era glacial é falta de conhecimento, a gente morre como profissional”. (P-3)

Essas falas indicam o desenvolvimento pessoal e interpessoal, que são construídos passo a passo.

A partir das reflexões em relação aos sentimentos gerados pela técnica vivencial, as pessoas / grupo começam a assumir metas e/ou compromissos.

Coordenando os trabalhos, tínhamos em mente que o grupo se sentiria mais comprometido com a implementação de ações planejadas se as compartilhassem com os colegas. Desse modo, propiciamos momentos para essa partilha (elaboração, verbalização e síntese), pois tal troca tende a encorajar a adoção de novos comportamentos. É o caminho que deve ser percorrido para chegar à *interdisciplinaridade*.

Subtema b) As etapas de desenvolvimento em equipe:

O processo de desenvolvimento do grupo segue determinadas etapas ou fases. Existem vários modelos que as ilustram (MAILHIOT, 1985; MELLO FILHO, 2000; GALUPPO, 2002).

Essas fases estão relacionadas aos comportamentos dos membros no grupo.

As fases são: inclusão, controle, abertura e separação.

• Fase de inclusão

O comportamento de inclusão refere-se à associação entre pessoas, fazer parte e estar junto com os outros. É o desejo de merecer consideração e de atrair interesse e atenção.

Caracteriza-se pela busca de interação com as pessoas, com a própria identidade e individualidade. A inclusão envolve o processo da formação grupal e é,

portanto, a primeira questão interpessoal na vida de um grupo. Em síntese, inclusão compreende:

- associação entre as pessoas
- pertinência – fazer parte
- significado como pessoa.

No desenvolvimento do grupo, a fase de inclusão ocorre na sua formação. É a fase em que os membros estabelecem os limites de participação sintetizados em:

- quanto dar de si
- quanto espera receber
- como se mostrará
- em que nível se comprometerá.

Considerando que a fase de inclusão se caracteriza basicamente por “estar dentro ou fora”, as técnicas vivenciais que foram utilizadas tentaram favorecer o autoconhecimento, a apresentação de si para os outros dentro dos limites estabelecidos pelo próprio membro e aquelas que facilitaram sentir-se importante, compreendido e incluído no grupo.

• Fase de controle

O comportamento de controle refere-se ao processo de tomada de decisão entre as pessoas, na área do poder, da influência e da autoridade.

Caracteriza-se desde o desejo de ter autoridade sobre os outros, até o desejo de ser controlado e isentado de responsabilidade. Comportamentos de docilidade, submissão e acatamento de ordens, indicam aceitação de controle; comportamentos de independência e rebelião expressam o desejo de não ser controlado.

No equilíbrio entre os dois comportamentos encontra-se a competência. O membro do grupo que se sente competente pode dar ou acatar ordens dependendo do que for apropriado à situação. Tem segurança de que os outros confiam na sua capacidade de tomar decisões.

Em síntese, controle compreende:

- poder, influência;
- autoridade, domínio;
- competência.

No desenvolvimento do grupo, a fase de controle ocorreu após a sua formação consolidada depois de inclusão. É a fase em que o grupo começou a se diferenciar, o que, em síntese, significa:

- estabelecer procedimentos e papéis;
- compartilhar responsabilidades;
- tomar decisões;
- distribuir poder;
- competir pela liderança;
- discutir sobre metas e métodos;
- formular normas de conduta;
- ter muita ou pouca influência.

Uma vez que a fase de controle se caracteriza basicamente por “estar por cima ou por baixo”, as técnicas vivenciais que foram utilizadas buscaram favorecer o “trabalho emocional” em relação ao confronto, à competição, ao poder, à tomada de decisão em grupo, à liderança, à negociação e àquelas que definem papéis e responsabilidades no grupo. As simulações, e principalmente os jogos competitivos, são técnicas mais adequadas a essa fase. Há também aquelas que facilitam os

indivíduos a assumirem responsabilidades, sentirem-se comprometidos e competentes no grupo.

- **Fase de abertura**

O comportamento de abertura (anteriormente denominado por alguns estudiosos de afeição) refere-se aos íntimos sentimentos emocionais. Em grupos, o comportamento de abertura caracteriza-se por demonstrações de amizade e diferenciação entre os membros e pela construção de vínculos emocionais.

Em síntese, a abertura compreende:

- proximidade;
- sentimentos pessoais e emocionais;
- ser amado.

No desenvolvimento do grupo, a fase de abertura ocorreu depois de resolvida a questão do controle, quando então os temas afetivos ganharam destaque. Os membros investigaram o fato de se tornarem emocionalmente integrados.

São manifestações típicas dessa fase:

- estabelecer limites quanto à intensidade e qualidade das trocas afetivas;
- conhecer possibilidades de intercâmbio emocional;
- momentos de grande harmonia e afeto;
- momentos de insatisfação, hostilidade e tensão;
- aguçamento das emoções entre pares de pessoas.

O que caracteriza basicamente a fase de abertura é “estar próximo ou distante”. Portanto, as técnicas vivenciais adequadas a essa fase foram as que favoreceram o conhecimento mais íntimo do outro, a troca de *feedback*, a expressão de todos os tipos de sentimentos e emoções, a coesão, o trabalho em equipe, a

interdependência; enfim, todas aquelas que facilitaram a proximidade, o dar e receber afeto e o vínculo grupal.

• **Fase de separação**

O comportamento de separação ocorre quando os grupos se desfazem, seguem seu desenvolvimento na seqüência oposta, ou seja, abertura, controle e inclusão.

Comportamentos típicos da fase de separação:

- evitar o reconhecimento do término do grupo para não lidar com a perda;
- aparentar comportamento de indiferença ou de desinteresse;
- fazer emergir sentimentos de hostilidade em situações não resolvidas no decorrer do grupo;
- expressar sentimentos legítimos de perda do próprio grupo ou de perda de outras situações;
- estreitar as relações estabelecidas no grupo;
- consolidar a aprendizagem;
- avaliar o desenvolvimento do grupo e estabelecer ações a serem realizadas após o término do grupo.

Considerando que a característica básica da separação é o sentimento de perda, as técnicas vivenciais a serem utilizadas devem favorecer aos membros que:

- enfrentem o término inevitável do grupo e discutam seus sentimentos de separação;
- concluam qualquer assunto incompleto que tenham com outros membros ou com o facilitador;
- saiam do grupo, sabendo levar com eles o que aprenderam;

- avaliem a sua participação e o desenvolvimento do grupo;
- façam planos específicos de mudança e elaborem ações para aplicar o que aprenderam.

A separação não deve ser trabalhada apenas nos últimos momentos do grupo. Pelo contrário, deve haver uma preparação para que o grupo não termine com sentimento de perda, mas com sentimento de ganho de tudo o que ocorreu no seu desenvolvimento.

Conhecer e identificar as fases de desenvolvimento dos grupos é imprescindível para determinar a intervenção a ser feita e qual técnica vivencial será adequada. Para o trabalho com os PHAS, tal visão é fundamental.

Vale salientar que foi discutido que as fases, nem sempre, ocorrem de forma tão lógica e seqüencial. Cada grupo tem sua peculiaridade, mas, de modo geral, os grupos seguem esse modelo. Nos encontros com o grupo de PHAS, a EQM percebeu a utilidade dessa reflexão de forma mais nítida.

TEMA III: “SER VOLUNTÁRIO”

Data: 28/05/2005 (4º encontro)

Horário: 19:00h às 22:30h

Local: FACTHUS

Participantes: P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9

Objetivo geral: Discutir a condição de voluntário em uma equipe multiprofissional.

Objetivos Específicos	Conteúdo	Estratégias	Recursos	Avaliação
1. Conceito de trabalho voluntário. 2. Discutir a escolha de “ser voluntário”.	1. Conceito de trabalho voluntário. 2. Tipos de escolhas em relação ao voluntário: a) elaborada b) neurótica.	1. Apresentação do tema. 2. Dinâmica de aquecimento: “apresentação no espelho”. 3. Discussão em comum (estimular a reflexão sobre o próprio desenvolvimento em relação à condição de ser um profissional que estará exercendo o papel de voluntário e sugerir meios que facilitem o desenvolvimento de tal condição). 4. Leitura e discussão de textos. 5. Síntese final.	1. Equipamento multimídia. 2. Um espelho. 3. Cartolinas, pincéis, cola, canetas, papel, textos reproduzidos.	1. Elaboração e verbalização de síntese, enfatizando as características e habilidades do voluntário(a). 2. Auto-avaliação e hetero-avaliação.

Referências:

FIGUEIREDO, J. S. A escolha. In: TERRA, G. A. D. **Voluntário: agente de transformação social**. Uberaba: G. A. Degraf, 2000. p. 21-37.

GALUPPO, A. (Org.). **Vivências: uma aprendizagem efetiva**. 2. ed. Belo Horizonte: Grupo Projotar, 2002. Cap. 1, p. 13-18, cap. 2, p. 176-177.

Tema III: “Ser voluntário”

Subtema a) – Conceito de trabalho voluntário:

Nem mercado, nem estado. Assim é o terceiro setor, emergente em todo o mundo, formando entidades não governamentais, tendo como qualidade o bem estar coletivo.

Instituições sem fins lucrativos, criadas no bojo da sociedade, objetivando encontrar soluções para os inúmeros problemas advindos da explosão populacional e seus diversos corolários, as Organizações não Governamentais (ONGs) atuam independentes da intervenção do Estado.

No início de 1980, as ONGs ainda eram vistas como entidades marginais de uma sociedade dominada pelo Governo e pelas grandes empresas. Atualmente, a capacidade do Governo para executar tarefas sociais (sem características eleitoreiras e/ou assistencialistas) é, de certa forma, limitada (IOSCHPE, 1997).

Nos dias de hoje, as ONGs adotam mão-de-obra voluntária, sabendo o quanto ela representa para a melhoria da qualidade de vida da população.

Num país com tão pouca tradição em matéria de cidadania, de associativismo e cuja história é marcada por alto grau de intervenção do estado na vida social, é curioso explicar o aumento de entidades que dependem fundamentalmente de trabalho voluntário e da organização da sociedade civil. Houve uma evolução social e a lei de nº. 9.608, de fevereiro de 1998, veio legitimar o trabalho voluntário (TERRA, 2000).

O trabalho voluntário é caracterizado pela doação do próprio tempo a outros, sem vínculo fiduciário (empregatício), visto como a edificação de um fenômeno coletivo, envolvendo membros de toda a sociedade, transformando-os em

participantes de uma comunidade e tendo líderes que indicam orientações normativas a serem respeitadas, com a apresentação de possíveis soluções para os problemas sociais. Os voluntários tornam-se agentes de transformação social (IOSCHPE, 1997; TERRA, 2000).

Subtema b) – Tipo de escolha em relação ao voluntário:

Sabemos que a questão da escolha do indivíduo para prestar um serviço voluntário tem implicações psicológicas profundas.

Para ser breve, buscando fundamentação em Bohoslavski (1998) e fazendo algumas adaptações, podemos perceber que ser voluntário é uma escolha baseada em diversas situações.

O voluntário pode passar por períodos de **crise, transição, adaptação e ajustamento**; ao vencer tais etapas podemos dizer que ele alcançou uma **identidade ocupacional** (FIGUEIREDO, 2000).

A não elaboração dessas fases pode levar o indivíduo a buscar uma escolha cheia de desequilíbrio e comprometimento. Pode haver desencadeamento de um conflito a partir de uma escolha, que os especialistas em orientação profissional chamam de “escolha neurótica” (GALLATIN, 1978; BOHOSLAVSKY, 1998).

As discussões com o grupo, principalmente após a dinâmica de aquecimento “apresentação no espelho” e a explanação sobre “a escolha de ser voluntário” suscitaram muitas dúvidas. O grupo percebeu que muitas escolhas são feitas por meio de conflitos internos não elaborados. O tema foi enriquecedor na medida em que fez a EQM refletir sobre o papel de cada um no grupo e a sua condição de voluntário e/ou daquele que busca uma identidade ocupacional.

TEMA IV: “AS DIRETRIZES DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS”

Data: 09/06/2005 (5º encontro)

Horário: 19:00h às 22:30h

Local: FACTHUS

Participantes: P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9

Objetivo geral: Mostrar a importância do cumprimento de todos os requisitos éticos para a pesquisa com seres humanos.

Objetivos Específicos	Conteúdo	Estratégias	Recursos	Avaliação
1. Conceituar ética. 2. Discutir a resolução 196/96 3. Analisar a aplicabilidade no trabalho com PHAS.	1. A evolução do conceito de ética. 2. Características da resolução 196/96	1. Apresentação do tema (exposição dialogada). 2. Leitura e discussão dos textos. 3. Síntese final.	1. Equipamento multimídia. 2. Cartolinas, pincéis, cola, canetas, papel, textos reproduzidos.	1. Elaboração e verbalização de síntese, enfatizando o conceito de ética e as características da resolução 196/96, aplicadas ao trabalho com PHAS. 2. Auto-avaliação e hetero-avaliação.

Referências:

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Comitê de Ética em Pesquisa. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Ribeirão Preto: CEP-EERP/USP, 1999. 44 p.

VALLS, A. L. M. **O que é ética**. São Paulo: Brasiliense, 2005. 85 p.

Tema IV - “As diretrizes do comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos”

Subtema a) – A evolução do conceito de ética:

Houve uma explanação geral, sobre a etimologia da palavra ética (*ethos* do grego / *mores* do latim) e sua evolução conceitual.

Sócrates (470-399 a.C.) é considerado o filósofo que iniciou os questionamentos sobre lei e justiça. Suas idéias sobre comportamento ético são famosas por não se basearem simplesmente nos costumes do povo e dos ancestrais, assim como nas leis exteriores, mas sim na convicção pessoal, adquirida por meio de um processo de consulta ao seu “demônio interior” (como ele se referia à sua consciência), na tentativa de compreender se “tudo que é legal é justo” (CHAUÍ, 1997).

Sócrates seria, então, para muitos, o primeiro grande pensador da subjetividade (Ontologia, na linguagem filosófica).

Esse movimento de interiorização da reflexão e de valorização da subjetividade ou da personalidade inicia-se com Sócrates e, segundo autores, que discorrem sobre o conceito de ética, culmina com o pensador alemão Kant (1724-1804).

Kant buscava uma ética de realidade universal, que se apoiasse apenas na igualdade fundamental entre os homens. Aparece em seus escritos, a idéia central de dever. A proposição Kantiana é que o dever obriga moralmente a consciência livre a agir, e a “vontade verdadeiramente boa deve agir sempre conforme o dever e por respeito ao dever” (VALLS, 2005, p. 18).

No imenso campo da ética, movimentam-se pensadores do porte de Platão e Aristóteles, Santo Agostinho e Santo Tomás de Aquino, Maquiavel e Spinoza, Hegel e Kierkegaard, Marx e Sartre; enfim, quase todos os pensadores que nós, ocidentais, conhecemos. Assim como no meio deles, todos nós, a cada dia, enfrentamos problemas teóricos e práticos, éticos ou morais. Devemos resolvê-los com ou sem a ajuda, mas, de preferência, com alguma ajuda daqueles que mais pensaram sobre tais questões (CHAUÍ, 1997; BOFF, 2000; VALLS, 2005).

Subtema b) – Características da Resolução 196/96:

A partir de tais reflexões, iniciamos as discussões sobre as “diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos”, a saber:

- histórico da criação do CEP na EERP (1997) e sua constituição em 13 de novembro de 1998;
- Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 196 de 10 de outubro de 1996;
- temas e definições;
- aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos;
- consentimento livre e esclarecido;
- riscos e benefícios;
- protocolo de pesquisa;
- Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): organização, composição, características, atribuições, atuação e outros;
- Comissão Nacional de Ética em pesquisa (CONEP-MS): composição e atribuições;

- operacionalização (protocolo do CEP, registro no CONEP-MS, temáticas especiais, pareceres da vigilância sanitária, publicações e outros);
- disposições transitórias;
- Resolução nº 251 de 05 de agosto de 1997;
- Resolução nº 292 de 08 de julho de 1999.

É importante ressaltar o interesse que a EQM teve nas discussões, refletindo sobre todos os aspectos abordados, inclusive sobre a questão da **responsabilidade do pesquisador**:

“Nossa responsabilidade é grande, né?” (P-7)

“O respeito com os PHAS é fundamental para o trabalho”. (P-1)

“Não sabia que o campo de pesquisa estava tão evoluído em ética”. (P-8)

“Quando eu entrar no mestrado, vou saber que preciso de tudo isso”. (P-3)

Finalmente, outro fato relevante para o pesquisador foi constatar que dois integrantes da equipe tinham submetido projetos a órgãos vinculados ao CONEP-MS. Outros dois conheciam parcialmente a resolução 196/96 e cinco integrantes da EQM desconheciam a existência e exigências do CONEP-MS ou CEP.

TEMA V: “A PRÁTICA INTERDISCIPLINAR”

Data: 16/06/2005, 23/06/2005 e 30/06/2005 (6º, 7º e 8º encontros)

Horário: 19:00h às 22:30h

Local: FACTHUS

Participantes: P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9

Objetivo geral: Discutir a prática concreta da *interdisciplinaridade* rumo à constituição de um saber interdisciplinar.

Objetivos Específicos	Conteúdo	Estratégias	Recursos	Avaliação
1. Analisar as possibilidades de conceituar <i>interdisciplinaridade</i> . 2. Inter-relacionar filosofia e <i>interdisciplinaridade</i> . 3. Discutir as características de uma atitude interdisciplinar.	1. Tentativa de conceituar <i>interdisciplinaridade</i> . 2. Conceito de filosofia. 3. Algumas características da atitude interdisciplinar.	1. Apresentação do tema (exposição dialogada). 2. Leitura e discussão dos textos. 3. Síntese final.	1. Equipamento multimídia. 2. Cartolinas, pincéis, cola, canetas, papel, textos reproduzidos.	1. Elaboração e verbalização de síntese, enfatizando os conceitos de <i>interdisciplinaridade</i> , filosofia e a caracterização de uma atitude interdisciplinar. 2. Auto-avaliação e hetero-avaliação.

Referências:

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 1997. 440 p.

FAZENDA, I. C. (Org.). **Dicionário em construção: interdisciplinaridade**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002. 272 p.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. 220 p.

SEVERINO, J. A. Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade. In: SÁ, J. L. M (Org.). **Serviço social e interdisciplinaridade: fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão**. São Paulo: Cortez, 1995. p. 11-22.

Tema V: “A prática interdisciplinar”

Subtema a) Tentativas de conceituar interdisciplinaridade:

Como já enfatizamos anteriormente, o conceito de *interdisciplinaridade* é, sem dúvida, uma tarefa inacabada.

Não há como conceituar com precisão essa “vinculação, integração, reciprocidade, comunidade de sentido” (FAZENDA, 2002c).

Segundo Severino (1995, p. 11), “a situação de *interdisciplinaridade* é uma experiência buscada, desejada, pressentida, mas ainda difícil de ser atingida”.

Por isso, o investimento que educadores, pesquisadores, pensadores, profissionais e especialistas de todos os campos de pensamento e ação fazem, no sentido de uma prática concreta da *interdisciplinaridade*, representa um esforço significativo rumo à constituição do interdisciplinar (JAPIASSU, 1976; FAZENDA, 2002c).

Ainda, segundo Severino (1995), toda a atividade da consciência é guiada por uma exigência de unidade, ou seja, a característica primeira do conhecimento humano se encontra presente em todas as formas de expressão da consciência.

A tese desse autor mostra que o ser humano traz uma necessidade de “unidade do saber” dentro de si, isto é, a consciência do ser humano tem uma necessidade intrínseca de procurar compreender o “todo” à sua volta, inclusive por questões de sobrevivência. Sendo assim, sem a pretensão de elaborar uma teoria original sobre a *interdisciplinaridade*, Severino (1995, p. 13) “mostra que há, na origem do ser humano, uma exigência de unidade”.

Esse pensamento complementa as várias posições sobre o conceito de *interdisciplinaridade* discutidas anteriormente.

No presente tema, a EQM conseguiu aprofundar a noção de *interdisciplinaridade*:

“(...) interessante, a gente tem vontade de compreender as coisas naturalmente”. (P-2)

“Agora estou vendo que só discutir conhecimento não é *interdisciplinaridade*”. (P-3)

“Será que vamos conseguir integrar conhecimentos?” (P-7)

“Acho que a unidade é possível até certo ponto”. (P-5)

As discussões foram riquíssimas, pois a EQM percebeu que existe uma distância entre teorizar e praticar a *interdisciplinaridade*.

A ampliação da consciência da EQM possibilitou-nos introduzir o conceito de filosofia e posteriormente discutir a atitude interdisciplinar.

Subtema b) Conceito de filosofia:

Da Grécia antiga até os dias de hoje, ainda existe uma ligação entre filosofia e contemplação do mundo.

Nessa parte, foram discutidos vários sentidos do saber filosófico e enfatizado que, diferentemente de contemplação, a filosofia é uma atitude frente ao mundo.

O filosofar somente tem sentido na *práxis* cotidiana. A tarefa primordial do filosofar é ampliar a consciência do ser humano, tornando-o crítico e transformador.

Tal afirmação mostra a importância da filosofia para a busca de uma atitude interdisciplinar, que pressupõe a formação do ser humano como cidadão (JAPIASSU, 1976; FAZENDA, 2002c).

Subtema c) Algumas características da atitude interdisciplinar:

Uma visão interdisciplinar unificada e convergente se faz necessária no âmbito da teoria e da prática.

Seja na prática da intervenção social, no campo pedagógico ou de pesquisa, a questão da *interdisciplinaridade* é uma empreitada que enfrenta decomposições e recomposições do saber.

O ser humano é uma unidade que só pode ser apreendida numa abordagem sintetizadora e nunca mediante a acumulação de visões parciais (JAPIASSU, 1976; SEVERINO, 1995; FAZENDA, 2002c).

É preciso, pois, no âmbito dos esforços com vistas ao conhecimento da realidade humana, praticar, intencional e sistematicamente, uma dialética entre as partes e o todo, em que o conhecimento das partes fornece elementos para a construção de um sentido total.

A EQM refletiu sobre a atitude interdisciplinar, percebendo que a elucidação das bases de um trabalho interdisciplinar está presente em alguns princípios como propõe Fazenda (2002c):

⇒ **Uma imersão no social e no pessoal:** conhecer o lugar de onde se fala é condição fundamental para quem necessita investigar como proceder ou desenvolver uma atitude interdisciplinar.

⇒ **O encontro com o novo demanda respeito ao velho:** necessidade de privilegiar o encontro com o novo, com o inusitado em relação ao “velho conhecimento”. Recorrer ao discurso sedimentado para desconstruí-lo (no sentido socrático), construindo um novo discurso que busque a integração por meio de atitudes permeadas por vivências interdisciplinares.

⇒ **Trabalhar na interdisciplinaridade é pesquisar na ambigüidade, sem deixar de buscar o equilíbrio:** o processo de interação e integração entre os conhecimentos gera novos saberes, novas transformações que rompem com a epistême estabelecida, buscando um equilíbrio e olhando os fenômenos sob múltiplos enfoques.

⇒ **A pesquisa interdisciplinar exige uma nova forma de investigação:** não existe uma verdade acabada, mas lampejos de verdade. A *interdisciplinaridade* permite investigar as atitudes subjacentes às inquietações e incertezas dos diferentes aspectos do conhecimento.

⇒ **O movimento da interdisciplinaridade exige um novo olhar sobre integração:** é impossível pensar a *interdisciplinaridade* como um modelo estático, pois, segundo Fazenda (2002c, p. 29), “o olhar interdisciplinar busca o que ainda não se mostra e tenta alcançar o que ainda não se consegue”, envolvendo uma nova atitude de aprendiz-pesquisador.

Após a exposição dialogada e discussões dos textos, alguns componentes da EQM fizeram afirmações reveladoras para o nosso trabalho:

“É poético, mas será que nós vamos conseguir?” (P-1)

“É muito bonito na teoria, quero ver na prática”. (P-9)

“Acho que com diálogo a gente consegue”. (P-6)

“Gente!!! É uma nova visão de conhecimento”. (P-5)

“Estou vendo o tanto que eu aprendi errado na escola”. (P-7)

“Vamos praticar... é só querer, eu estou otimista”. (P-2)

“Ô (pesquisador), você estava escondendo o ouro, né?! É uma visão muito bonita na teoria, nós temos agora é que praticar”. (P-8)

“Interessante! Eu via a interdisciplinaridade diferente de hoje”. (P-4)

“Nós temos muito serviço pela frente. Acho difícil, mas não é impossível”. (P-3)

Para o grupo, discutir as possibilidades e limitações das práticas interdisciplinares parece ter sido ameaça e desafio.

A EQM mostrou-se extremamente interessada em refletir sobre a interação entre teoria e prática (*práxis*).

Foi pontuado que a vivência no grupo, buscando uma atitude interdisciplinar, é uma experiência concreta que pode se transformar na constituição das práticas interdisciplinares.

Vale salientar que o papel da filosofia foi revisto e entendido pelo grupo, que, nas falas, enfatizou a questão da atitude frente ao mundo.

TEMA VI: “GRUPOS DE SUPORTE PARA PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA”

Data: 07/07/2005, 11/08/2005 e 25/08/2005 (9º, 10º e 11º encontro)

Horário: 19:00h às 22:30h

Local: FACTHUS

Participantes: P-1, P-2, P-3, P-4*, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9

Objetivo geral: Mostrar a importância dos “Grupos de suporte” para o tratamento da hipertensão arterial.

Objetivos Específicos	Conteúdo	Estratégias	Recursos	Avaliação
1. Fazer uma relação entre “grupos de suporte” e adesão ao tratamento da hipertensão arterial. 2. Discutir o papel da EQM nos “grupos de suporte”. 3. Analisar a importância da EQM na organização do programa de atendimento aos PHAS.	1. “Grupos de suporte” 2. Organização do programa de atendimento ao PHAS.	1. Apresentação do tema (exposição dialogada). 2. Leitura e discussão dos textos. 3. Síntese final.	1. Equipamento multimídia. 2. Cartolinas, pincéis, cola, canetas, papel, textos reproduzidos.	1. Elaboração e verbalização de síntese, enfatizando os “grupos de suporte” inter-relacionados com adesão ao tratamento da hipertensão arterial e o papel da EQM na organização do programa de atendimento aos PHAS. 2. Auto-avaliação e hetero-avaliação.

Obs.: * Faltou à reunião

Referências:

KAPLAN, I.; SADOCK, B. J. **Compêndio de psicoterapia de grupo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 636 p.

MAILHIOT, G. B. **Dinâmica e gênese dos grupos**. 6. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1985. 188 p.

MELLO FILHO, J. de. **Grupo e corpo**: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 257-267.

Tema VI: “Grupos de suporte para portadores de hipertensão arterial sistêmica”

Subtema a) Conceito:

É uma determinada forma de relacionamento grupal em que prevalecem as trocas efetivas, os cuidados mútuos e a comunicação franca entre as pessoas. A rede grupal constituída é solidária, tem papéis definidos e ocorre de maneira constante e continuada (MELLO FILHO, 2000).

Dessa rede resulta um sentimento de coesão e de apoio que empresta ao grupo subsídios para o enfrentamento da realidade, agindo como fator moderador do estresse (KAPLAN; SADOCK, 1996; MELLO FILHO, 2000).

É importante enfatizar que cuidados somente de natureza material não constituem “per si” suporte social, destacando a importância do cuidado afetivo.

Segundo Mello Filho (2000), falta uniformidade quanto à conceituação e definição de suporte social, dado o caráter polissêmico dos fatores que o constituem.

Vários autores concordam que os grupos de suporte têm quatro principais características: afetiva, informativa, instrumental e sociável. Na primeira, destacamos o aspecto emocional de troca de amor, carinho, acolhimento. No quesito informação, prevalece o conhecimento, a orientação ou a informação propriamente dita. Na instrumental, a prevalência do fazer, do realizar atividades como cozinhar, fazer mutirão para erguer muros ou limpar casas, auxiliar pessoas do grupo que estejam doentes e outras.

Em relação à sociabilidade, destacam-se atividades recreativas ou de lazer praticadas em grupo. Ressaltamos que o grupo de PHAS ficou bastante sensibilizado em relação à socialização, fato que o leitor poderá confirmar em relatos

posteriores.

Sucintamente, poderíamos dizer que os ingredientes dos grupos de suporte são pessoas juntas de modo relativamente constante, pois não há suporte se não houver encontros; a seguir, o sentimento de afetividade que pressupõe amor, carinho, acolhimento, aceitação e respeito pelo outro; por fim, será a capacidade de se colocar no lugar do outro, de enfatizar, de compreender, de trocar informações de modo franco, aberto, transparente, dando esclarecimentos com o máximo de precisão (KAPLAN; SADOCK, 1996; MELLO FILHO, 2000).

Em suma, os grupos de suporte devem reforçar o *self* do indivíduo, elevando sua auto-estima e autoconfiança por meio de constância, carinho, cuidado e comunicação franca. A formação de tais grupos constitui excelente recurso terapêutico coadjuvante para lidar com pessoas frágeis, física ou psiquicamente.

A EQM mostrou-se sensibilizada pelas explanações e discussões. As falas que se seguem são pertinentes:

“Nós também somos um grupo de suporte estudando e fazendo projetos para atender os hipertensos”. (P-7)

“Agora eu percebo que esses grupos não são de terapia, mas são terapêuticos”. (P-5)

“Se for pensar bem, desde o início, esses encontros estão sendo terapêuticos”. (P-3)

“Eu posso ajudar sem precisar falar da minha vida pessoal, né?!”. (P-9)

“Essa idéia casa com ensinamentos de Paulo Freire”. (P-1)

“Eu moro sozinha. Estou aqui e viver isso é muito melhor do que ficar em casa”. (P-2)

“Serve até para repensar o casamento” (risos). (P-8)

“O carinho e o cuidado são fundamentais para o nosso trabalho”. (P-4)

“Este texto e a discussão ajudaram-me a entender melhor minha pesquisa de mestrado na comunidade...”. (P-6)

Subtema b) Grupo de suporte e PHAS:

Mello Filho (2000) mostra que grupos de suporte para portadores de hipertensão arterial sistêmica podem constituir fato sensibilizador para a adesão ao tratamento, inclusive na adoção de hábitos de vida que possam contribuir para a redução dos níveis tensionais.

A proposta de uma EQM reforça a tese de que os PHAS sentem-se mais sensibilizados para mudar o estilo de vida e não abandonar o tratamento (CESARINO, 2000; MELLO FILHO, 2000).

A EQM mostrou-se bastante interessada no tema, conscientizando-se da importância da presença da equipe junto aos PHAS e as perspectivas satisfatórias em educar os portadores de hipertensão para o autocuidado.

A EQM resolveu montar, a partir de tais informações, o cronograma de atendimento aos PHAS (Apêndice I).

TEMA VII: “O MÉTODO PAULO FREIRE”

Data: 15/09/2005, 22/09/2005 e 29/09/2006 (12º, 13º e 14º encontros)

Horário: 19:00h às 22:30h

Local: FACTHUS

Participantes: P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9

Objetivo geral: Analisar, de forma sucinta, o surgimento, as etapas e os resultados do “Método Paulo Freire”.

Objetivos Específicos	CONTEÚDO	Estratégias	Recursos	Avaliação
1. Mostrar que o “Método Paulo Freire” surge de uma proposta de educação popular. 2. Conceituar “universo vocabular”. 3. Conceituar “palavras geradoras” e “temas geradores”. 4. Mostrar o que são “círculos de cultura”.	1. Educação popular e “Método Paulo Freire”. 2. Universo vocabular, palavras geradoras e temas geradores. 3. Círculos de cultura.	1. Apresentação do tema (exposição dialogada). 2. Leitura e discussão dos textos. 3. Síntese final.	1. Equipamento multimídia. 2. Cartolinas, pincéis, cola, canetas, papel, textos reproduzidos.	1. Elaboração e verbalização de síntese, enfatizando as características apresentadas sobre o “Método Paulo Freire”. 2. Montagem de um Pré-programa de aplicação do Método Paulo Freire ao grupo de PHAS. 3. Auto-avaliação e hetero-avaliação.

Referência:

BRANDÃO, C. R. **O que é método Paulo Freire**. São Paulo: Brasiliense, 1981. 113 p.

Tema VII: “O Método Paulo Freire”

Subtema a) Educação popular:

No início dos anos 60, Paulo Freire coordenou uma equipe do Serviço de Extensão Universitária da Universidade Federal de Pernambuco, em Angicos, uma cidade do Rio Grande do Norte. Foi nessa cidade, depois de uma pequena experiência em um bairro de Recife, que Paulo Freire testou o que veio a se chamar: “O Método Paulo Freire da alfabetização de adultos”.

Na verdade, naquela ocasião, não se experimentava só um novo método, mas, por meio dele, um novo sentimento de mundo, uma nova esperança no ser humano.

“É quando a gente acredita a capacidade do hipertenso, né?!” (P-7)

“...nós não vamos trazer a coisa pronta, vamos discutir com o grupo de hipertensos”. (P-8)

“Vai ser um diálogo, nada e pronto igual a uma receita de fazer bolo...”. (P-5)

O “Método Paulo Freire” inicia-se pelas idéias: é o fio condutor por onde ele pensa e repensa o homem, a história, o trabalho, a cultura, a educação, tudo inter-relacionado à liberdade. Nessa “trama de conceitos”, misturavam-se grupos, lugares, equipes, educadores, estudantes, professores, profissionais de diversas outras áreas que, por toda a parte, davam sentidos novos a velhas palavras: *educação popular, cultura popular*.

“Vocês vão ver. Nós vamos aprender com eles e eles com a gente”. (P-4)

“Existe uma ligação grande com a interdisciplinaridade”. (P-2)

Subtema b) Universo vocabular:

Pode ser descrito como o universo da **fala** e da **cultura** das pessoas de um determinado lugar, que deve ser investigado, levantado, descoberto. É captado por meio de conversas (que podem ser anotadas ou gravadas) e observações sobre a comunidade estudada.

“Foi por isso que discutimos a importância de estar com o grupo de portadores de hipertensão e entender a linguagem deles...”. (P-9)

“Penso que aí está a importância de entender as necessidades do grupo de portadores de hipertensão, entender suas dificuldades através de suas falas”. (P-4)

Há perguntas sobre a vida, sobre casos acontecidos, sobre o trabalho, sobre modos de ver e compreender o mundo, perguntas que emergem de sua relação interpessoal que surgem como uma pesquisa simples, que têm como objetivo imediato a obtenção dos vocábulos mais usados pela população ou comunidade pesquisada.

Subtemas c) Palavras geradoras e temas geradores:

Conduzindo a pesquisa do universo vocabular, procuramos sempre reduzir as diferenças entre pesquisador e pesquisado. Descobre-se então que não existe uma “realidade neutra”. As falas das pessoas desvelam o seu próprio mundo e tendo em seu bojo os **temas geradores** falados através das **palavras geradoras** (BRANDÃO, 1981).

A partir do levantamento das **palavras geradoras**, a pesquisa descobre pistas de um mundo vivenciado pelo pesquisado. Desvelamos, assim, como a realidade social existe na vida, no pensamento e no imaginário de seus participantes.

Procurando **palavras geradoras** estamos num **momento gerador**: momento de trabalho comum entre pesquisadores e participantes.

“Nossa equipe vai trabalhar com o que surgir do grupo que a gente vai atender, não é?!” (P-3)

Segundo Brandão (1981), a melhor palavra geradora é aquela que reúne as situações mais significativas da vida coletiva de quem lhes fala, carregadas de **carga afetiva** e de **memória crítica**.

Os temas geradores surgem para provocar debates mais profundos sobre questões que as palavras geradoras apenas sugerem.

Por meio dos **temas geradores**, conseguimos desenvolver, de forma mais profunda, a consciência crítica que cada um tem sobre sua vivência cotidiana. É uma combinação de **teor afetivo** com **peso crítico**. “Gordura”, “café”, “lazer”, “comida”, “sal” são palavras carregadas da memória da vida dos portadores de hipertensão arterial. Cada palavra vai camuflar os sinais de luta, dor, esperança. É um desafiar constante sobre o que pensar e o que fazer com a vida e com a enfermidade.

Subtema d) Círculo de Cultura:

Segundo Freire (1987), o círculo de cultura é “uma situação existencial provocadora na qual os sujeitos discutirão sua vida, o contato com o meio ambiente, o trabalho, a espiritualidade, padrões de comportamento, o diálogo e outros.

É o ambiente onde a **educação conscientizadora** acontecerá de forma espontânea e dialogal, levando à democratização do saber.

Finalmente, discutindo tais conceitos, a EQM conseguiu fazer ligações entre os “círculos de cultura” e as práticas educativas que viriam posteriormente integrar a pesquisa como um todo.

TEMA VIII: “ORIENTAÇÕES GERAIS PARA LIDAR COM PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA ADAPTADAS DAS IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, E DE PÉREZ RIERA”

Data: 06/10/2005 e 08/10/2005 (15º e 16º encontro)

Horário: 19:00h às 22:30h

Local: FACTHUS

Participantes: P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9*

Objetivo geral: Discutir as orientações gerais para lidar com o portador de hipertensão arterial

Objetivos Específicos	Conteúdo	Estratégias	Recursos	Avaliação
1. Discutir e analisar as orientações básicas em relação aos seguintes aspectos de estilo de vida em relação aos PHAS: obesidade, tabagismo, sedentarismo, atividades de lazer, ingestão de bebida alcoólica, de sal e consumo de café.	1. Orientações básicas em relação ao estilo de vida dos PHAS.	1. Apresentação do tema (exposição dialogada). 2. Leitura e discussão dos textos. 3. Síntese final.	1. Equipamento multimídia. 2. Cartolinas, pincéis, cola, canetas, papel, textos reproduzidos.	1. Elaboração e verbalização de síntese, descrevendo as principais orientações em relação ao estilo de vida dos PHAS. 2. Auto-avaliação e hetero-avaliação.

Obs.: *Faltou à reunião

Referência:

MION JÚNIOR, D. M. et al. 4ª Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 82, supl. 4º, p. 8-22, mar. 2004.

PÉREZ RIERA, A. R. P. **Hipertensão arterial:** conceitos práticos e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2000. 462 p.

Tema VIII: Orientações gerais para lidar com portadores de hipertensão arterial sistêmica adaptadas das IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial e, de Pérez Riera”

O documento adaptado foi apresentado à EQM, enfatizando os objetivos do trabalho e a importância de respeitar cada área do saber em relação aos PHAS, buscando sua integração para o desenvolvimento dos trabalhos educativos.

Discutimos os temas de acordo com o documento distribuído entre todos os participantes da EQM (Apêndice O).

Em relação à **redução do peso**, a EQM iniciou os trabalhos com os PHAS, determinando a massa nutricional de cada participante, por meio do chamado Índice de Massa Corpórea (IMC) (Apêndice P).

Discutiu-se acerca dos conceitos de peso, classificados como obesidade grau I (risco alto), obesidade grau II (risco muito alto) e obesidade grau III (risco extremo).

Foram comentadas as recomendações importantes para os PHAS obesos, inclusive mostrando sugestões para hábitos alimentares saudáveis.

Quanto à **restrição de sal**, após a leitura do texto, foram pontuadas as explicações de Pérez Riera (2000) e a importância das práticas educativas para que os PHAS aceitem as recomendações de uma dieta moderadamente reduzida de alimentos ricos em sódio e/ou uso de sal na alimentação.

O **combate ao tabagismo** foi amplamente discutido, inclusive com ponderações de membros da EQM:

“Eu sei o tanto que é difícil largar o cigarro”. (P-5)

“Parei há oito anos e sinto vontade até hoje”. (P-8)

“Meu namorado fuma. Sei que sou fumante passiva e estou na área de saúde. Sinto até vergonha”. (P-4)

“O texto é claro. Cigarro faz mal até para quem não fuma. É partir para conscientização e ver o que vai dar”. (P-1)

Todos concordam que o tabagismo é constituído como um dos principais fatores de risco em relação à HA.

Importante salientar que a EQM se sentiu extremamente motivada em criar formas de mostrar a importância da conscientização dos PHAS em relação ao tabagismo.

Houve discussões sobre as orientações em relação ao uso da nicotina transdérmica (adesivos) e de antidepressivos. A EQM, de forma prudente, discutiu a importância de monitorar os PHAS em relação ao tratamento medicamentoso proposto, mostrando a necessidade de acompanhamento médico e os perigos da automedicação.

Em relação à **redução de ingestão de bebida alcoólica**, foram discutidos os aspectos culturais da sociedade brasileira quanto ao consumo de bebidas alcoólicas. A EQM comentou a dificuldade de conscientizar os PHAS sobre os perigos do álcool:

“Está na cultura. Esse assunto é difícil”. (P-7)

“Nosso papel é informar e dialogar. Acho que se houver sensibilização, vamos conseguir algum resultado”. (P-4)

“A dependência psicológica é muito grande. Temos que acreditar que alguns vão conseguir e outros não vão dar conta”. (P-5)

Finalmente, essa parte do texto mostra que vários autores consideram o álcool a principal causa secundária de hipertensão arterial.

Sobre o **combate ao sedentarismo**, o trabalho permitiu à EQM, discutir formas de desenvolver o hábito de exercícios no grupo de PHAS. Foram levantadas hipóteses sobre caminhadas, exercícios de alongamento no recinto das reuniões, caminhadas programadas, natação e ginástica.

Não menos importante foi a idéia de mostrar a importância dos exercícios físicos para a saúde geral e para a diminuição da PA em especial. Posteriormente, o leitor poderá observar o sucesso que a EQM obteve com os PHAS, principalmente nessa abordagem.

Segundo Pérez Riera (2000, p. 133), a **ingestão de café**²⁶:

Em excesso, pode elevar a pressão arterial e aumentar o colesterol sérico, fator importante de risco para hipertensão. Os grãos de café possuem lípides denominados cafestol e kahweol, que aumentam o colesterol sérico. Usando coador de pano, as gorduras contidas nos grãos de café não são retidas. Cinco xícaras de café por dia contêm 10mg de cafestol, o que eleva o colesterol em 0,13mmol/l. Sendo assim, no Brasil, os hipercolesterolêmicos devem filtrar o café com **coador de papel**, que retêm estes lípides. Os cafés do tipo expresso e árabe, pela forma de preparo (misturam o pó com água fervendo, que remove as gorduras sem coar) podem aumentar o colesterol sérico. É importante orientar os PHAS em relação aos refrigerantes que contêm cafeína (inclusive alguns denominados *light*).

Apesar, de não constar nas IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, a EQM achou importante conversar sobre o uso abusivo de refrigerantes e café, mostrando que o excesso sempre pode acarretar danos à saúde. Ficou decidido pela EQM também, que o combate ao estresse, deveria ser feito, principalmente, por meio de criação de formas de **lazer**, tais como: dança de salão (forró), artesanato, bordado, jogo de baralho, curso de reaproveitamento de alimentos e outros.

²⁶ Segundo Oliveira (2006, p. 38), o psicólogo Jack James, em um estudo populacional, mostra que o alcalóide provocaria uma alta da pressão arterial em cerca de 4/2mmHg, contribuindo assim para a ocorrência de doenças cardiovasculares. Na mesma matéria, o cardiologista Luiz Antonio Machado César, do Instituto do Coração em São Paulo, que breve começará um longo estudo sobre os efeitos do café em indivíduos cardíacos, diabéticos e saudáveis, declara que “não existe contra indicação para o consumo de cafeína por portadores de hipertensão”. Como existe uma polêmica em relação ao assunto, optamos por estudar o tema sem necessariamente colocá-lo como um dos objetivos específicos do nosso trabalho.

TEMA IX: “O ACOLHIMENTO”

Data: 08/10/2005 – sábado (16º encontro)

Horário: 14:00h às 17:30h

Local: FACTHUS

Participantes: P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9

Objetivo geral: Identificar aspectos importantes em relação ao acolhimento do grupo de portadores de hipertensão arterial.

Objetivos Específicos	Conteúdo	Estratégias	Recursos	Avaliação
1. Refletir sobre atitudes de acolhimento em relação aos PHAS.	1. Estratégias de acolhimento.	1. Apresentação do tema. 2. Discussão em comum (estimular a reflexão sobre a criação de estratégias facilitadoras para o acolhimento dos PHAS). 3. Leitura e discussão dos textos. 4. Síntese final.	1. Equipamento multimídia. 2. Cartolinas, pincéis, cola, canetas, papel, textos reproduzidos.	1. Elaboração e verbalização de síntese enfatizando as atitudes de acolhimento. 2. Criar uma agenda de acolhimento. 3. Auto-avaliação e hetero-avaliação.

Referências:

GALUPPO, A. (Org.). **Vivências:** uma aprendizagem efetiva. 2. ed. Belo Horizonte: Grupo Projeta, 2002. Cap. 1, p. 21-28 e 71-83.

KAPLAN, I.; SADOCK, B. J. **Compêndio de psicoterapia de grupo.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 30-41.

Tema IX: “O acolhimento”

Subtema a) Atitudes de acolhimento em relação aos PHAS:

A EQM discutiu algumas atitudes de acolhimento propostas por Freire (1996), Fazenda (2000c) e Galuppo (2002), a saber:

- **Humildade:** o educador deve ser humilde e estar aberto ao Outro. Aceitar a presença ativa do PHAS, que estabelece parcerias em ouvir e falar das manifestações de suas vivências no cotidiano.

Segundo Fazenda (2003), a humildade é uma das categorias da teoria da *interdisciplinaridade*, preocupando com a dimensão da totalidade tanto do conhecimento quanto do ser.

- **Afetividade:** sentir e viver afetividade ao desenvolver práticas educativas pela teoria da *interdisciplinaridade*, suscita que os profissionais da EQM adentrem os “círculos de cultura” inteiros, para des-velar, des-cobrir e sentir as manifestações presentes nas alterações, relações e reações dos PHAS, na ação de trocar / integrar informações.

Como disse Freire (1996, p. 159), “educar significa, de fato, que a afetividade não me assusta, que não tenho medo de expressá-la (...) significa selar o meu compromisso com os educandos, numa prática específica do ser humano”.

- **Espera:** na educação, esperar é uma constante. O educador, não importa o grau de especialização ou o nível de ensino, sabe que o educando precisa de tempo; a espera / amadurecimento para elaborar conhecimentos e aprender-ensinando, ensinando-aprendendo. Nessa troca de conhecimentos, torná-lo parte de si, na busca de seu projeto de vida (FREIRE, 1996; FAZENDA, 2002c).

- **Consciência do inacabamento:** para Freire (1996), o acolhimento

pressupõe vida e onde há vida, há inacabamento. O ser humano que se propõe a educar deve ter consciência de seu inacabamento e aceitar o Outro inacabado. A incompletude dos seres humanos gera a troca de conhecimentos e, segundo Fazenda (2003), a integração interdisciplinar necessária.

Ao final das discussões sobre algumas “atitudes de acolhimento”, o coordenador-pesquisador propôs uma dinâmica de grupo para encerrar o primeiro ciclo de nossa busca pela atitude interdisciplinar (Apêndice Q) (GALUPPO, 2002).

A EQM refletiu sobre o seu desenvolvimento nesse primeiro ciclo e observamos que, além do grupo se emocionar, sentimos que a integração interdisciplinar é possível:

“Foi uma surpresa para mim. Ainda bem que é o final só da primeira etapa”. (P-4)

“A flor significa a interdisciplinaridade, na minha opinião, tá?!” (P-9)

“Cada dia que passa eu fico sentindo mais parte do grupo”. (P-7)

“Fiquei pensando na responsabilidade que a gente tem com o pessoal que está vindo”. (P-5)

“Se a gente significa tanto um para o outro, imagina o que nós vamos significar para eles”. (P-2)

“Nossa, eu me senti despreparada, pequena...”. (P-3)

“Temos que preparar bem o acolhimento. Os PHAS vão esperar muito da gente”. (P-6)

“Faz tempo que eu não fico tão emocionado”. (P-8)

“A responsabilidade nossa é imensa” (P-1)

Tais discussões mostraram a magnitude da máxima de Freire (1996, p. 25): “quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”.

O objetivo do pesquisador foi mostrar à EQM que estávamos vivenciando um paradigma novo. O clima grupal sugeria, naquele momento, uma compreensão mais profunda do que é *interdisciplinaridade*. Havia a exigência da existência de uma sensibilidade aliada a uma reformulação de conceitos (e erradicação de preconceitos). A atitude interdisciplinar, a partir desse momento, pressupunha a inserção de um grupo que compartilharia de sentimentos profundos sobre o modo de ser, de ver o mundo, de buscar ajuda, de confiar.

6.2 Caracterização dos portadores de hipertensão arterial

Dando seguimento à pesquisa, faremos um relato do perfil dos PHAS, de acordo com os resultados da aplicação do primeiro instrumento de pesquisa (Apêndice R). Vale observar que, na perspectiva do paradigma da *interdisciplinaridade*, o seguimento rígido do planejamento de pesquisa, às vezes, não acontece.

A razão está em que a noção de *interdisciplinaridade* implica o reconhecimento de que os fenômenos são multidimensionais, exigindo o mínimo de desconstrução das perspectivas culturais e cognitivas de saber já estabelecidas.

Os primeiros “círculos de cultura” constituídos com os PHAS indicaram vários caminhos a serem seguidos em relação às práticas educativas.

Entretanto, notamos que o grupo desejava expressar também outras situações que estavam inter-relacionadas com a saúde da comunidade do bairro.

Fizemos, então, um relato sobre o perfil do PHAS sem deixar de mencionar questões que preocupam a população estudada, tais como: escola, segurança, terrenos baldios, orientações sobre alimentação saudável e outros.

6.2.1 Diagnóstico da situação dos portadores de hipertensão arterial

Na descrição da cidade, há fatores extremamente positivos para abordar a questão da saúde. O paradoxo, e por isso, a escolha da Vila São Cristóvão, consiste na situação de que o bairro não corresponde à realidade global da cidade e há outros bairros periféricos na mesma situação.

A análise global mostra uma cidade com recursos instrumentais suficientes para promover a saúde de sua população, mas, como no Brasil, há discrepâncias e desigualdades em relação aos preceitos de saúde pública.

Observa-se que a idade dos entrevistados fica entre 40 a 65 anos, sendo 30% acima de 66 anos, com predominância (70%) do sexo feminino.

Em relação à escolaridade, o estudo revelou que 40% dos entrevistados estão na categoria de “1º grau incompleto” e 30% “cursando alfabetização de adultos”. Pensando na questão de educação, esse é um dado relevante, pois vários autores relacionam escolaridade com o conhecimento dos cuidados em relação ao ambiente, à comunidade e à própria saúde (LEFF, 2001; COHN, 2002).

Em relação à renda mensal, uma das afirmações mais recorrentes das famílias entrevistadas vincula as suas condições à falta de dinheiro. As situações dos juros altos na atualidade, somada à questão da empregabilidade, refletem

diretamente nos sacrifícios impostos às famílias que precisam utilizar-se de diversas estratégias para garantir as suas condições de sobrevivência.

A análise dos dados obtidos referentes à distribuição de renda, plano de saúde (incluindo tipo de casa, nº. de cômodos, nº. de quartos e nº. de moradores), aliada ao número de pessoas por família, indica que, na área periférica estudada, grande parcela da população vive atualmente em estado de pobreza²⁷ (ENGBERSON, 1991).

Em relação à energia elétrica, o índice de acessibilidade é de 100%. O mesmo acontece em relação ao abastecimento de água (80% de rede pública e 20% de poços) e o sistema de esgoto (90% rede geral e 10% fossa), que revelou uma pequena precariedade que, certamente, acarreta danos à saúde dos moradores do bairro.

O quadro revelado sobre o lixo mostra que 10% dos entrevistados deixam lixo a “céu aberto” e 40% não realizam “seleção de lixo”, mostrando que existem famílias vivendo em situações emergenciais, desprovidas de orientação em relação aos serviços urbanos básicos e com condições mínimas de habitabilidade.

A afirmação de 50% dos entrevistados de que há “insetos e roedores” em seus domicílios ajuda a confirmar a situação precária da área estudada.

• Escola

A relação entre saúde e educação merece destaque nesse esforço para conhecer aspectos da população estudada, marcada pela carência e exclusão.

²⁷ Segundo Engbersson (1991, p. 11), pobreza significa insuficiência de recursos para sobreviver. Nessa apreciação, são incluídos não só os recursos materiais, mas também os sociais, como os meios para comunicação, meios que suportem as relações sociais pertinentes e meios para fazer uso dos recursos institucionais básicos como a educação. A pobreza é constituída por privações múltiplas, que deveríamos entender como uma acumulação de insuficiências.

No local, não existe creche comunitária, especialmente a gratuita, que seria ideal para a população analisada, notadamente de baixa renda. A falta de acesso à creche, por exemplo, pode levar várias mães ao impedimento de trabalhar ou com sérias dificuldades para complementar a renda familiar.

O acesso à educação prevalece no 1º e 2º graus oferecidos pela rede municipal e estadual, frisando aqui que as escolas se encontram próximas da área estudada (Parque São Geraldo e Jardim Induberaba). Portanto existe a situação de deslocamento, acompanhado de questões referentes à exclusão (ausência de vagas, evasão, violência nas escolas, trabalho infantil e outros).

Os dados apontam para uma exclusão mais pronunciada ainda em relação ao 1º grau:

“(...) a escola é perto do bairro e é boa... O que eu lamento é minha filha ter parado de estudar”. (E-1)

“O que mais me falta foi não poder estudar, não poder formar”. (E-2)

“(...) passei para a quinta série e saí da escola. Faz tempo e não tenho ânimo para voltar”. (E-10)

A educação pode ser um fator para minimizar as diferenças sociais dos indivíduos e dos grupos humanos, evitando tornar-se um fator de exclusão.

Cabe à educação a missão de fazer com que todos, sem exceção, façam frutificar os seus talentos e potencialidades criativas, dar novo valor à ética cultural e desse modo, dar efetivamente a cada um os meios de compreender o outro e compreender o mundo a sua volta (FREIRE, 1996; GADOTTI, 2003).

As exigências científicas e técnicas, como o conhecimento de si mesmo, do meio ambiente e o desenvolvimento de capacidades que permitem a cada um agir enquanto membro de uma família, cidadão ou produtor são fatores preponderantes para o ser humano ter atitudes emancipatórias (FREIRE, 1987, 1996).

As falas acima reforçam a visão positiva da escola, mesmo daqueles que não conseguiram estudar e dos argumentos referentes à enorme dificuldade de acesso a este nível de escolarização (2º grau), em virtude, sobretudo, da inserção precoce no mercado de trabalho, pela necessidade dos filhos passarem a responder por parte do sustento familiar.

• Segurança

Segurança é uma questão importante a ser discutida e inter-relacionada com questões referentes à saúde pública. A população pede o acesso e direito à segurança na área estudada. Notamos que a situação (guardada as devidas proporções) é semelhante em relação ao Brasil, a saber: necessita-se urgente de programas de combate à violência e a população está disposta a aceitar e reivindicar policiamento no bairro:

“(...) uma vez ou outra que a polícia passa na rua... tinha que passá mais vez né?” (E-2)

“Tem muita droga nos pontos, a gente tem que ficar calada se não a coisa fica feia...” (E-5)

“A polícia tinha que vim mais vez... tinha que ter um posto policial aqui perto...” (E-8)

Observa-se o contraste na fala e o sentimento da maioria dos entrevistados de pedir mais presença policial. As falas abaixo esclarecem tal situação:

“O policial não respeita a gente. Eu escutei o garoto falando: “eu cheiro, mãe, eu cheiro mãe? A polícia falava: cala boca, se não eu vou te quebrar aqui mesmo. Eles respeita morador, desse jeito? Não respeita. Do jeito que eu escutei, tinha mais gente, também escutou. Então quer dizer... eles não respeita o morador tanto assim, não respeita”. (E-7)

“(...) uma vez ou outra que a polícia passa na rua, eu fico rezando muito prá não acontecer nada perigoso”. (E-1)

“Tem uma vala enorme na rua, tô vendo a hora que uma criança cai aí dentro, já pedimos ajuda até prá polícia, mas, ainda não veio ninguém”. (E-8)

No âmbito da administração municipal, criou-se a guarda metropolitana, que se concentra nos bairros centrais, não alcançando as regiões periféricas da cidade. Exemplo claro da fragilidade do sistema de segurança e sua distribuição desigual no município estudado.

• Terrenos baldios

O bairro é percebido por parte da população como um espaço marcado pela ausência de serviços de limpeza pública.

“Perto da minha casa tem muito terreno sujo, cheio de mato, ninguém limpa. (...) sempre tem rato e escorpião aqui”. (E-1)

“O terreno fede, as pessoa joga lixo aí. Quando o sol tá muito quente ninguém agüenta o cheiro, o pior é que ninguém faz nada prá resolver o problema (...) não adianta reclamar”. (E-2)

“Tem muito terreno sujo e quando chove a sujeira do bueiro sobe e arrasta tudo prá dentro da casa, não adianta reclamar”. (E-4)

“(...) nós desistimos de esquentar a cabeça com o lixo. Tem uma turma que não está nem aí”. (E-10)

As falas dos sujeitos acima demonstram a consciência e responsabilidade pelas ações em busca da transformação de uma situação problema.

Por isso mesmo, contém em maior ou menor medida, situações de agravo à saúde. Para as condições de manutenção da saúde em relação aos espaços públicos, notadamente aparece o Poder Público, onde o Estado tem o dever de executar políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos e de doenças. De maneira inequívoca, cabe às autoridades a responsabilidade pela solução dos problemas assinalados nas falas dos moradores.

• Vizinhança

Apesar de parecerem um pouco dispersas as observações sobre “vizinhança”, o intuito do trabalho foi ligá-la com o aspecto de auxílio mútuo, concernente à saúde (ou busca de saúde). Tentou-se entender o envolvimento comunitário para reivindicar ações de higiene (saneamento, pavimentação, limpeza pública e outros).

Aprender a viver com os outros consiste em desenvolver a compreensão do Outro e a percepção das interdependências, na realização de projetos comuns, preparando-se para gerir conflitos, fortalecendo sua identidade e respeitando a dos outros, sejam valores de pluralismo, de compreensão mútua e de busca da paz.

Segundo Freire (1996), os homens se educam entre si, intermediados pelo mundo.

“Todo mundo é gente boa, um precisa do outro, né”. (E-1)

“Agora que faço parte da associação do bairro, a minha vida melhorou bastante com as pessoas, eu andava muito sozinha e lá a gente conversa um tanto de coisas que me ajuda, né minha filha”. (E-2)

“Todo mundo aqui na rua, me ajuda (...) minha renda é só o da bolsa escola”. (E-5)

“O que eu e minha vizinhas lutamos sempre é por um PSF aqui no bairro... temos que atravessar a avenida, que é muito perigosa, dá muito medo”. (E-6)

“Hum... com a associação do bairro eu e alguns colegas da rua, procuramos uma vida melhor diante das sujeiras espalhadas pelos outros vizinhos”. (E-7)

“Não consigo conversar com os meus vizinhos sempre, acaba com briga, os filhos deles às vezes tiram as tampas dos esgotos, prá vender”. (E-8)

“Fiquei muito mal de dengue na minha casa. Fiquei aqui sozinho”. (E-9)

“Daquele dia eu não me esqueço. Com fome, com febre, febre alta mesmo, 40 graus... e não tinha ninguém prá me ajudar, a dona F. (vizinha) me ajudou um pouco, mais foi muito difícil prá mim”. (E-10)

Algumas falas dos sujeitos demonstram a violência nas relações humanas. A violência não está nem dentro do homem nem fora dele, está sim na relação do ser humano com a maneira como ele vivencia o mundo. A fragilidade e a transitoriedade de valores que criam a identidade do indivíduo são os responsáveis por esse novo caráter da violência (ENGBERSEN, 1991).

Acreditamos que, sendo a saúde direito do cidadão e dever do Estado, a conscientização na construção da cidadania acontece a partir de reivindicações concretas dos segmentos menos favorecidos da sociedade.

• **Orientação / alimentação saudável**

Outro fator importante que pode ser aqui salientado é a questão dos alimentos. Isso passa por um processo educativo que vai desde a formulação de novos hábitos alimentares, até reorientação dos valores que guiam o comportamento humano para a natureza e, especificamente, para a alimentação.

Em relação ao quesito “orientação em relação à importância da alimentação”, constatou-se, nas falas, a busca para sobreviver e garantir o mínimo que já se tem. Abaixo, algumas falas dos sujeitos entrevistados mostram a situação:

“Uai, comida boa é a que tenho prá comer todo dia”. (E-1)

“Alimentação saudável é feijão, arroz e carne. Pelo menos me sustenta, quando estou com fome”. (E-2)

“Uai, uma vez um agente comunitário me disse, que comer bem é comer verdura (...)”. (E-4)

“Não sei responder, o que é bom, comemos o que podemos comprar”. (E-5)

“Aqui em casa todo mundo trabalha, sou pobre, não temos fartura, mas comemos direitinho, verdura, arroz, feijão e macarrão”. (E-6)

“É comer o tanto que me sustenta, nada demais”. (E-7)

“(...) A moça do NSF me disse que a gente tem comer dentro dos horários (...)”. (E-8)

É interessante comentar que, nas observações *“in loco”* e nas conversas com os moradores, a questão da representação do alimento aparece como algo que é responsabilidade da família. A nossa percepção (que foi discutida com outros profissionais) é de que o morador trata alimentação como algo de *“foro íntimo”*, de cada família.

Nota-se, nas falas dos sujeitos, que eles preferem alimentos considerados *“fortes”*, como arroz, feijão, carne e banha. Esses alimentos *“enchem a barriga e dão a sensação de fartura, de satisfeito, de plenitude de poder passar um período de tempo longo sem comer”*, de *“recuperar as forças”*, ocorrendo preferência pela banha de porco. Os moradores não reivindicam o direito adquirido de obter informações de como se alimentar e parece que não conseguem ligar a profundidade e importância da alimentação para a saúde. Quando solicitamos descrever a alimentação da família, tal percepção fica evidente:

“A minha neta não agüenta ficar sem carne. O leite dela não falta, a maizena dela não falta, as coisa dela não falta”. (E-1)

“Acho que como bem, pois tem carne todo dia na panela”. (E-4)

“A nossa comida preferida é arroz com feijão. Não gosto de verdura. Não vivo sem comida feita na banha”. (E-5)

“Olha, nós come bem, a comida é pouca mas enche todo mundo”. (E-6)

“O dinheiro é pouco não comemos carne todo dia (...) acho se todos aqui de casa tivesse trabalhando, a gente podia comer bem”. (E-7)

“Uai... comida boa é aquela feita com muita gordura, que faz a gente ficar forte”. (E-8)

Continuando, o fator alimentação, que aparece como algo importante para a saúde, causa impacto no diagnóstico de falta de orientação e também da necessidade da implantação de um NSF para o bairro (assunto a ser tratado posteriormente). Isso se deve, em grande parte, à percepção em relação à obtenção de alimentos, tratada na esfera privada da vida familiar:

“Acho que como bem, pois tem carne todo dia na panela”. (E-4)

“Aqui todo mundo trabalha, e graças à Deus não nos falta nada na mesa, todo dia tem o que comer com fartura”. (E-6)

Assim, percebemos, nessas falas, que a “resolução” de “aquisição” de alimentos aparece mediatizada pelo salário ou pela “renda familiar”, cuja solução está a cargo dos indivíduos.

Essa mediação supõe relações sociais nas quais o papel dos poderes públicos não aparece como importante.

De acordo com os aspectos abordados, a saúde das pessoas é a somatória de fatores diversos, como sociais, ambientais e econômicos, que atuam como determinantes e/ou condicionantes da saúde. Assim, além de se apresentar como um conceito positivo, a saúde se apóia nos recursos sociais e coletivos, e não somente na capacidade física ou condição biológica. Fatores determinantes da saúde também vão relacionar a condição na segurança alimentar (LAPLANTINE, 1991).

Para que a prática de uma alimentação saudável aconteça efetivamente, é necessário conscientização e envolvimento dos profissionais de saúde, dos pais, da escola e da comunidade.

O grau de educação da família e sua condição social e econômica têm efeitos consideráveis sobre o modo de vida e hábitos alimentares da criança.

Aos profissionais de saúde cabe, além do acompanhamento, orientação quanto ao preparo e higiene dos alimentos, avaliação da alimentação e participação em programas educativos sobre nutrição, seja nas escolas ou na comunidade (LAPLANTINE, 1991).

Programas de educação em saúde devem ser implementados na comunidade ou escolas, não se restringindo a fornecer os conceitos sobre nutrição. É necessário ajustá-los aos recursos e à formação cultural da região e permitir que a vivência de práticas de saúde ocorra pela valorização da qualidade dos alimentos, além da conscientização sobre as conseqüências de uma alimentação inadequada para o indivíduo.

A importância de “estar empregado” e de “ter trabalhado” para garantir não só as condições de saúde da família, mas também a sua reprodução social, são aspectos sempre presentes nos depoimentos, independentes de o entrevistado ter emprego ou não.

Assim, neste trabalho, fica evidente que outras dimensões da vida social como carestia, queixas contra o desemprego ou política salarial vigente estão relacionados, na percepção dos entrevistados, de forma secundária, em relação à recompensa do esforço de cada um.

• **Serviços de saúde**

Segundo Cohn (2002), “Igualdade de acesso para necessidades iguais” é um princípio técnico que, à primeira vista, depende do provimento de condições estruturais – planos, recursos, serviços – que, por si sós, regulariam a demanda e conseqüentemente, a utilização dos serviços de saúde pela população.

Certamente, saber da existência dos serviços e onde os procurar são também condições fundamentais para viabilizar a utilização dos recursos pelos usuários.

No Brasil, acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde é uma das exigências instituídas pela Constituição (Art. 196) para a equidade desejada no preceito de que a saúde é um direito de todos. As políticas de saúde apresentam, reiteradamente, o acesso do usuário aos serviços como um paradigma básico para os planos nacionais e projetos regionais e locais de ampliação da rede de serviços existentes (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000; LEFF, 2001; COHN, 2002).

A distância ou a proximidade entre o local da residência do usuário e o local da prestação do serviço constitui a razão, assim, para orientar a distribuição dos recursos e a ampliação da rede de unidades de serviços de assistência à saúde.

O acesso assim entendido deveria ser, em tese, a base concreta para a viabilização do princípio da articulação funcional que sustenta a concepção de hierarquização da demanda pelos serviços de saúde, condição *sine qua non* para a regionalização e descentralização que a Constituição impõe. Essa concepção se pauta na acessibilidade do usuário ao serviço como mecanismo básico para que, de fato, as propostas se traduzam em resultados observáveis e mensuráveis (COHN, 2002).

O conhecimento e a acessibilidade dos serviços para os moradores da Vila São Cristóvão estão notadamente comprometidos, como mostra a fala abaixo:

“O que eu e minha vizinhas lutamos sempre é por um NSF aqui no bairro... temos que atravessar a avenida que é perigosa e andar muito”. (E-1)

Nesses termos, garantir o acesso da população à rede de serviços de saúde é função do estado e das políticas que são formuladas para viabilizá-lo. Em

contrapartida, a utilização efetiva, realizada pela população é função do confronto que se estabelece entre os recursos oferecidos e a demanda conformada (COHN, 2002).

É interessante observar também que, somente durante as campanhas eleitorais pela televisão, é que o público em geral toma conhecimento da existência do “emaranhado” que é a rede de serviços de saúde. Cabe ao usuário dos serviços compreender sua carência e o enfrentamento das dificuldades que se interpõem entre o acesso e a efetiva utilização dos serviços.

Vale salientar que os usuários tentam enfrentar as dificuldades, norteados pelo conhecimento e a percepção por eles adquiridos em relação aos serviços oferecidos em outras localidades (Parque São Geraldo, Jardim Induberaba, Bairro Abadia e outros).

Entendemos que todos os aspectos aqui discutidos, com suas limitações, dada a natureza deste trabalho, são bastante relevantes na medida em que contribuem para entender melhor as dificuldades dos moradores de áreas periféricas e pontuar a necessidade de repensar as políticas públicas de saúde em relação à melhoria da qualidade de vida dessas populações.

6.2.2 Análise das práticas educativas com os portadores de hipertensão arterial sistêmica

Pesquisamos temas significativos para os PHAS desde o início dos trabalhos com a EQM.

Após a coleta de informações, utilizando os passos propostos por Brandão (1981), além das situações relatadas no item anterior, as primeiras discussões nos “círculos de cultura” revelaram sete temas geradores, que, em consenso com a EQM e o grupo de PHAS, seriam trabalhados por meio de práticas educativas, a saber: obesidade, tabagismo, ingestão de sal, ingestão de bebida alcoólica, consumo de café, sedentarismo e atividades de lazer.

A seguir, apresentaremos o levantamento inicial e, posteriormente, os resultados de acompanhamento e finalização dos trabalhos.

**EEVOLUÇÃO DOS ASPECTOS DE ESTILO DE VIDA DOS PHAS A PARTIR DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
PERÍODO INICIAL DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS NOS “CÍRCULOS DE CULTURA”.**

1º ao 7º encontro – 21/11/2005 à 30/01/2006	Temas	PHAS entrevistados(as)									
	Descrição	E-1 (F)	E-2 (F)	E-3 (F)	E-4 (F)	E-5 (F)	E-6 (F)	E-7 (M)	E-8 (M)	E-9 (M)	E-10 (F)
	I. Obesidade	IMC 31,13 Tipo I	IMC 27,55 Superior ao normal	IMC 28,88 Superior ao normal	IMC 48,63 Tipo III	IMC 26,44 Superior ao normal	IMC 32,88 Tipo I	IMC 30,77 Tipo I	IMC 29,06 Superior ao normal	IMC 30,36 Tipo I	IMC 24,60 Normal
	II. Tabagismo	Declarou que não fuma	Declarou que parou de fumar há 20 anos	Declarou que fuma. 1 maço / dia	Declarou que fuma. 1 maço / dia	Declarou que fuma. 1 maço / dia	Declarou que não fuma	Declarou que fuma. 1 maço / dia	Declarou que não fuma	Declarou que não fuma	Declarou que não fuma
	III. Ingestão de sal	Declarou uso de muito sal no preparo das refeições	Declarou uso de pouco sal no preparo das refeições	Declarou uso moderado de sal no preparo das refeições	Declarou uso moderado de sal no preparo das refeições	Declarou uso de muito sal no preparo das refeições	Declarou uso moderado de sal no preparo das refeições	Declarou uso moderado de sal no preparo das refeições	Declarou uso moderado de sal no preparo das refeições	Declarou uso de muito sal no preparo das refeições	Declarou uso moderado de sal no preparo das refeições
	IV. Ingestão de bebida alcoólica	Declarou que não ingere bebida alcoólica	Declarou que ingere bebida alcoólica “uma vez ou outra” / vinho	Declarou que não ingere bebida alcoólica	Declarou que não ingere bebida alcoólica	Declarou que não ingere bebida alcoólica	Declarou que ingere bebida alcoólica pelo menos “uma vez por mês” / cachaça	Declarou que ingere bebida alcoólica de “dois em dois meses” por causa dos medicamen- tos / cerveja	Declarou que não ingere bebida alcoólica	Declarou que não ingere bebida alcoólica	Declarou que ingere bebida alcoólica “raramente” / cerveja

Legenda: E - entrevistado

F - Feminino

M – Masculino

1º ao 7º encontro – 21/11/2005 à 30/01/2006	Temas	PHAS entrevistados(as)									
	Descrição	E-1 (F)	E-2 (F)	E-3 (F)	E-4 (F)	E-5 (F)	E-6 (F)	E-7 (M)	E-8 (M)	E-9 (M)	E-10 (F)
	V. Consumo café	Declarou que consome mais 3 vezes / dia	Declarou que consome 3 vezes / dia	Declarou que consome mais 3 vezes / dia	Declarou que consome 1 vez / dia	Declarou que consome 1 vez / dia	Declarou que consome 2 vezes / dia	Declarou que consome mais 3 / vezes dia	Declarou que consome mais 3 / vezes dia	Declarou que não consome café	Declarou que consome 2 vezes / dia
	VI. Sedentarismo	Declarou que não pratica nenhum tipo de exercício	Declarou que não pratica nenhum tipo de exercício	Declarou que faz caminhada 2 a 3 vezes / semana durante 40 minutos	Declarou que não pratica nenhum tipo de exercício	Declarou que não pratica nenhum tipo de exercício	Declarou que não pratica nenhum tipo de exercício	Declarou que anda de bicicleta 1 vez por semana	Declarou que anda de bicicleta todos os dias (usa como meio de transporte)	Declarou que faz caminhada durante 40 minutos todos os dias	Declarou que não pratica nenhum tipo de exercício
	VII. Atividades de lazer	Declarou que pratica curso de bordado	Declarou que não pratica a atividade de lazer	Declarou que não pratica atividade de lazer	Declarou que não pratica atividade de lazer	Declarou que não pratica atividade de lazer	Declarou que pratica curso de bordado	Declarou que joga baralho	Declarou que não pratica atividade de lazer	Declarou que não pratica atividade de lazer	Declarou que não pratica atividade de lazer

6.2.2.1 Desenvolvimento dos temas:

• Tema I – Obesidade

O grupo de PHAS iniciou a discussão descrevendo a Figura 23, indicando suas percepções. A EQM buscou fazer perguntas estimuladoras a respeito da questão da “gordura”. Os PHAS reconheceram como importantes para a saúde discussões a respeito da alimentação e do peso, embora verbalizassem expressões indicativas de dificuldades para seguir uma dieta saudável:

Figura 23 - Imagens sobre obesidade

“Eu sei que está errado, mas ainda não dou conta de seguir dieta”. (E-1)

“Sei que vocês querem ajudar, mas seguir isso aí na ponta do lápis eu não dou conta”. (E-7)

“Eu estou querendo tentar, mas é difícil”. (E-5)

A EQM mostrou ao grupo que as dificuldades são enfrentadas por todas as pessoas que buscam seguir uma dieta balanceada, independente da enfermidade.

A devolução do material coletado para o grupo e as orientações causaram impacto, não podendo, naquele momento, evidenciar possibilidades de mudança imediata. Aliás, a espera paciente por mudanças é característica tanto da *interdisciplinaridade* quanto da educação conscientizadora.

Vale ressaltar que o grupo de PHAS conseguiu desenvolver o assunto, evoluindo de simples descrições de situações para respostas mais elaboradas sobre o impacto do peso na PA.

•Tema II – Tabagismo

A questão do “cigarro” como o grupo de PHAS se referiu, gerou discussões “acaloradas”, pois quatro (E-3, E-4, E-5 e E-7) fumam e quiseram mostrar a dificuldade de “largar o vício”.

O grupo de PHAS foi indagado sobre os prejuízos do tabagismo em relação à saúde e, em especial, para a HAS.

Figura 24 - Imagens sobre tabagismo

Em relação à HAS, as respostas iniciais foram vagas e incompletas. Ao receberem informações sobre os impactos na PA, passaram a perguntar sobre os efeitos psicológicos da nicotina e tratamentos para combater o tabagismo.

Partindo de situações concretas da realidade vivida, o grupo procurou obter mais informações, inclusive para tentar ajudar seus familiares.

Ao final, percebemos que o grupo reuniu elementos para elaborar sugestões de comportamentos para combater o tabagismo. Observamos que os participantes

que se sentiam na situação de “fumantes passivos” buscaram utilizar as informações com maior propriedade.

• Tema III – Ingestão de sal

Esse tema gerador surgiu das palavras geradoras “comidas salgadas”. O grupo de PHAS demonstrou interesse em discutir a pergunta estimuladora: “como o sal age na pressão alta?”. Questões referentes às receitas de “comidas caseiras” e o uso de sal, foram amplamente discutidas e, na percepção da EQM, tal tema, até então, teria sido o que recebeu maior receptividade dos participantes em relação às mudanças de hábitos.

Figura 25 - Imagens sobre ingestão de sal

Por meio das observações participantes, visitas domiciliárias e contatos com os sujeitos da pesquisa, até a data de 30/01/2005, o quadro delineado foi o que se segue.

**EVOLUÇÃO DOS ASPECTOS DE ESTILO DE VIDA DOS PHAS A PARTIR DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
PERÍODO DE ACOMPANHAMENTO DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS NOS “CÍRCULOS DE CULTURA”.**

8º ao 14º encontro – 06/02/2006 à 27/03/2006	Temas	PHAS entrevistados(as)									
	Descrição	E-1 (F)	E-2 (F)	E-3 (F)	E-4 (F)	E-5 (F)	E-6 (F)	E-7 (M)	E-8 (M)	E-9 (M)	E-10 (F)
	I. Obesidade	IMC 30,26 Tipo I	IMC 27,11 Superior ao normal	IMC 28,88 Superior ao normal	IMC 46,83 Tipo III	IMC 26,44 Superior ao normal	IMC 32,88 Tipo I	IMC 30,77 Tipo I	IMC 28,40 Superior ao normal	IMC 30,36 Tipo I	IMC 24,60 Normal
	II. Tabagismo	Declarou que não fuma	Declarou que não fuma	Declarou que não consegue, “sente muita dor de cabeça”	Declarou que não consegue, “sente muita dor de cabeça”	Declarou ser seu único prazer, por isso não para	Declarou que não fuma	Declarou “sei que faz, mal, mas não tenho vontade de parar”	Declarou que não fuma	Declarou que não fuma	Declarou que não fuma
	III. Ingestão de sal	Declarou uso moderado de sal no preparo das refeições	Declarou uso de pouco sal no preparo das refeições	Declarou uso de pouco sal no preparo das refeições	Declarou uso de pouco sal , devido a realização da cirurgia de redução do estômago	Declarou uso moderado de sal no preparo das refeições	Declarou uso de pouco sal no preparo das refeições, depois dos encontros com o grupo	Declarou uso moderado de sal preparo das refeições	Declarou uso moderado de sal no preparo das refeições	Declarou uso de muito sal no preparo das refeições	Declarou uso moderado de sal no preparo das refeições
	IV. Ingestão de bebida alcoólica	Declarou que não ingere bebida alcoólica	Declarou que ingere “uma vez ou outra” / vinho	Declarou que não ingere bebida alcoólica	Declarou que não ingere bebida alcoólica	Declarou que não ingere bebida alcoólica	Declarou que ingere pelo menos “uma vez por mês” / cachaça	Declarou que ingere de dois em dois meses por causa dos medicamen- tos / cerveja	Declarou que não ingere bebida alcoólica	Declarou que não ingere bebida alcoólica	Declarou que ingere “raramente” / cerveja

Legenda: E - entrevistado

F - Feminino

M – Masculino

8º ao 14º encontro – 06/02/2006 à 27/03/2006	Temas	PHAS entrevistados(as)									
	Descrição	E-1 (F)	E-2 (F)	E-3 (F)	E-4 (F)	E-5 (F)	E-6 (F)	E-7 (M)	E-8 (M)	E-9 (M)	E-10 (F)
	V. Consumo café	Declarou que consome, mais 3 vezes / dia	Declarou que consome, 3 vezes / dia	Declarou que consome, mais 3 vezes / dia	Declarou que consome, 1 vez / dia	Declarou que consome, 1 vez / dia	Declarou que consome, 2 vezes / dia	Declarou que consome, mais 3 / vezes dia	Declarou que consome, mais 3 / vezes dia	Declarou que não consome, café	Declarou que consome, 2 vezes / dia
	VI. Sedentarismo	Declarou que não pratica nenhum tipo de exercício	Declarou que não pratica nenhum tipo de exercício	Declarou que faz caminhada 2 a 3 vezes / semana durante 40 minutos	Declarou que não pratica nenhum tipo de exercício	Declarou que não pratica nenhum tipo de exercício	Declarou que não pratica nenhum tipo de exercício	Declarou que anda de bicicleta 1 vez por semana	Declarou que anda de bicicleta todos os dias (usa como meio de transporte)	Declarou que faz caminhada durante 40 minutos todos os dias	Declarou que não pratica nenhum tipo de exercício
	VII. Atividades de lazer	Declarou que pratica curso de bordado	Declarou que não pratica atividade de lazer	Declarou que não pratica atividade de lazer	Declarou que não pratica atividade de lazer	Declarou que não pratica atividade de lazer	Declarou que pratica curso de bordado	Declarou que joga baralho	Declarou que não pratica atividade de lazer	Declarou que não pratica atividade de lazer	Declarou que não pratica atividade de lazer

•Tema IV – Ingestão de bebida alcoólica

A partir de imagens projetadas na tela, o grupo identificou os diversos tipos de bebidas alcoólicas e passou a fazer considerações sobre a ingestão de álcool como divertimento e como vício.

Figura 26 – Imagens sobre ingestão de bebida alcoólica

Quando solicitadas às experiências sobre o uso de bebidas alcoólicas, os participantes colaboraram, descrevendo situações pessoais e familiares. As perguntas feitas à EQM variaram de questões psicossociais em relação ao álcool até questões sobre PA e os órgãos-alvos afetados.

É interessante observar que os PHAS partiram do conhecimento do senso comum e conseguiram compreender que a situação da venda de bebidas alcoólicas é um problema social grave, que envolve setores econômicos poderosos:

“É, eu acho que é droga igual as outras. Só que vende no bar e o governo fica com o imposto né”. (E-1)

“O cigarro e a cachaça tem muito haver com dinheiro pro governo”. (E-7)

“Eu acho que a cachaça ou a cerveja é pior ainda pra família”. (E-10)

O grupo, ao final, considerou importante o tema, não deixando de ressaltar que é muito difícil “parar de beber” com o “tanto de propaganda que tem por aí” (E-5).

A EQM sentiu que muitos participantes tiveram uma necessidade momentânea de desabafar sobre familiares, que, do alcoolismo, passaram para as drogas, prostituição e até suicídio.

Os sujeitos selecionados para a pesquisa, em especial, não tiveram dificuldades em falar sobre o assunto. Foi observado que familiares de alguns entrevistados eram dependentes de álcool e/ou drogas ilícitas. Tais pessoas, no decorrer dos trabalhos, receberam orientações individualizadas para elaborar emocionalmente tais problemas e/ou encaminhar seus familiares para tratamento.

•Tema V – Consumo de café

Figura 27 - Imagens sobre consumo de café

Após mostrar a figura acima e iniciar as discussões, a EQM observou que os PHAS não percebiam como problema a questão de “tomar café”.

A partir de orientações gerais sobre a cafeína, inclusive contida na composição de refrigerantes categorias “light”, os PHAS encadearam discussões sobre a falta de conhecimento do assunto.

A EQM percebeu que o grupo, até então, não imaginava os efeitos da cafeína na PA. Pela direção das discussões, percebemos que os PHAS visualizaram os benefícios da redução do uso abusivo de cafeína em relação ao tratamento da PA.

•Tema VI – Sedentarismo

Figura 28 - Imagens sobre o sedentarismo

A falta de exercício físico foi abordada, mostrando-se seus efeitos na PA. A maioria dos participantes mostraram-se céticos em relação a mudar o estilo de vida e fazer exercícios regulares.

A EQM mostrou que há diversas possibilidades de exercitar, sem necessariamente tornar-se algo que seja um martírio no dia-a-dia do indivíduo.

Várias idéias foram propostas, inclusive um convênio com um clube próximo, para praticar natação e ginástica.

•Tema VII – Atividades de lazer

Figura 29 – Imagens sobre atividades de lazer

A EQM mostrou a importância da atividade de lazer no combate ao estresse.

O grupo de PHAS mostrou-se interessado no tema e várias perguntas surgiram sobre os efeitos do estresse na PA.

À medida que houve a devolução das questões para o grupo e explicações mais detalhadas sobre o estresse e a PA, a maioria demonstrou interesse em buscar alternativas para as atividades de lazer. O quadro a seguir mostra a situação dos PHAS ao final dos trabalhos educativos.

**EVOLUÇÃO DOS ASPECTOS DE ESTILO DE VIDA DOS PHAS A PARTIR DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
PERÍODO FINAL* DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS NOS “CÍRCULOS DE CULTURA”.**

15º ao 20º encontro – 03/04/2006 à 22/05/2006	Temas	PHAS entrevistados(as)									
	Descrição	E-1 (F)	E-2 (F)	E-3 (F)	E-4 (F)	E-5 (F)	E-6 (F)	E-7 (M)	E-8 (M)	E-9 (M)	E-10 (F)
	I. Obesidade	IMC 28,50 Superior ao normal Declarou que perdeu peso, depois que começou seguir a dieta da nutricionista e fazer exercícios	IMC 24,44 Normal Declarou que perdeu peso, por que teve dengue	IMC 28,88 Superior ao normal	IMC 44,92 Tipo III Declarou que perdeu peso com ajuda da nutricionista e da engenheira de alimentos	IMC 26,44 Superior ao normal	IMC 32,88 Tipo I	IMC 30,77 Tipo I	IMC 28,40 Superior ao normal	IMC 30,36 Tipo I	IMC 24,60 Normal
	II. Tabagismo	Declarou que não fuma	Declarou que não fuma	Declarou que não consegue, “sente muita dor de cabeça”	Declarou que não consegue, “sente muita tristeza e falta de sono”	Declarou ser seu único prazer, por isso não pára	Declarou que não fuma	Declarou que continua fumando	Declarou que não fuma	Declarou que não fuma	Declarou que não fuma

Legenda: **E - entrevistado** **F - Feminino** **M – Masculino**

* Período final em relação à coleta de dados para a finalização da pesquisa. As atividades dos “círculos de cultura” com os PHAS acontecem normalmente a partir do dia 07/08/2006.

15º ao 20º encontro – 03/04/2006 à 22/05/2006	Temas	PHAS entrevistados(as)									
	Descrição	E-1 (F)	E-2 (F)	E-3 (F)	E-4 (F)	E-5 (F)	E-6 (F)	E-7 (M)	E-8 (M)	E-9 (M)	E-10 (F)
	III. Ingestão de sal	Declarou uso de pouco sal no preparo das refeições, “agora estou usando muitas ervas na comida, faço uma pasta e uso na semana”	Declarou “continuo fazendo uso de pouco sal no preparo das refeições e me sinto bem”	Declarou uso de pouco sal no preparo das refeições	Declarou uso de pouco sal, devido à cirurgia de redução do estômago	Declarou uso moderado de sal no preparo das refeições	Declarou uso de pouco sal no preparo das refeições, depois dos encontros com o grupo	Declarou uso moderado de sal no preparo das refeições	Declarou uso moderado de sal no preparo das refeições	Declarou uso de muito sal no preparo das refeições	Declarou uso moderado de sal no preparo das refeições
	IV. Ingestão de bebida alcoólica	Declarou que não ingere bebida alcoólica	Declarou “ainda bebo uma vez ou outra”	Declarou que não ingere bebida alcoólica	Declarou que não ingere bebida alcoólica	Declarou que não ingere bebida alcoólica	Declarou “preciso parar, tenho doença de Chagas e estou tomando remédio”	Declarou “ainda bebo minha cervejinha”	Declarou que não ingere bebida alcoólica	Declarou que não ingere bebida alcoólica	Declarou que ingere “raramente” bebida alcoólica
	V. Consumo café	Declarou que parou de consumir café	Declarou “estou tentando parar de tomar café”	Declarou “tentei largar o café de vez, mas não consigo por causa do cigarro”	Declarou que consome, 1 vez / dia	Declarou que consome, 1 vez / dia	Declarou que consome, 2 vezes / dia	Declarou que consome, 2 vezes / dia	Declarou que consome, mais 3 / vezes dia	Declarou que não consome café	Declarou que consome, 1 vez / dia

15º ao 20º encontro	Temas	PHAS entrevistados(as)									
	Descrição	E-1 (F)	E-2 (F)	E-3 (F)	E-4 (F)	E-5 (F)	E-6 (F)	E-7 (M)	E-8 (M)	E-9 (M)	E-10 (F)
	VI. Sedentarismo	Declarou que pratica ginástica no Nacional Futebol Clube	Declarou que pratica ginástica no Nacional Futebol Clube	Declarou que faz caminhada e ginástica no Nacional Futebol Clube	Declarou que não pratica nenhum tipo de exercício	Declarou que não pratica nenhum tipo de exercício	Declarou que pratica ginástica no Nacional Futebol Clube	Declarou que anda de bicicleta 1 vez por semana	Declarou que anda de bicicleta todos os dias (usa como meio de transporte)	Declarou que faz caminhada durante 40 minutos todos os dias	Declarou que pratica ginástica no Nacional Futebol Clube
	VII. Atividades de lazer	Declarou que pratica curso de bordado, dança de salão (forró) e artesanato	Declarou que pratica dança de salão (forró)	Declarou que pratica dança de salão (forró)	Declarou que pratica dança de salão (forró)	Declarou que não pratica atividade de lazer	Declarou que pratica curso de bordado	Declarou que joga baralho	Declarou que pratica dança de salão (forró)	Declarou que não pratica atividade de lazer	Declarou que pratica dança de salão (forró) e artesanato

6.3 Observações gerais sobre a análise da metodologia utilizada

Usando como paradigma a *interdisciplinaridade*, montamos em conjunto com a EQM, os temas abordados nos encontros que sucederam a formação da equipe.

Todos os componentes da equipe buscaram o esforço de melhor compreender e trabalhar a educação dos profissionais de saúde, objetivando atuar da melhor forma possível junto aos PHAS.

A formação dos círculos de discussão teve como proposta a concepção crítico-reflexiva, buscando a articulação entre teoria e prática, a participação ativa de toda a EQM e a problematização da realidade.

Nessa abordagem, procuramos desenvolver a interdependência entre todos os participantes, com a idéia de que pesquisadores e pesquisados são sujeitos ativos da produção do conhecimento (FAZENDA, 2002a).

Em relação ao grupo de PHAS nos “círculos de cultura”, usamos como estratégia metodológica o Arco de Maguerez, partindo da teorização e indo até a problematização, levando o grupo a refletir sobre sua realidade.

Para facilitar a transmissão de idéias representativas dos temas geradores, utilizamos predominantemente figuras com traços simples²⁸ que tivessem significado para o grupo, fazendo a mediação entre o contexto concreto e o teórico.

A seguir, apresentaremos o acompanhamento desse desenho metodológico, analisando as falas da EQM (Apêndice F) e dos PHAS (Apêndice H).

²⁸ Segundo Brandão (1981) uma única figura pode provocar nos círculos de cultura, discussões de 2 (duas) horas.

6.3.1 A dialogicidade interdisciplinar e a equipe multiprofissional

A *interdisciplinaridade*, segundo Santomé (1995), é fundamentalmente um processo e uma filosofia de trabalho que entra em ação na hora de enfrentar problemas que afligem uma coletividade ou um determinado grupo social.

A flexibilidade costuma estar presente em qualquer intervenção interdisciplinar.

Quando os componentes da EQM foram perguntados sobre as modificações em relação aos conhecimentos necessários para a condução dos trabalhos com o grupo de PHAS, todos responderam que houve várias modificações, principalmente em função dos dezesseis primeiros encontros preparativos para receber os usuários dos serviços.

Relataram que todos os temas discutidos foram de extrema importância para o acolhimento do grupo de PHAS e que as modificações foram principalmente em relação à passagem da atitude disciplinar para a atitude interdisciplinar.

Os componentes da equipe disseram que a vivência cotidiana e a criação de uma abertura ao diálogo entre os diversos profissionais possibilitaram uma troca de experiências enriquecedoras e uma maior segurança no trabalho realizado junto aos PHAS, causando uma modificação dos procedimentos interligados.

Os aspectos positivos relatados pela EQM foram:

- maior integração profissional (P-4, P-5, P-9);
- abertura ao diálogo (P-2, P-4, P-7, P-8);
- companheirismo e igualdade no tratamento interpessoal (P-1, P-9, P-8);
- desenvolvimento de uma linguagem integradora entre os profissionais (P-1, P-2, P-7);

- motivação para trabalhar com os PHAS (P-3, P-6).

As dificuldades enfrentadas foram:

- superar o individualismo da própria formação profissional (P-4, P-6, P-8);
- desconhecimento do real significado de *interdisciplinaridade* (P-5, P-7);
- falta de prática no trabalho interdisciplinar (P-2, P-3, P-4);
- falta de humildade de alguns componentes da EQM no início dos trabalhos (P-1, P-9).

Terminada essa parte do acompanhamento, relataremos os aspectos mais significativos da análise temática proposta por Minayo e aplicada à EQM.

6.3.2 Análise temática aplicada à equipe multiprofissional

Para o acompanhamento e os procedimentos de análise temática, fizemos uma lista de possibilidades de assuntos ligados à *interdisciplinaridade*. Analisamos entrevistas, observação participante, documentos e relato de falas durante as dinâmicas de grupos e colocamos como frequência traduzida em números. Alertamos que os números não são exatos, dão simplesmente a noção do aparecimento dos assuntos nas falas da EQM. Após a análise da frequência, separamos em um quadro menor com os assuntos abordados com maior frequência.

Tema geral: Interdisciplinaridade	
Categorias	Frequência
Resiliência	3
Depurar	6
Intercorporeidade	7
Hermenêutica	8

Memória	8
Corporeidade	09
Tecitura	09
Poíesis	11
Cor	12
Metáfora	13
Afetividade	16
Fronteira	16
Estética	18
Símbolo	21
Olhar	25
Amor	27
Ponte	27
Espera	31
Caminhos	33
Intencionalidade	33
Movimento	41
Ambigüidade	42
Contextualização	46
Harmonia	47
Modelo	52
Desapego	57
Espaço	62
Identidade	67
Intersubjetividade	67
Coerência	68
Autoconhecimento	73
Formação	75
Sistêmico	81
Insegurança	86
Currículo	88
Humildade	94
Respeito	95
Observação	108
Profissão	112
Análise	118
Linguagem	122
Mudança	137
Ação	143
Vivência	146
Tempo	148
Parceria	149
Alfabetização	151
Pensamento	162
Totalidade	173
Trabalho	184
Filosofia	225
Atitude	284
Diálogo	302
Prática	327
Educação	337
Pesquisa	356

Figura 30 – Classificação e frequência dos resultados para procedimentos da análise temática

As categorias acima foram estabelecidas a *posteriori*, ou seja, após leituras de vários textos sobre *interdisciplinaridade* inter-relacionados às falas da EQM.

Ressaltamos que, na organização do material coletado, estivemos atentos às normas, segundo Minayo (1996) de **exaustividade**, **representatividade**, **homogeneidade** e **pertinência**.

Abaixo, temos algumas categorias teóricas selecionadas que podem auxiliar o trabalho de aprofundamento no universo da prática interdisciplinar.

Tema geral: Interdisciplinaridade	
Categorias	Frequência
Filosofia	225
Atitude (interdisciplinar)	284
Diálogo	302
Educação	337
Pesquisa	356

Figura 31 – Agregação e frequência dos assuntos para procedimento de análise temática

• **Filosofia:** segundo Japiassu (1976), a grande contribuição da filosofia para as pesquisas interdisciplinares é a reflexão epistemológica.

O autor mostra que o conhecimento sobre o ser humano torna-se cada dia mais fragmentado (epistemologia da dissociação) e é necessário que a filosofia assuma a tarefa de manter a abertura dialógica entre as várias disciplinas, “criando um horizonte comum, onde haverá a integração de várias explicações propostas pelas diversas ciências em relação à totalidade do humano”.

As discussões com a EQM sobre esse tema suscitaram reflexões sobre as explicações limitadas sobre a condição humana.

Sem querer diminuir o valor das especializações, o coordenador-pesquisador procurou construir com a EQM e os PHAS um núcleo temático que pudesse ultrapassar as limitações das especialidades, buscando uma visão de unidade.

Como diz Japiassu (1976, p. 205):

“Precisamos reconhecer apenas a importância que pode e deve ter, numa pesquisa interdisciplinar orientada, uma filosofia do homem *em trabalho*, participando ativamente do espírito com que os cientistas vão construindo criticamente seus conceitos transdisciplinares, mas impedindo-os sempre de crer que possam totalizar o sentido ou que possam permanecer fechados à história e aos acontecimentos”.

- **Atitude interdisciplinar:** a atitude que se articula com a prática interdisciplinar exige que o profissional esteja sempre avaliando seu trabalho, verificando sua adequação ao contexto vivido.

A mudança de atitude que leva à ação interdisciplinar pressupõe uma aprendizagem significativa. Deve ser construída a partir do autoconhecimento, refletindo na própria prática profissional.

A EQM transformou a reflexão interdisciplinar num processo contínuo de construção de novos saberes, não abandonando as suas práticas coerentes, mas atualizando-as e compartilhando-as com seus pares.

Nos “círculos de cultura” com os PHAS, a atitude interdisciplinar revelou-se provocadora de dúvidas, reflexões e questionamentos.

- **Diálogo:** no contato do dia-a-dia com a EQM e com os PHAS, observamos que a dialogicidade foi acontecendo nas práticas educativas. Foram momentos de ensinar e aprender, de construir e reconstruir-se.

Pelo diálogo, aprendíamos a nos conhecer e reconhecer o Outro. O espaço de inter-relação ficou marcado pelo criar e recriar. A criação e a recriação advinham de uma reflexão profunda sobre nós, enquanto indivíduos, membros de grupos (JAPIASSU, 1976; FAZENDA, 2005).

O encontro dialógico era reflexivo. Nessa reflexão, eram incorporados conceitos técnicos e informações sistematizadas, que serviam de subsídio à elaboração de técnicas, conceitos e informações adequadas a nossa situação vivencial.

O diálogo proporcionou trocas de conhecimento entre os profissionais e os PHAS, criando momentos em que o “eu individual” e o “eu coletivo” se ajudavam mutuamente. Segundo Fazenda (2005, p. 15), “só com o outro é que a verdade, a partir da soma de outras verdades, também fragmentadas, comporá a realidade”.

- **Educação:** estudando a evolução da palavra “educação”, sua origem etimológica²⁹ nos ensina que há um duplo sentido: “*educo–eduxi–eductum -educere*” com o significado de fazer sair, lançar, tirar para fora, trazer à luz, educar e “*educo-educari-eductum-educare*” referindo-se a criar, amamentar, sustentar, elevar, instruir, ensinar.

Portanto, educação refere-se tanto ao desenvolvimento “*educere*”, como à intervenção educativa “*educare*”. É a complementaridade entre processos de desenvolvimento e seus resultados (*educere*), e a intervenção educativa (*educare*).

Em um contexto cartesiano, a educação tem sido compreendida, de forma restrita, como “*resultado de*”. Existe, então, uma limitação, ou seja, omite-se aquilo que produz o resultado, ou seja, a **intervenção**.

A *interdisciplinaridade* propõe a construção de áreas de convergência que possam favorecer a construção de novos modos de compreender o fenômeno *educar*.

²⁹ Para maior aprofundamento, consultar Dicionário Enciclopédico. 2. ed. Barcelona: Salvat, 1952. p. 619.

A correlação entre o *educere* e *educare* e a consideração da educação como um sistema aberto mostram que o discurso educativo-educacional se cria no bojo de um movimento que vai além das *disciplinas* (FAZENDA, 1998).

Os trabalhos educativos (tanto com a EQM quanto com os PHAS) foram marcados pelo movimento dialético que pudesse favorecer o ser humano, realizar-se como sujeito ativo no desenvolvimento de si e na criação e recriação do conhecimento (FAZENDA, 1988; FREIRE, 1996).

A convicção de que a mudança é possível fez com que a inter-relação entre EQM e PHAS mudasse a realidade de ambos.

Freire (1996) mostra que ninguém pode estar no mundo, com o mundo e com os outros de forma neutra.

Estar no mundo implica decisão, escolha e intervenção na realidade.

Nos grupos de discussões, a EQM mostrou-se solidária em relação aos problemas enfrentados pelos PHAS, auxiliando-os nas decisões, escolhas e transformações de sua própria realidade.

• **Pesquisa:** o ser humano não vive à margem dos processos produtores da vida e também não controla totalmente a interpretação e a construção da realidade.

No entanto, seu olhar não descansa e, inquieto, interroga e investiga. A esse movimento denominamos pesquisa, que etimologicamente significa “busca com investigação” (SANTOS, 1989; CAPRA, 1996).

Nenhuma pesquisa é feita a partir de um vazio doutrinal ou sem concepções sobre a realidade trabalhada e vivida. A busca de uma leitura plural do fenômeno da HAS nos levou à construção de hipóteses de aplicação de um método interdisciplinar.

Não obstante tenhamos recorrido às várias características de uma pesquisa qualitativa (observação participante, método da problematização, análise temática e outros), a *interdisciplinaridade* tem nos oferecido a diretriz e a base dimensionadoras do agir pessoal e coletivo.

O trabalho, com pressupostos interdisciplinares, desenvolvido com a EQM e com os PHAS, foi marcado pela intermediação entre as infinitas possibilidades que cada modalidade conduziu (seja observação participante, método da problematização ou análise temática), levando-nos pelos caminhos da *interdisciplinaridade*.

Os resultados dos trabalhos sugerem que os sujeitos envolvidos no itinerário da pesquisa e, em especial a EQM, conseguiram entender o paradigma da *interdisciplinaridade* (cada indivíduo a seu modo e tempo) como uma situação inovadora e possível.

6.3.3 A educação conscientizadora aplicada aos portadores de hipertensão arterial

Os “círculos de cultura” permitem aos PHAS verbalizarem sua realidade cotidiana, com a finalidade de refletir sobre as possibilidades e dificuldades no enfrentamento da doença e o empoderamento para o autocuidado.

A metodologia Freiriana permite um desenvolvimento de trabalhos em grupos, possibilitando a troca de experiências, sendo que o indivíduo se nutre do grupo e o grupo cresce pela colaboração individual dos participantes.

Como afirmamos anteriormente, segundo Freire (1996), seu método consiste em três momentos que se entrelaçam interdisciplinarmente: a investigação temática; a tematização ou codificação; a problematização ou decodificação.

Os resultados da aplicação do instrumento de levantamento da percepção PHAS em relação às práticas educativas (Apêndice H) foram bastante elucidativos em relação aos trabalhos realizados.

Perguntados se a participação nos “círculos de cultura” correspondeu às expectativas, 100% responderam que “sim” e justificaram:

“... ajuda no tratamento de minha doença”. (E-9)

“Fiquei sabendo mais sobre pressão alta. Eu estou tentando mudar minha vida”. (E-2)

“Mudou meu jeito de ser. Eu tava muito sozinho em casa”. (E-7)

“Todo mundo participa, é muito bom”. (E-6)

“Vocês tratam a gente bem. Deram muita informação”. (E-4)

“Ajudei até minha família com minha vinda aqui. Tá sendo muito bom”. (E-5)

“A gente chega e logo fica querendo falar. É bom. Vocês deixam a gente desabafar, né?!” (E-8)

“O que vocês falaram foi bom. Melhor foi as brincadeiras e o desabafo da gente”. (E-10)

“Não vou dar conta de parar com o cigarro. Deu dor de cabeça quando eu tentei. Agora as outras coisas que a gente discutiu foi legal”. (E-3)

“Achei tudo legal. A gente conseguiu ficar unida”. (E-1)

Indagados se o “círculo de cultura” oportunizou novas formas de vivência no tratamento da HAS, 100% responderam que sim e exemplificaram:

As falas foram agregadas em relação aos assuntos:

Tomar o remédio de forma correta. (E-2)

Fazer exercícios regularmente. (E-8)

Alimentar de forma correta. (E-4)

Apoio do grupo de PHAS em relação a cada membro. (E-7)

Caminhadas com maior frequência. (E-3, E-10)

Participar das aulas de dança e artesanato. (E-1, E-10)

As consequências positivas do trabalho foram também notadas em questões relativas ao empoderamento, que relataremos a seguir.

6.3.4 Empoderamento e educação conscientizadora

Os “círculos de cultura” fizeram com que a maioria dos participantes ampliasse sua consciência, passando da percepção ingênua do contexto da sua vida inter-relacionada com a comunidade, para uma visão crítica com vistas a uma reflexão mais aprofundada da realidade.

No início dos trabalhos, percebemos um grupo que estava aguardando a vinda de pessoas para praticar o assistencialismo.

Ficou evidenciada a surpresa do grupo, a partir do momento em que a EQM propôs reflexões sobre a realidade e formas de mudar as atitudes frente aos problemas advindos da PA e também em relação ao convívio coletivo.

Os PHAS perceberam que a EQM não estava trazendo soluções ou “cartilhas” prontas. A disposição de transformar-se e transformar a comunidade deveriam partir dos próprios participantes, de forma organizada e coletiva.

O grupo de PHAS iniciou uma série de reuniões logo após a missa dominical, criando uma comissão que reivindicou junto à Prefeitura Municipal de Uberaba – MG, uma série de benefícios para o bairro.

Destacamos as seguintes:

- palestra sobre vigilância e segurança no bairro, feita pela Prefeitura Municipal de Uberaba – MG (Apêndice S);
- permuta de um terreno para construção da AMVSC e em anexo uma creche comunitária (Apêndice S);
- convênio firmado entre Prefeitura Municipal e Nacional Futebol Clube para atividades de lazer;
- pedido de contribuições diversas (em forma de material de construção) para as empresas que fazem parte do entorno do bairro, para iniciar a construção da AMVSC;
- ofício endereçado ao Secretário de Saúde, reivindicando um NSF para o bairro e maior atenção em relação ao fornecimento de medicamentos. Em resposta, o Secretário determinou que o NSF do Parque São Geraldo fizesse um evento na Vila São Cristóvão denominado “Prevenção da Hipertensão Arterial” (Apêndice S);
- limpeza dos terrenos baldios;
- pavimentação de ruas e recapeamento de vias de acesso ao bairro São Cristóvão.

Essas e outras ações detalharemos a seguir, nas considerações finais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de passarmos às notas conclusivas, consideramos ser necessário nos aprofundar em algumas questões pertinentes à evolução deste trabalho, inclusive para atender a algumas exigências apresentadas nas orientações e observações ricas e também pertinentes sugeridas pela banca examinadora.

Primeiramente, faremos uma explanação sobre a percepção que tivemos em relação à comunidade da Vila São Cristóvão, em especial, aos usuários dos serviços de saúde.

Posteriormente, mostraremos alguns pontos convergentes que parecem ser decisivos para entender que a comunidade da Vila São Cristóvão está caminhando para a independência e, combatendo assim, o assistencialismo.

Logo após, analisaremos a relação que tivemos com a EQM, relatando algumas situações vividas em âmbito intragrupal e intergrupar, fazendo algumas observações que refletem o amadurecimento da EQM e o desenvolvimento de atitudes interdisciplinares entre seus membros.

Finalmente, de forma bastante modesta, listaremos algumas sugestões para futuros trabalhos semelhantes a este, seguidos das notas conclusivas.

7.1 Comentários em relação ao grupo de PHAS e à comunidade da Vila São Cristóvão:

Desenvolver o tema *promoção da saúde*, sob o prisma do processo de organização e desenvolvimento da comunidade, participação social e formação do sujeito crítico, ao longo de 17 (dezessete) meses de trabalho de campo, e

analisando os dados coletados sob a ótica de um paradigma emergente, ou seja, a *interdisciplinaridade*, podemos dizer que esta não foi uma tarefa de fácil realização.

Um dos grandes dilemas do pesquisador foi propor o paradigma da *interdisciplinaridade* como bússola do estudo, entrelaçando-o com *promoção da saúde*, empoderamento e método Paulo Freire de educação.

À medida que os dados foram sendo avaliados por nós, houve uma percepção de que, para chegar a um produto final, haveria necessidade de ser fiel à metodologia proposta em todas as circunstâncias da pesquisa. A opção pelo método da problematização e pela análise temática de Minayo (1996), para a ordenação dos dados, foram passos importantes para demonstrar a riqueza das informações trazidas pelos sujeitos da pesquisa.

O pressuposto desta pesquisa busca discutir uma nova forma de organização dos serviços de atenção à saúde por meio de práticas educativas de uma EQM, sob o paradigma da *interdisciplinaridade*, envolvendo uma parcela usuária em seu processo de organização e distribuição das ações de saúde. Não são essas ações entendidas como aquelas tradicionalmente emanadas dos serviços de saúde (tecnologia intervencionista e medicalização sobre o corpo individual ou coletivo).

Nesse processo de produção de ações, partimos da premissa de que podemos criar formas alternativas e inclusivas que permitem a participação efetiva da população e têm potencialidade de oferecer aos sujeitos ganhos positivos para a saúde. Não podem, esses ganhos, serem mensurados quantitativamente, mas, de uma forma ou outra, podem determinar uma melhor qualidade de vida, assim como podem conduzir a um exercício de cidadania.

Ao analisarmos todo o processo de organização deste projeto para a Vila São Cristóvão, podemos constatar que houve uma efetiva participação e envolvimento

dos usuários. Essa participação é decorrente, primeiramente, da facilidade de integração às reuniões, nas quais, no período de observação participante foi possível verificar a presença de inúmeras pessoas de diversas faixas etárias, desde crianças até pessoas de terceira idade. Outro fato importante é que, basicamente, sua constituição como corpo coletivo teve a presença marcante de mulheres. E grande parte dessas, pertencentes à terceira idade. Assim, muitas vezes, precisavam trazer junto quem estava sob sua guarda.

Obviamente, respeitamos todas as questões éticas em relação aos sujeitos da pesquisa. As reuniões foram direcionadas aos PHAS, mas a presença dos familiares contribuiu de forma preponderante em relação às reivindicações que surgiram como conseqüências do empoderamento (TEIXEIRA, 2002).

A Presidente da AMVSC, que se revelou numa liderança carismática, relatou a mudança de motivação da comunidade, a partir da presença da EQM. Comenta ela que, geralmente, a comunidade não se envolve de modo efetivo, pois o poder público municipal oscila em relação à motivação para participação comunitária.

Demo (1992), discorrendo sobre a questão do Estado, mostra que ele tem a tarefa de agilizar todo o processo de informação e subsídios técnicos que permitem manter a justiça em relação à distribuição de recursos e ações de saúde e, constitucionalmente, tem o dever de fornecer e manter os serviços públicos com formulação de políticas públicas de qualidade.

Esse mesmo autor adverte que a sociedade civil organizada politicamente é a base da sustentação de um Estado comprometido com a democracia.

Percebemos que esse entendimento parece fazer parte do pensamento da Presidente da AMVSC e da Presidente-interina da ASAH-UB, que tanto lutaram para viabilizar este projeto de pesquisa.

Encontramos referências, na Carta de Ottawa e nas conferências de Adelaide, Sundsvall, Jakarta e de Santafé de Bogotá, recomendando a necessidade do compromisso explícito dos governos, dos técnicos de saúde e da comunidade, na busca de um modelo de atenção mais igualitário, respeitando o multiculturalismo e as necessidades regionais (BRASIL, 2002a, 2002b, 2002c, 2002d, 2002e).

O que podemos dizer, subsidiados pelas falas, é que a comunidade começou a perceber que a Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba – MG (SMSU) não contempla a Vila São Cristóvão com ações de saúde, se comparada com outros dois bairros próximos. Tais situações são comprovadas empiricamente, a partir de dados da própria SMSU, informando, por meio de documento oficial, o encaminhamento, de membros da comunidade para 02 (dois) NSF'S localizados em bairros próximos, como já foi detalhado anteriormente.

Tal fato teve como consequência as reuniões na Capela São Cristóvão, após as missas dominicais, onde os moradores, sob a liderança da Presidente da AMVSC, reivindicaram várias melhorias para o bairro, inclusive a criação de um NSF, como já foi relatado anteriormente (Apêndice S).

O reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de habilidades pessoais são recomendações que constam na Carta de Ottawa (BRASIL, 2002a).

Há a necessidade de uma organização tanto social como política para o enfrentamento das situações que paulatinamente vão surgindo para a comunidade. A participação social e, principalmente, a tomada de consciência da situação histórica vivida pela comunidade é que fortalecerão os laços que propiciarão resistência para lutar contra as desigualdades e reivindicar a implantação e desenvolvimento de políticas de saúde (FINKELMAN, 2002).

Portanto, entendemos que essa capacidade de empoderamento é resultante, também, de todo um processo de trabalho junto aos PHAS, que vai desde as primeiras práticas educativas, por meio da problematização, reflexão e ação, até o desenvolvimento de ferramentas para alcançar competência política de fazer-se sujeito histórico, capaz de construir a própria trajetória.

Freire (1987, p. 52) mostra que os seres humanos oprimidos precisam “reconhecer-se como homens, na sua vocação ontológica e histórica de ser mais. A reflexão e a ação se impõem, quando não se pretende, erroneamente, dicotomizar o conteúdo da forma histórica de ser do homem”.

Para Demo (1995), esse processo educativo leva o sujeito a ler criticamente a realidade e, quando necessário for, intervir subsidiado pelo conhecimento que “aprende a aprender”, e com um “saber pensar” que muda o seu mundo circundante (Unwelt, na linguagem Heideggeriana).

Abaixo, alguns pontos convergentes anotados a partir da análise de resultados com os PHAS e com a comunidade da Vila São Cristóvão:

✓ houve uma adesão de 100% em relação aos sujeitos da pesquisa; porém, percebemos que, em relação ao comparecimento de todo o grupo de PHAS, tivemos um índice de abandono de 38,9% (iniciamos com 36 sujeitos e encerramos com 22 participantes). Vale ressaltar, e isso auxilia em trabalhos futuros, que 07 (sete) participantes abandonaram as reuniões por questões divergentes em relação à religião. Declararam que foram impedidos(as) pelos pastores do templo que freqüentam, de participar das reuniões na Capela São Cristóvão;

- ✓ o método da problematização revelou-se um instrumento adequado para trabalhar com a população-alvo, ficando marcada a passagem da consciência ingênua para a consciência crítica, tendo conseqüências positivas em relação ao empoderamento;
- ✓ em relação à obesidade, houve resultados positivos em três sujeitos: E-1 (2,63), E-4 (3,71) e E-8 (0,66) em relação a diminuição do índice de massa corpórea;
- ✓ quanto ao tabagismo, segundo informações dos sujeitos E-3, E-4 e E-5, relataram que não conseguiram deixar o vício, apesar de breves tentativas. O sujeito E-7 informou que não tentou deixar o vício;
- ✓ em relação ao uso de sal nas refeições, somente E-9 continua com o comportamento inadequado em relação às orientações, declarando que “continua a usar **muito** sal no preparo das refeições”;
- ✓ quanto à ingestão de bebida alcoólica, os quatro sujeitos (E-2, E-6, E-7 e E-10) continuam com tal hábito, lembrando que os mesmos informaram “que fazem uso moderado da bebida alcoólica”;
- ✓ no item “consumo de café”, quatro sujeitos declararam que diminuíram as doses de café no decorrer do dia (E-1, E-2, E-7 e E-10);

✓ houve uma mudança significativa em relação ao sedentarismo. A partir dos trabalhos educativos e celebração de convênio com um clube próximo à Vila São Cristóvão, chegamos, ao final dos trabalhos, com 80% de adesão aos exercícios físicos (E-1, E-2, E-3, E-6, E-7, E-8, E-9 e E-10). Ressalta-se aqui que orientamos E-7 e E-8 em relação à regularidade e aos cuidados que devem ser tomados com os exercícios físicos. Os demais sujeitos estão sendo acompanhados e orientados pela EQM no clube conveniado;

✓ no início dos trabalhos educativos, 70% dos sujeitos (E-2, E-3, E-4, E-5, E-8, E-9 e E-10) não praticavam nenhuma atividade de lazer. Ao final dos trabalhos, conseguimos que 80% praticassem uma ou mais atividades de lazer (incluindo dança de salão, curso de bordado e artesanato);

✓ Valemo-nos das idéias de Demo (1995), que faz uma distinção entre autopromoção e auto-sustentação, mostrando que a primeira tem uma face política e a outra uma face econômica, e as duas se inter-relacionam. Segundo ele, quando existe trabalho comunitário que visa à emancipação dos sujeitos, estes não podem prescindir de pedir apoio, mas deixando claro que a ajuda é um primeiro passo. A comunidade deve entender que tem direitos e pode conduzir com certa autonomia, o próprio destino, procurando controlar o Estado por meio de mecanismos democráticos. Com tais parâmetros, observamos atentamente o grupo de PHAS, a Presidente da AMVSC, que juntamente com a comunidade, promove festas beneficentes, bingos, rifas e coleta de doações para iniciar a construção da creche comunitária e da sede da AMVSC (Apêndice S);

- ✓ a Presidente da AMVSC mostra um certo orgulho de ter firmado a parceria com a EQM, deixando claro para nós que o enfrentamento das dificuldades e a celebração das vitórias têm sentidos emancipatórios e não assistencialistas (Apêndice S);
- ✓ o desenvolvimento de lideranças carismáticas com um profundo comprometimento com a comunidade, em constante inter-relação com a EQM, nos faz pensar na importância de trabalhos comunitários que transformem psicossocialmente as pessoas, reafirmando a necessidade contínua de desenvolver o empoderamento;
- ✓ o desenvolvimento de outras atividades mediadoras relatadas pelo grupo, com recursos econômicos próprios, levantados a partir de um trabalho conjunto, coordenado por equipes do bairro (contratação de professora de dança, festa das mães, festa junina, festa dos pais, venda de artesanato e outros) mostra a disponibilidade e motivação da comunidade para a formação de uma rede de suporte social às pessoas necessitadas, nos vários aspectos;
- ✓ a inclusão dos vários sujeitos nas diversas atividades paralelas aos trabalhos educativos, que possibilitaram o desenvolvimento das suas potencialidades individuais e coletivas (bordado, artesanato, culinária, auxílio na organização de eventos da AMVSC, arrecadação de fundos para a construção da creche comunitária, entre outros).

- ✓ a participação de toda a diretoria da AMVSC juntamente com vários membros da comunidade, nos debates da Câmara Municipal de Uberaba – MG, discutindo planejamento orçamentário e cobrando melhorias para o bairro, ao nosso ver, concorrem decisivamente para o exercício de cidadania.

Esse processo de amadurecimento, tanto individual como coletivo, não nasceu com as práticas educativas em si, mas decorrem de um período longo de vivência sofrida, que transformou os trabalhos com o grupo de PHAS, num espaço para a construção de novas perspectivas em relação à melhoria da qualidade de vida.

7.2 Comentários em relação à EQM:

Quando pensamos a respeito deste projeto e visualizamos, teoricamente, a organização de uma EQM voluntária, suas relações internas e o trabalho com os PHAS, confessamos que um mar de incertezas inundou nossa mente.

Inicialmente, pesquisamos outros serviços semelhantes e começamos a perceber que profissionais de diversas áreas, quando discutiam educação em saúde, ainda tinham (em sua maioria) uma concepção biomédica, segunda a qual, a saúde é entendida como “ausência de doença”. Nesse sentido, como já relatado a experiência, em algumas disciplinas, que foram oferecidas nos Programas de Pós-graduação da EERP e da PUC - SP, nos levam a melhor compreender que, devido à própria formação profissional, existe uma tendência de medicalizar as ações dos “programas”, como tradicionalmente os serviços de saúde os fazem.

Contudo, entendemos que o campo da *promoção da saúde* é importante para a articulação de trabalhos educativos e que os profissionais das diversas áreas devem avançar num direcionamento importante para potencializar e compartilhar seus saberes.

Campos (1994) defende que deve haver uma perspicácia por parte dos profissionais de saúde para combinar uma série de tecnologias eficazes na atenção à saúde da população, de modo a diminuir as imensas diferenças econômicas e sociais que incidem sobre o cotidiano das pessoas. O autor reafirma que a atuação na saúde pública exige um aparato tecnológico que faz do profissional um elemento dinâmico e mutável frente às situações do dia-a-dia. O ideal seria combinar todas as formas de atenção à saúde dos sujeitos, sendo inclusive capaz de incorporar à sua subjetividade novas formas de pensar o ser humano, diferentes daquelas aprendidas na academia.

Sabemos que extrapolar os conhecimentos *disciplinares* adquiridos na academia requer uma flexibilidade que, muitas vezes, não é suportável às mudanças. Para muitos profissionais formados dentro de um modelo rígido, essas mudanças podem ser entendidas como um “rompimento” dos saberes estabelecidos no processo de produção de ações em saúde.

Gattás (2005) afirma que para o profissional que vai atuar junto à comunidade é necessário predisposição para compreender os percursos pedagógicos de alguns enfrentamentos, buscando entender que as ações não devem ser restritas ao campo individual e, sim, na amplitude de um pensar junto aos interesses da comunidade. Muitas vezes, isso não está claro para quem traz dentro de si uma formação rígida e fragmentada.

Assim, o exercício do grupo em discutir alguns temas durante 16 (dezesesseis) encontros e depois ir a campo para entender o processo interdisciplinar, possibilitou a todos um aprendizado muito importante, que pode ser confirmado na falas já apresentadas.

Ainda que o prazo tenha sido pequeno em relação aos pressupostos do projeto, notamos que a busca da atitude interdisciplinar mantém-se muito forte no cotidiano dos profissionais que atuaram nas práticas educativas desse trabalho.

Abaixo, algumas de nossas considerações sobre o amadurecimento dos membros da EQM:

- ✓ perceberam que a *interdisciplinaridade* ultrapassa a idéia de uma somatória de disciplinas;
- ✓ compreenderam que a *interdisciplinaridade* amplia as áreas do saber e atua como um elemento integrador, num processo efetivo e contínuo de superação das “barreiras disciplinares”;
- ✓ aprofundando o conceito de *interdisciplinaridade*, os membros da EQM iniciaram um processo de abertura ao diálogo entre as profissões, percebendo a importância do processo de cooperação e troca de experiências;
- ✓ os membros da EQM perceberam que a inter-relação entre os profissionais gera um clima motivacional, influenciando, de forma significativa, o trabalho

com os PHAS. Exemplo: iniciamos e terminamos o trabalho com os mesmos profissionais (taxa de abandono **zero**);

✓ sendo o trabalho um *continuum*, os membros da EQM perceberam que é na vivência cotidiana e contextualizada que o projeto torna-se interdisciplinar;

✓ os membros da EQM refletiram sobre a formação profissional de cada um, percebendo a fragmentação dos saberes e o entrave que isso pode causar num projeto interdisciplinar;

✓ refletindo sobre a importância da atitude interdisciplinar, os membros da EQM compreenderam que passaram momentos de práticas multidisciplinares pluridisciplinares e conseguiram chegar ao estágio inicial das práticas interdisciplinares (VASCONCELOS, 2002);

✓ perceberam que projetos interdisciplinares, quando desenvolvidos no âmbito da *promoção da saúde*, podem ser efetivados com resultados positivos;

✓ aprovaram o planejamento dos 16 (dezesseis) encontros anteriores ao trabalho com os PHAS, enfatizando a importância das reflexões sobre os temas propostos, reconhecendo que as discussões deram sustentação às práticas educativas;

- ✓ vivenciaram a importância que os PHAS deram à presença constante da EQM e como eles modificaram a forma de pensar e agir no enfrentamento da enfermidade;
- ✓ para toda a EQM, ficou demonstrada a relevância social do trabalho e as consequências positivas para toda a comunidade da Vila São Cristóvão.

7.3 Sugestões:

A partir das reflexões de Takayanagui (1986), em um estudo sobre a prática educativa em saúde, e levando em conta as observações feitas anteriormente, juntamente com as complexas e aceleradas mudanças que estão ocorrendo na atualidade, de forma modesta, vamos sugerir alguns tópicos que, para nós, ficaram evidentes no desenvolvimento dos trabalhos:

1. Temas transversais devem fazer parte do ensino, em todos os níveis, pois podem ser um dos caminhos para minimizar as dificuldades advindas da formação “disciplinar” imposta pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN).
2. Os estudiosos de currículos devem estar atentos em relação à estruturação curricular dos cursos de graduação e pós-graduação, em relação à riqueza da *interdisciplinaridade*, e à possibilidade de sua aplicação em todos os campos do saber.

3. A educação em saúde deve ser praticada não com o objetivo primeiro de mudar comportamentos, mas, sim, buscar fazer com que a pessoa se sinta motivada para refletir, de forma crítica, sobre sua situação no mundo (*Dasein* na linguagem existencialista) e as possibilidades de transformar a realidade.
4. Para a concretização de tais estratégias, é necessário um diagnóstico seguro e profundo da realidade social com a qual se pretende trabalhar. É preciso acreditar que as transformações são viáveis e persistir nas ações educativas.
5. A EQM deve tornar-se uma realidade em todas as áreas de prestação de serviços de saúde à comunidade. Podemos pensar também na possibilidade de amadurecimento dessas equipes por meio do desenvolvimento de atitudes interdisciplinares.
6. O comprometimento dos profissionais de saúde envolvidos no processo educativo deve ser profundo. Devemos superar a posição ingênua de “neutralidade científica” e tentar compartilhar saberes que alcancem uma práxis transformadora. Segundo Freire (1996), “buscar a boniteza do ato de educar”.
7. Os profissionais da área de saúde devem refletir sobre a diferença entre ministrar aulas e coordenar grupos de suporte.

8. É mister que a formação de EQM, para atender grupos de PHAS, siga corretamente as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Esse documento congrega idéias de estudiosos que diagnosticaram, de forma criteriosa, a realidade brasileira (MION JÚNIOR et al., 2006).

9. Há a necessidade de se criar novas estratégias que aumentem a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Segundo Mion Júnior et al. (2006, p. 30), os principais determinantes da não-adesão ao tratamento são:

a) Falta de conhecimento do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica. b) Baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar e baixa auto-estima. c) Relacionamento inadequado com a equipe de saúde. d) Tempo de atendimento prolongado, dificuldade na marcação de consultas, falta de contato com os faltosos e com aqueles que deixam o serviço. e) Custo elevado dos medicamentos e ocorrência de efeitos indesejáveis. f) Interferência na qualidade de vida após o início do tratamento.

7.3.1 Proposições para futuros estudos:

- Delimitando uma região e com o apoio de órgãos oficiais e conselhos regionais de enfermagem, poder-se-iam analisar as estruturações curriculares das Escolas de Enfermagem, objetivando investigar a formação do Enfermeiro em relação ao paradigma da *interdisciplinaridade*.
- As propostas do presente trabalho poderiam ser investigadas sob o paradigma da complexidade (Morin, 2000) que se revela bastante atual e de uma profundidade inquietante.

7.4 Notas (in) conclusivas

A experiência vivenciada neste trabalho, ao mesmo tempo em que revelou riqueza e complexidade, representou um esforço exploratório em alguns caminhos já percorridos (problematização e análise temática entre outros) e em outro pouco percorrido (*interdisciplinaridade*), mas que podem viabilizar uma maior aproximação com os resultados, em saúde, de ações educativas dos portadores de hipertensão arterial.

Tantas são as questões geradas e multiplicadas a cada situação que se apresenta e tantas as incertezas impostas pelos limites dos métodos e das análises, que a sensação, ao final, é de que talvez o mais importante seja exatamente a *busca* constante, a possibilidade de ordenar pensamentos e idéias, traduzi-los em tentativas e correr os riscos do próprio inacabamento no processo de conhecer.

Considerando os pilares de realização do trabalho, caracterizados por uma EQM voluntária e sem recursos financeiros e os PHAS motivados pela vontade de conhecer, entender e sentir o poder do autocuidado, pode-se dizer que, com todos os limites, trata-se de uma experiência bem sucedida em sua implantação e com potencial de replicação por pessoas e organizações comprometidas com ações integrais para a saúde dos PHAS.

As mudanças sofridas pelo sistema de saúde brasileiro, nas últimas décadas, mostram a importância de formar profissionais de saúde com um perfil diferente do que vinha sendo formado pelo modelo tradicional.

É importante apresentar alternativas como o paradigma da *interdisciplinaridade*, para que possamos ter profissionais verdadeiramente

comprometidos com o trabalho em equipe, tendo uma visão crítica da sociedade, com competência técnica e política e sempre atualizados em seus conhecimentos.

O estudo revelou que, mesmo com as contradições existentes na formação dos profissionais, as experiências interdisciplinares podem ocorrer e beneficiar os seres humanos que necessitam de cuidados em saúde.

Espera-se que este trabalho encoraje e instrumentalize as várias práticas que permeiam os acertos e desacertos da Saúde Pública no Brasil. Que os profissionais possam potencializar seu importante papel na luta, nada simples, pela *promoção da saúde* e da qualidade de vida dos menos favorecidos em nossa sociedade.

8 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. A. et al. Prevenção primária e detecção precoce da hipertensão arterial em escolas do ensino médio: projeto comunitário envolvendo estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 26, n. 2, p. 88-93, mar./ago. 2002.

ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LIANOS, M. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec, 1999. 617 p.

ALTHUSSER, L. **Ideologia e aparelhos ideológicos de Estado**. Lisboa: Presença, 1980. 121 p.

ANDERSON, M. I. P. et al. Saúde e qualidade de vida na terceira idade. **UnATI/UERJ**, n. 1, p. 1-44. 1998.

ANDRADE, C. D. **Lições de coisas**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1962. 202 p.

ASSIS, M. **Promoção da saúde e envelhecimento**: avaliação de uma experiência no ambulatório do núcleo de atenção ao idoso da UnATI/UERJ. 2004. 220 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

BALBACH, A. **As plantas curam**. Itaquaquecetuba: Missionária, 1992. 250 p.

BARBOSA, D. A competência do educador popular e a interdisciplinaridade do conhecimento. In: FAZENDA, I. C. (Org.). **Práticas interdisciplinares na escola**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2005. p. 65-77.

BATISTA, M. C.; OLIVEIRA, C. J. R.; RIBEIRO, A. B. Hipertensão arterial. **Revista Brasileira Médica**, v. 60, p. 66-76, dez. 2003.

BECKER, D. **No seio da família**: amamentação e promoção da saúde no programa da saúde da família. 2001. 127 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Hucitec, 1994. 178 p.

BERBEL, N. A. N. A metodologia da problematização no ensino superior e sua contribuição para o plano da práxis. **Ciências Sociologia/Humana**, v. 17, p. 7-17, nov. 1996.

BERWANGER, O.; AVEZUM, A. Hipertensão como fator de risco cardiovascular: oportunidades de prevenção. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 11, n. 2, p. 119-123, abr./jun. 2004.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 2000. 199 p.

BOHOSLAVSKY, R. **Orientação vocacional**. São Paulo: Martins Fonseca, 1998. 218 p.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. Petrópolis: Vozes, 1991. 312 p.

BORREL, C. **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 210.

BRANDÃO, A. A. et al. 3ª diretrizes para uso da monitorização ambulatorial da pressão arterial. 1ª diretrizes para uso da monitorização residencial da pressão arterial 3º MAPA/1º MRPA. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 8, n. 1, p. 143-155, jan./mar. 2001.

BRANDÃO, C. R. **O que é método Paulo Freire**. São Paulo: Brasiliense, 1981. 113 p.

_____. (Org.). **Pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1999. 212 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

_____. **Controle da hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro: Secretaria de Assistência à Saúde, 1993.

_____. **Saúde em família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade, Brasília, 1997.

_____. **Carta de Ottawa.** 2002a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/promoção/ottawa.htm>>. Acesso em: 01 nov. 2004.

_____. **Declaração de Adelaide.** 2002b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/promoção/adelaide.htm>>. Acesso em: 01 nov. 2004.

_____. **Declaração de Sundsvall.** 2002c. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/promoção/sundsvall.htm>>. Acesso em: 01 nov. 2004.

_____. **Carta de Bogotá.** 2002d. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/promoção/bogota.htm>>. Acesso em: 01 nov. 2004.

_____. **Declaração de Jacarta.** 2002e. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/promoção/jacarta.htm>>. Acesso em: 01 nov. 2004.

_____. **Prevenção e combate à hipertensão.** 2005. Disponível em: <[http://www.sbh.org.br/ hipertensão arterial](http://www.sbh.org.br/hipertensão%20arterial)>. Acesso em: 18 nov. 2005.

BUBER, M. **Eu e tu.** São Paulo: Moraes, 1978. 170 p.

_____. **Do diálogo e do dialógico.** São Paulo: Perspectiva, 1982. 171 p.

BUSS, P. M. **Promoção da saúde e a saúde pública:** contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 236 p.

_____. Promoção e educação em saúde no âmbito da escola de governo em saúde da escola nacional de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, p. 177-185, nov. 1999.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. de O. **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-87.

CAMPOS JÚNIOR, R. et al. Hipertensão arterial: o que tem a dizer o sistema nervoso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 8, n. 1, p. 41-54, jan./mar. 2001.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, vol. 31, n. 2, p. 2-5, 1997.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. 21. ed. São Paulo: Cultrix, 2000. 447 p.

_____. **A teia da vida**. 5. ed. São Paulo: Cultrix, 1996. 256 p.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, jul./ago. 2004.

CESARINO, C. B. **Eficácia da educação conscientizadora no controle da hipertensão arterial sistêmica**. 2000. 147 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto, 2000.

CHAPLE, E. B. Henry E. Sigerist y la medicina social occidental. **Revista Cubana Salud Pública**, v. 28, n. 1, p. 62-70, junio. 2002.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 1997. 440 p.

CHAVES, E. C.; CADE, N. V. Efeitos da ansiedade sobre a pressão arterial em mulheres com hipertensão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n. 2, p. 162-167, mar./abr. 2004.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Campus, 2004. 576 p.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 2001. 164 p.

CHOR, D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 423-425, abr./jun. 1999.

CHOR, D.; FAERSTEIN, E. Um enfoque epidemiológico da promoção da saúde: as idéias de Geoffrey Rose. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 241-244, jan./mar. 2000.

CLARET M. **Chaplin por ele mesmo**. São Paulo: Martin Claret, 2002. 158 p.

CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C. (Org.). **Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 1995. 350 p.

COHN A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. 163 p.

CONSUEGRA, R. V. G.; ZAGO, M. M. F. Crenças entre fumantes em um programa de saúde cardiovascular. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. especial, p. 412-419, mar./abr. 2004.

CUNHA, I. C. K. O.; CARMAGNANI, M. I. S.; CORNETTA, V. K. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com hipertensão arterial em acompanhamento ambulatorial. **Revista Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 269-271, set./dez. 2002.

CRUZ, I. C. F. **Consulta de enfermagem ao cliente hipertenso**. 1989. 70 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1989.

DAHLGREN, G. E. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Copenhagen: WHO/Regional Office for Europe, 1992. p. 7-23.

DEMO, P. **Cidadania menor: algumas indicações quantitativas de nossa pobreza política**. Petrópolis: Vozes, 1992. 192 p.

_____. **Cidadania tutelada e cidadania assistida**. São Paulo: Autores associados, 1995. 171 p.

DEVER, G. E. A. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. São Paulo: Pioneira, 1988. 394 p.

DICIONÁRIO ENCICLOPÉDICO. **Educação**. 2. ed. Barcelona: Salvat, 1952. p. 619.

DICIONÁRIO ETIMOLÓGICO-PROSÓDICO DA LÍNGUA PORTUGUESA. **A – prefixo negativo ou privativo**. 5. vol. São Paulo: Lisa, 1988. p.1.

_____. **Aluno**. 5. vol. São Paulo: Lisa, 1988. p. 189.

_____. **Luminar + aris**. 5. vol. São Paulo: Lisa, 1988. p.2231.

DOSSEY, L. **Espaço, tempo e medicina**. São Paulo: Cultrix, 1998. 280 p.

DOMINGUES, I (Org.). **Conhecimento e transdisciplinaridade**. UFMG: IEAT, 2001. 73 p.

DRESSLER, W. W.; DOS-SANTOS, J. E. D. Correlações socioculturais da pressão arterial: os estudos de Dressler e Dos-Santos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 8, n. 2, p. 225-229, abr./jun. 2001.

DUCHIADE, M. P. População brasileira: um retrato em movimento. In: MINAYO (Org.) M. C. S. **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1995. p. 14-56.

ELIOT, T. S. **Poesia**. São Paulo: Arx, 2004. 568 p.

ENCICLOPÉDIA LAROUSSE CULTURAL. **Taylor (Frederick Winslow)**. São Paulo: Círculo do livro, 1988. p. 1906.

_____. **Freire (Paulo Reglus Neves)**. São Paulo: Círculo do livro, 1988. p. 2630.

_____. **Dewey (John)**. São Paulo: Círculo do livro, 1988. p. 3482.

_____. **Kilpatrick (William Heard)**. São Paulo: Círculo do livro, 1988. p. 5722.

ENGBERSEN, G. **Moderne armoede: feit en fictie**. Sociologische Gids. 1991. p. 7-22.

ETGES, N. J. Ciência, interdisciplinaridade e educação. In: JANTSCH, A. P.; BIANCHETTI, L. **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 51-84.

FAZAN JÚNIOR, R.; SILVA, V. J. D. Principais fatores que interferem nas variações da pressão arterial e do intervalo cardíaco. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 7, n. 2, p. 180, abr./jun. 2000.

FAZAN JÚNIOR, R.; SILVA, V. J. D.; SALGADO, H. C. Modelos de hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 8, n. 1, p. 19-29, jan./mar. 2001.

FAZENDA, I. C. **Educação no Brasil anos 60: o pacto do silêncio**. São Paulo: Loyola, 1988. 126 p.

_____. **Interdisciplinaridade: um projeto em parceria**. São Paulo: Loyola, 1991. 119 p.

_____(Org.). **A pesquisa em educação e as transformações do conhecimento**. 7. ed. Campinas: Papirus, 1995. 159 p.

_____(Org.). **Didática e interdisciplinaridade**. 7. ed. Campinas: Papirus, 1998. 192 p.

_____(Org.). **Novos enfoques da pesquisa educacional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001a. 135 p.

_____. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa**. 8. ed. Campinas: Papirus, 2001b. 143 p.

_____(Org.). **Metodologia da pesquisa educacional**. São Paulo: Cortez, 2002a. 174 p.

_____. **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia?** 5. ed. São Paulo: Loyola, 2002b. 107 p.

_____(Org.). **Dicionário em construção: interdisciplinaridade**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002c. 272 p.

_____. **Interdisciplinaridade: qual o sentido?** São Paulo: Paulus, 2003. 84 p.

_____. **Práticas interdisciplinares na escola**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2005. 147 p.

FEIJÃO, A. M. M. et al. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população urbana de baixa renda. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, n. 1, p. 29-33, jan. 2005.

FERREIRA S. L. Introduzindo a noção de interdisciplinaridade. In: FAZENDA, I. C. (Org.). **Práticas interdisciplinares na escola**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2005. p. 33-35.

FERREIRA, S. R. G.; ZANELLA, M. T. Epidemiologia da hipertensão arterial associada à obesidade. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 7, n. 2, p. 128-135, abr./jun. 2000.

FIGUEIREDO, J. S. **Epistemologia, existência e cultura em Freud**: uma breve reflexão filosófica. 1994. 109 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 1994.

FIGUEIREDO. J. S. A escolha. In: TERRA, G. A. D. **Voluntário**: agente de transformação social. Uberaba: G. A. Degraf, 2000. 96 p.

FIGUEIREDO, N. M. A (Org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul: Difusão Enfermagem, 2004. 523 p.

FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 328 p.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1977. 278 p.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 22. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1979. 220 p.

_____. **Conscientização**: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980. 102 p.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. 150 p.

_____. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 79 p.

_____. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 28. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 148 p.

FREIRE, P.; NOGUEIRA, A. **Que fazer:** teoria e prática em educação popular. Rio de Janeiro: Vozes, 1989. 68 p.

FREITAS, V. T. M. Interdisciplinaridade pneumo-cárdio em educação comunitária e promoção da saúde de um bairro na periferia de Volta Redonda. **Reabilitar**, v. 24, n. 6, p. 45-49, nov. 2004.

FUCHS, F. D.; GUS, M.; SIMÕES, B. Classificação e estratificação de risco da hipertensão arterial. In: PIERIN, A. M. G. **Hipertensão arterial:** uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole, 2004. p. 71-82.

GADOTTI, M. **Escola cidadã.** 9. ed. São Paulo: Cortez, 2003. 78 p.

GADOTTI, M.; FREIRE, P.; GUIMARÃES, S. **Pedagogia:** diálogo e conflito. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1986. 127 p.

GALLATIN, J. **Adolescência e individualidade:** uma abordagem conceitual da psicologia da adolescência. São Paulo: Harper e Row do Brasil, 1978. 397 p.

GALUPPO, A (Org.). **Vivências:** uma aprendizagem efetiva. 2. ed. Belo Horizonte: Grupo Projetar, 2002. 276 p.

GATTÁS, M. L. B. **Interdisciplinaridade em cursos de graduação na área da saúde da Universidade de Uberaba - UNIUBE.** 2005. 220 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2005.

GORAYEB, R. Psicologia e hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 7, n. 2, p. 185-187, abr./jun. 2000.

GUDDSDORF, G. **Professores para quê?** São Paulo: Martins Fontes, 1987. 213 p.

GUIMARÃES, F. P. M. **Indivíduos com diabetes mérito tipo 2:** perfil e prática adotada em relação ao tratamento não medicamentoso. 2001. 121 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2001.

HEGENBERG, L. **Doença**: um estudo filosófico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 137 p.

HERNÁNDEZ, A. Q. et al. La calidad de la vida del paciente diabético. **El Hospital**, p. 36-41, febr./mar. 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Mapeia os Serviços de Saneamento Básico no País**. 2005. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/ /noticias/pnsb>. Acesso em: 05 fev. 2006.

IOSCHPE, E. B. (Org.). **Desenvolvimento social sustentado**. São Paulo: Paz e Terra, 1997. 173 p.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. 220 p.

_____. **Introdução à epistemologia da psicologia**. Rio de Janeiro: Imago, 1982. 175 p.

_____. **A pedagogia da incerteza e outros estudos**. Rio de Janeiro: Imago, 1983. 171 p.

JARDIM, P. C. B. V. A contribuição das associações de pacientes hipertensos para o controle da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 9, n. 2, p. 26-27, abr./jun. 2002.

JUNG, C. G. **O homem e seus símbolos**. 15. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2005. 320 p.

KAPLAN, I.; SADOCK, B. J. **Compêndio de psicoterapia de grupo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 636 p.

KRASILCIC, S. Hipertensão leve: tratamento contínuo ou intermitente? **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 7, n. 2, p. 183-184, abr./jun. 2000.

LACERDA, J. T. **Impacto da saúde na qualidade de vida**. 2005. 210 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2005.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974. 77 p.

LALUNA, M. C. M. C.; FERRAZ, C. A. Compreensão das bases teóricas do planejamento no currículo integrado de um curso de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 6, p. 771-777, nov./dez. 2003.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991. 177 p.

LARROSA J. **Pedagogia profana: danças, piruetas e mascaradas**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. 165 p.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Os novos instrumentos no contexto da pesquisa qualitativa. In: LEFÈVRE, F. et al. (Org.). **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000. p. 11-35.

LEFF, E. **Saber ambiental: sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder**. Petrópolis: Vozes, 2001. 494 p.

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 8, n. 4, p. 383-392, out./dez. 2001.

LEWIS, M. **Alterando o destino: por que o passado não prediz o futuro**. São Paulo: Moderna, 1999. 272 p.

LIMA FILHO, E. C. Debate sobre o artigo de Minayo e Sanches. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, n. 4, p. 1-3, jul./set. 1993.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

MACIEL, B. C. A hipertrofia cardíaca na hipertensão arterial sistêmica: mecanismo compensatório e desencadeante de insuficiência cardíaca. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 8, n. 4, p. 409-413, out./dez. 2001.

MAILHIOT, G. B. **Dinâmica e gênese dos grupos**. 6. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1985. 188 p.

MARTIN, J. F. V. et al. Perfil de crise hipertensiva: prevalência e apresentação clínica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 83, n. 2, p. 125-135, ago. 2004.

MARTINS, D. S. **Português instrumental**: de acordo com as normas da ABNT. 25. ed. São Paulo: Atlas, 2004. 560 p.

MASI, D. D. (Org.). **A emoção e a regra**: os grupos criativos na Europa de 1850 a 1950. 6. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1999. 419 p.

MAZON, L.; TREVIZAN, M. A. Fecundando o processo da interdisciplinaridade na iniciação científica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 4, p. 83-87, jul. 2001.

MCGUIRE, W.; HULL, R. F. C. **C. G. Jung**: entrevistas e encontros. São Paulo: Cultrix, 1977. 407 p.

MELLO FILHO, J. de. **Grupo e corpo**: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 435 p.

MENDES, H. W. B.; CALDAS JÚNIOR, A. L. Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 20-26, mai. 2001.

MENDES, M. D. **Realidade ocupacional de trabalhadores de galerias de águas pluviais - educação conscientizadora para prevenção de doenças e acidente do trabalho**. 1993. 263 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1993.

_____. **Enfermagem do trabalho e educação em saúde**: modelo de educação conscientizadora para “CIPAs” de empresas públicas. 1999. 213 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1999.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 662 p.

MICHAELIS. Moderno dicionário inglês-português, português-inglês. **Empowerment**. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 2000. 1735 p. p. 633.

_____. **Empoderamento**. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 2000. 1735 p. p. 1178.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1996. 269 p.

MION JÚNIOR, D. M. et al. 4ª Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 82, supl. 4º, p. 8-22, mar. 2004.

_____. 5ª Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, p. 4-49, fev. 2006.

MONEGO, E. T.; MAGGI, C. Gastronomia na promoção da saúde dos pacientes hipertensos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 11, n. 2, p. 105-108, abr./jun. 2004.

MONTEIRO, P. P. **Envelhecer: histórias, encontros e transformações**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. 269 p.

MORAES, M. C. **Educar na biologia do amor e da solidariedade**. Petrópolis: Vozes, 2003. 292 p.

MOREIRA, A. F. B. **Currículos e programas no Brasil**. 12. ed. Campinas: Papirus, 1990. 232 p.

MOREIRA, A. M. M. et al. Cadernos de escolas promotoras de saúde – I. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 1, p. 1-57, dez. 2004.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000. 350 p.

NAKASATO, M. Sal e hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 11, n. 2, p. 95-97, abr./jun. 2004.

NOBLAT, A. C. B. et al. Complicações da hipertensão arterial em homens e mulheres atendidos em um ambulatório de referência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 83, n. 4, p. 308-319, out. 2004.

NOBRE, F.; COELHO, E. B. Três décadas de mapa: monitorização ambulatorial da pressão arterial de 24 horas: mudanças de paradigmas no diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 81, n. 4, p. 428-434, mar. 2003.

NONINO-BORGES, C. B. N.; DOS-SANTOS, J. E. D. Terapia nutricional nas alterações metabólicas associadas à hipertensão arterial (diabetes melito, dislipidemias, hiperuricemia). **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 11, n. 2, p. 98-101, abr./jun. 2004.

NOVO DICIONÁRIO AURÉLIO: da língua portuguesa. **Aluno**. São Paulo: Nova Fronteira, 1986. p. 95.

_____. **Conscientização**. São Paulo: Nova Fronteira, 1986. p. 457.

OLIVEIRA, F. Cafeína: a droga que deixa seu cérebro ligado! **Revista Saúde é Vital**, n. 269, p. 34-39, jan. 2006.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000. 125 p.

PÉREZ GÓMEZ, A. I. **A cultura escolar na sociedade neoliberal**. Porto Alegre: Artmed, 2001. 320 p.

PÉREZ RIERA, A. R. P. **Hipertensão arterial: conceitos práticos e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000. 462 p.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, set./out. 2003.

PIERIN, A. M. G. **A pessoa com hipertensão arterial em tratamento no ambulatório: estudo sobre os problemas, dificuldades e expectativas quanto à doença e tratamento**. 1985. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1985.

_____. **Medidas da pressão arterial no ambulatório pelo cliente, enfermeira e médico comparadas a registros domiciliares**. 1992. 119 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1992.

_____. **Hipertensão arterial:** uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole, 2004. 372 p.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p.

RAMOS, M. A. et al. Processo do leite de jorro com recheio de inertes na indústria de alimentos, caracterizado por uma discussão pedagógica interdisciplinar. In: II JORNADA CIENTÍFICA DA FAZU, 26, 2003. **Resumo.** Uberaba: Faculdades Associadas de Uberaba, 2004. p.105-106.

_____. Processo do leite de jorro com recheio de inertes na indústria de alimentos, caracterizado por uma discussão pedagógica interdisciplinar. **FAZU em Revista**, v. 1, n. 1, p. 38-47, mai. 2005.

REIS, M. G.; GLASHAN, R. Q. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 51-57, mai. 2001.

REZENDE, D. F. et al. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica em escolares de 7 a 14 anos no município de Barbacena Minas Gerais, em 1999. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 81, n. 2, p. 375-380, out. 2003.

RIBEIRO, A. B.; ZANELL, M. T. Tratamento da hipertensão arterial no paciente obeso. **Revista Brasileira Cardiologia**, v. 7, n. 2, p. 172-178, abr./jun. 2000.

RIETRA, R. C. P. **Inovações na gestão em saúde mental:** um estudo de caso sobre o CAPS na cidade do Rio de Janeiro. 1999. 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

ROCHA, R. et al. Efeito de estresse ambiental sobre a pressão arterial de trabalhadores. **Revista Saúde Pública**, v. 36, n. 5, p. 33-42, out. 2002.

RODRIGUES, R. A. P. **Atividade educativa da enfermeira geriátrica:** conscientização para o autocuidado das idosas que tiveram “queda”. 1993. 203 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1993.

ROSA, E. C.; PLAVNIK, F. L.; TAVARES, A. Hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira Médica**, v. 61, p. 57-69, dez. 2004.

ROSSI, L. A. **O processo de enfermagem em uma unidade de queimados: análise e reformulação fundamentadas na pedagogia da problematização**. 1992. 222 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1992.

SÁ, J. L. M (Org.). **Serviço social e interdisciplinaridade: fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão**. São Paulo: Cortez, 1995. 75 p.

SACRISTÁN, J. G. **O currículo: uma reflexão sobre a prática**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. 352 p.

SANTOMÉ, J. T. **O currículo oculto**. Porto Alegre: Artmed, 1995. 222 p.

_____. **Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1998. 275 p.

SANTOS, B. S. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 176 p.

SANTOS, Z. M. S. A.; SILVA, R. M. S. Consulta de enfermagem à mulher hipertensa: uma tecnologia para educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 6, p. 605-609, nov./dez. 2003.

SAVIANI, D. **Educação: do senso comum à consciência filosófica**. São Paulo: Cortez, 1986. 224 p.

SEVERINO, J. A. Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade. In: SÁ, J. L. M (Org.). **Serviço social e interdisciplinaridade: fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão**. São Paulo: Cortez, 1995. p. 11-22.

SILVA, M. C. F. **Depressão: pontos de vista e conhecimento do enfermeiro da rede básica de saúde**. 2001. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2001.

SIMÃO, M. et al. Doenças cardiovasculares: perfil de trabalhadores do sexo masculino de uma destilaria do interior paulista. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 27-35, 2002. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 28 nov. 2004.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 34-43.

SOUZA, W. K. S. B. Benefícios da atividade física na hipertensão arterial e orientações práticas. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 11, n. 2, p. 115-116, abr./jun. 2004.

STRELEC, M. A. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 81, n. 4, p. 343-348, out. 2004.

TAKAYANAGUI, A. M. M. **Implantação e avaliação de um projeto comunitário de educação em saúde para gestantes**. 1986. 233 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1986.

_____. **Trabalhadores de saúde e meio ambiente: ação educativa do enfermeiro na conscientização para gerenciamento de resíduos sólidos**. 1993. 179 f. Tese (Doutorado em Programa Interunidades) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1993.

_____. **Risco ambiental e o gerenciamento de resíduos nos espaços de um serviço de saúde no Canadá: um estudo de caso**. 2004. 88 f. (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2004.

TEIXEIRA A. C. A. **Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e seus determinantes em pacientes de ambulatório**. 1998. 115 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) da Universidade Federal do Ceará, 1998.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. 2002. 133 f. Dissertação (Mestrado no Departamento de Administração e Planejamento em Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

TERRA, G. A. D. **Voluntário: agente de transformação social**. Uberaba: G. A. Degraf, 2000. 96 p.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2003. 107 p.

TOBAR, F; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 172 p.

TORRES, C. A. (Org.). **Educação, poder e biografia pessoal: diálogos com educadores críticos**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 245 p.

TREVIZAN, M. A. et al. A busca da competência do cuidado segundo Boff: uma perspectiva de conduta ética da enfermeira gerente. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 652-657, set./out. 2003.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 176 p.

TUFANO, W. **Reflexões de um professor sobre o ensino: aprendizagem da informática numa perspectiva interdisciplinar**. 2001. 94 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2001.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Comitê de Ética em Pesquisa. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Ribeirão Preto: CEP-EERP/USP, 1999. 44 p.

UNIVERSIDADE DE UBERABA. Programa de mestrado em ciências e valores humanos. **Projeto de implantação**. Uberaba, 2001. 93 p.

VALLS, A. L. M. **O que é ética**. São Paulo: Brasiliense, 2005. 85 p.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. Petrópolis: Vozes, 2002. 343 p.

VEIGA, E. V. **Medida indireta da pressão arterial em função da largura do manguito, em escolares de 6 a 10 anos de idade**. 1995. 162 f. Tese (Doutorado

em Enfermagem Geral e Especializada) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1995.

VERGNIÈRES, S. **Ética e política em Aristóteles**: physis, ethos, nomos. São Paulo: Paulus, 1998. 304 p.

VILELA, E. M. **Interdisciplinaridade no ensino de graduação em enfermagem**: um estudo de caso. 2002. 199 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2002.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. **Entre Newton e Einstein**: desmedicalizando o conceito de saúde. Ribeirão Preto: Holos, 2000. 83 p.

WHO (World Health Organization). The Ottawa charter for health promotion. Ottawa: **Canadian Public Health Association**, 1986.

ZAGO, M. M. F. **O ritual de orientação de pacientes pelos enfermeiros cirúrgicos**: um estudo etnográfico. 1994. 154 f. Tese (Doutorado em Educação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1994.

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA DO TRIÂNGULO MINEIRO-FMTM
PRÓ-DIRETORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO
COORDENADORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

Endereço: Rua Frei Paulino 30 - 2º andar – CEA – Bairro Abadia
CEP 38025-180 – Uberaba(MG) - TELEFAX: 34-3318-5854 – E-mail: cep@prodepe.fmtm.br

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Projeto de Pesquisa A PROMOÇÃO DE SAÚDE DE UM GRUPO DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL ATRAVÉS DE AÇÕES EDUCATIVAS DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DO PARADIGMA DA INTERDISCIPLINARIDADE, de autoria de José Sebastião de Figueiredo, foi protocolado neste Comitê em 26-11-2003 sob o número 436 e aprovado em 12-12-2003.

Uberaba, 07 de abril de 2004.

João Batista Ribeiro
Coordenador do CEP/FMTM

ANEXO B – Fábula da Convivência

Durante uma era glacial, muito remota, quando parte do globo terrestre esteve coberto por densas camadas de gelo, muitos animais não resistiram ao frio intenso e morreram, indefesos, por não se adaptarem às condições do clima hostil. Foi então que grande manada de porcos-espinhos, numa tentativa de se proteger e sobreviver, começou a se unir, a juntar-se mais e mais. Assim, cada um podia sentir o calor do corpo do outro. E todos juntos, bem unidos, agasalhavam-se mutuamente, aqueciam-se, enfrentando por mais tempo aquele inverno tenebroso.

Porém, vida ingrata, os espinhos de cada um começaram a ferir os companheiros mais próximos, justamente aqueles que lhes forneciam mais calor, aquele calor vital, questão de vida ou de morte.

E afastaram-se, feridos, magoados, sofridos. Dispersaram-se, por não suportarem mais tempo os espinhos de seus semelhantes.

Doíam muito...

Mas essa não foi melhor solução: afastados, separados, logo começaram a morrer congelados. Os que não morreram voltaram a se aproximar, pouco a pouco, com jeito, com precauções, de tal forma que, unidos, cada qual conservava uma certa distância do outro, mínima, mas o suficiente para conviver sem ferir, para sobreviver sem magoar, sem causar danos recíprocos.

Assim suportaram-se, resistindo à longa era glacial.

Sobreviveram.

É fácil trocar palavras,

Difícil é interpretar o silêncio!

É fácil caminhar lado a lado,

Difícil é saber como se encontrar!

É fácil beijar o rosto,

Difícil é chegar ao coração!

É fácil apertar as mãos,

Difícil é reter o calor!

É fácil sentir o amor,

Difícil é conter a sua torrente!

Autor desconhecido

APÊNDICE A – Mapa do local de estudo inserido no espaço geográfico do município de Uberaba – MG, com sua rede de Unidades Básicas de Saúde (UBS)

01	UBS GEORGE DE CHIRÉE JARDIM - Rua Francisco Munhoz Lopes, 499 Cj. Alfredo Freire
02	UBS JOSÉ PEDRO DE OLIVEIRA - Av. B. 55 / 403 - Baixa
03	UBS FAUSTO CUNHA OLIVEIRA - BR 050 - Km 24 - Borgico
04	UBS JUCA INÁCIO - Rua Minas Gerais, 716 - B. Santa Maria
05	UBS RENÉ BARSAN - Pç. Absaio Gomes, 40 - B. Santa Maria
06	UBS JULIETA DE ANDRADE CUNHA - Rua Abílio Monteiro, 505 - Recreio Bandeirantes
07	CENTRO MÉDICO DR. ANTÔNIO JOSÉ DE BARROS - Av. Orlando Rod. da Cunha, 2223
08	UBS ABADIA - Alameda das Acácias, 115 - B. Leblon
09	UBS ANTONINA G. COELHO - Rua Delfim Moreira, 900 - B. Fabricio

10	UBS ÉZIO DE MARTINO - Rua Pres. Wenceslau Braz, 03 - B. Boa Vista
11	UBS NORBERTO DE OLIVEIRA FERREIRA - R. Francisco de Assis Brito, 30 - Boa Vista
12	UBS JACOB JOSÉ PINTO - Rua Dr. José Maria dos Reis, 640 - B. Estados Unidos
13	UBS ROSA MARIA FRANGE DO NASCIMENTO - R. Catulino N. Santos, 01 Cj. S. Cartafina
14	UBS ÁLVARO GUARITA - Rua Abílio Ângelo de Paula, 800 - Cj. Valim de Melo
15	UBS MARIA TEREZA - Rua Da Rosa, s/n - B. de Lourdes
16	UBS PALMIRA CONCEIÇÃO REZENDE - Rod. MG-190 - Km 12
17	UBS DONA NANA - Peirópolis - Escola Frederico Peiro
18	UBS FRANCISCO JOSÉ DA SILVA - Rua Sinhá Teodoro s/nº Ponte Alta

APÊNDICE B – Metodologia padronizada para aferição da pressão arterial

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública

ASSOCIAÇÃO AMIGOS DOS HIPERTENSOS DE UBERABA – ASAH – UB
ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DA VILA SÃO CRISTÓVÃO – AMVSC

1. Iniciar a aferição 5 a 10 minutos após repouso, em ambiente calmo e temperatura agradável.

2. Recomenda-se aferir a pressão duas ou mais vezes e tirar uma média das aferições realizadas.

3. O paciente deverá estar em silêncio, sem fumar ou tomar café 30 minutos antes da aferição e sem a bexiga cheia.

4. Deve estar sentado, com costas e região braquial apoiadas, braços nus na altura do coração, cotovelo flexionado em 90° e mão em pronação, com o intuito de deixar o braço relaxado.

O aparelho de aferição não necessita estar à altura do coração, mas, sim, à do membro aferido.

Para aferição nos membros inferiores – de grande importância perante suspeita de coartação da aorta -, o paciente deverá estar deitado em decúbito dorsal. O manguito deve ser colocado na região supramaleolar e a campana do estetoscópio na artéria tibial posterior. Se a escolha for na coxa, o manguito deverá ser maior: 20cm de largura e 42cm de comprimento, apoiando-se a campana do estetoscópio na artéria tibial posterior. A aferição no membro inferior pode magnificar o valor da sistólica pelo fenômeno da ampliação da onda do pulso.

A medida da pressão arterial no membro inferior pode verificar-se no primeiro pododáctilo com Doppler-ultra-som. Costuma-ser fidedigna, porque as artérias do pé habitualmente não têm calcificação que impeça a compressão pelo esfigmomanômetro. O método é de suma importância nos casos de suspeita de doença vascular periférica. Assim, poderemos usar o chamado índice (pé ou tornozelo / braço), o qual normalmente é igual a 1 (um). Índices inferiores a 0.8 indicam obstrução arterial.

5. O tamanho da bolsa do manguito é essencial para uma aferição correta. A largura da bolsa deve corresponder a 40% do comprimento do braço e envolver pelo menos 80% da circunferência. O tamanho da câmara pneumática deve ser de $\frac{2}{3}$ da largura e $\frac{2}{3}$ do comprimento do braço. Um tamanho maior subestima e um menor superestima.

Em pacientes muito obesos, deve-se usar manguitos com bolsa maior.

6. Com o manguito desinflado, a agulha deve marcar zero.

7. A aferição deve ser sempre feita no mesmo braço.

8. A borda inferior do manguito deverá estar a 2 ou 3cm acima da dobra do cotovelo.

9. Aferir a média de duas leituras separadas por intervalo de 2'.

10. Pode ser necessário aferir em posição supina e em pé após dois minutos nessa posição. A aferição da primeira consulta deve-se realizar em ambos os braços, e caso sejam diferentes, considerar a que for maior.

11. Deve-se insuflar até 30mmHg acima do desaparecimento do pulso, e a seguir iniciar a desinsuflação. Insuflações excessivas podem causar dor e aumentar a pressão sistólica.

O primeiro ruído que aparece corresponde à sistólica (fase I de Korotkoff), e o desaparecimento, à diastólica (fase V) para adultos e para adolescentes. Na ausência de fase V, ou quando estiver muito próxima de zero, a diastólica deve ser a fase IV, anotando-se, por exemplo, 130/80-0.

12. A velocidade de insuflamento do manguito deve ser rápida, de 10 em 10 mmHg até o nível estimado, e o desinsuflamento constante, de 2 a 4mmHg por segundo. Na presença de frequência cardíaca baixa, desinsuflar a ritmo menor: 2 mmHg por batimento.

13. O aparelho ideal é o de mercúrio ou aneróide recentemente calibrado. Os monitores de dedo são imprecisos.

Para lactantes, a melhor aferição se realiza com Doppler, pois registra ambas, sistólica e diastólica.

14. A aferição da pressão arterial no mesmo lado do braço da mastectomia é lícita, mesmo com edema crônico pela lesão dos vasos linfáticos de drenagem secundária à cirurgia e/ou à radioterapia, pois não altera os níveis de pressão arterial e venosa do braço, desde que o tamanho do manguito abranja pelo menos 80% do diâmetro do braço.

A hipertensão constitui fator de risco para a ocorrência de edema crônico do braço pós-mastectomia, isto é, mulheres hipertensas apresentam edemas maiores e com maior frequência no membro homolateral à mastectomia.

15. Nos idosos, diabéticos, etilistas, antecedentes de pré-síncope ou síncope, deve-se aferir com o paciente em pé, logo após ficar parado. Esta prática permite debelar eventual hipotensão ortostática.

16. A campana do estetoscópio apóia-se acima da numeral, radial, tibial posterior ou poplíteia, segundo o manguito esteja instalado no braço, antebraço, perna ou coxa, respectivamente.

17. Se a aferição for na coxa apoiando o estetoscópio na poplíteia, o paciente deverá estar em decúbito ventral. Recordemos que esta medida tem relevância na suspeita de coartação e que o valor importante a comparar é a pressão sistólica e não a diastólica, irrelevante para o diagnóstico.

18. Em pacientes portadores de arritmia completa (fibrilação atrial), deve-se tirar a média de 4 a 5 batimentos, enquanto a diastólica será a média das fases IV e V.

19. Os sons de Korotkoff incluem cinco fases:

Fase I - corresponde à sistólica: aparecimento dos ruídos.

Fase II - corresponde à primeira mudança do ruído, transformando-se em sibilante ou soproso. Em idosos e hipertensos esta fase pode faltar (*hiatus auscultatório*), podendo, erroneamente, subestimar o valor real da sistólica.

Fase III - os sons se tornam intensos e agudos.

Fase IV - corresponde ao súbito abafamento dos ruídos. Só considerar diastólica no abafamento dos ruídos (fase IV), quando os mesmos persistirem até nível zero, fato comum nas gestantes ou nos quadros hipercinéticos. Para pré-púberes, deve ser considerado a diastólica como a fase IV.

Fase V - desaparecimento total dos ruídos, correspondendo à mínima ou diastólica.

20. Em pacientes obesos ou com diâmetro de braço muito largo (acima de 42 cm), pode-se aferir colocando o manguito no antebraço e a campina sobre a radial. O antebraço deverá ficar na altura do coração (quarto espaço intercostal).

Aferição no domicílio	
Vantagem	Desvantagem
Eliminação do fenômeno do avental branco, hipertensão de consultório ou do “jaleco branco”.	Aparelhos com pouca confiabilidade, raramente de mercúrio, e se aneróides, não calibrados.
Possibilidade de correlacionar as cifras aferidas com eventuais sintomas.	Impossibilidade de confiabilidade do operador.
Melhora da colaboração do paciente e aumento da percentagem de aderência.	

Quadro 4 - Vantagens e desvantagens da aferição PA no domicílio

APÊNDICE C – Cronograma de trabalho com a equipe multiprofissional

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública

ASSOCIAÇÃO AMIGOS DOS HIPERTENSOS DE UBERABA – ASAH - UB
ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DA VILA SÃO CRISTÓVÃO – AMVSC

ATIVIDADES	
Janeiro - Fevereiro - 2005	
<ul style="list-style-type: none"> - Seleção de currículos dos profissionais voluntários. - Reuniões com os Diretores da FACTHUS. - Reunião com a Presidente interina da ASAH – UB. - Reunião com a Presidente da AMVSC. 	
Março - 2005	
<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista com os profissionais voluntários. - Visita ao bairro Vila São Cristóvão, acompanhada pela Presidente da AMVSC. 	
Abril - 2005	
<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista com os profissionais voluntários. - Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos profissionais voluntários. 	
Maió - 2005	
1º encontro 05/05	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos componentes da EQM. - Aplicação do instrumento de levantamento do perfil da EQM.
2º encontro 12/05	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação do instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a EQM tem sobre o tema “<i>interdisciplinaridade</i>”. - Exposição dialogada do projeto de pesquisa. - Tema I: “A formação de equipes”.
3º encontro 19/05	<ul style="list-style-type: none"> - Tema II: “O desenvolvimento de equipes”.
4º encontro 28/05	<ul style="list-style-type: none"> - Tema III: “Ser voluntário”.
Junho - 2005	
5º encontro 09/06	<ul style="list-style-type: none"> - Tema IV: Discussões gerais sobre “As Diretrizes do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos”.
6º encontro 16/06	<ul style="list-style-type: none"> - Tema V: “A prática interdisciplinar”.
7º encontro 23/06	<ul style="list-style-type: none"> - Tema V: “A prática interdisciplinar” continuação das discussões gerais.
8º encontro 30/06	<ul style="list-style-type: none"> - Tema V: “A prática interdisciplinar” continuação das discussões gerais.
Julho - 2005	
9º encontro 07/07	<ul style="list-style-type: none"> - Tema VI: “Grupos de suporte para portadores de hipertensão arterial sistêmica”.

Agosto - 2005	
10º encontro 11/08	- Tema VI: “Grupos de suporte para portadores de hipertensão arterial sistêmica” continuação das discussões gerais.
11º encontro 25/08	- Tema VI: “Grupos de suporte para portadores de hipertensão arterial sistêmica” continuação das discussões gerais.
Setembro - 2005	
12º encontro 15/09	- Tema VII: “O Método Paulo Freire”.
13º encontro 22/09	- Tema VII: “O Método Paulo Freire”.
14º encontro 29/09	- Tema VII: “O Método Paulo Freire”.
Outubro - 2005	
15º encontro 06/10	- Tema VIII: “Orientações gerais para lidar com portadores de hipertensão arterial sistêmica adaptadas das IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, e de Pérez Riera”.
16º encontro 08/10 (sábado)	- Tema VIII: “Orientações gerais para lidar com portadores de hipertensão arterial sistêmica adaptadas das IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, e de Pérez Riera” - Continuação das discussões gerais. - Tema IX: “O acolhimento”.
Obs.: No dia 26/10/2005, o pesquisador apresentou seu Exame de Qualificação na EERP-SP.	
Novembro - 2005	
17º encontro 21/11	- Discussões gerais sobre o resultado do acolhimento aos PHAS. - Discussões gerais sobre os temas referentes ao estilo de vida que surgiram na 1ª reunião com os PHAS.
18º encontro 28/11	- Delimitação dos temas levantados: obesidade, tabagismo, ingestão de bebida alcoólica e sal, consumo de café, sedentarismo e atividades de lazer. - Identificar estratégias para contemplar os outros temas: escola, segurança, vizinhança, alimentação e terrenos baldios. - Preparação do tema gerador: “gordura” – obesidade. - Relato e discussões sobre os dados coletados. - Análise temática. - Observação participante.
Dezembro - 2005	
19º encontro 05/12	1. Tema gerador: “gordura” – obesidade. a) Discussões gerais e preparação para devolução do material ao grupo de PHAS, para discussão e elaboração. b) Análise temática. c) Observação participante.
20º encontro 12/12	1.1 Apresentação do relato e discussões sobre a devolução do material gerado pelo tema obesidade. a) Preparação do tema gerador: “cigarro” – tabagismo. b) Análise temática. c) Observação participante.
Janeiro - 2006	
21º encontro 16/01	2. Tema gerador: “cigarro” – tabagismo. a) Discussões gerais e preparação para devolução do material ao

	<p>grupo de PHAS, para discussão e elaboração.</p> <p>b) Análise temática.</p> <p>c) Observação participante.</p>
22º encontro 23/01	<p>2.1 Apresentação do relato e discussões sobre a devolução do material gerado pelo tema tabagismo.</p> <p>a) Preparação do tema gerador: “comida salgada” – ingestão de sal.</p> <p>b) Análise temática.</p> <p>c) Observação participante.</p>
23º encontro 30/01	<p>3. Tema gerador: “comida salgada” – ingestão de sal.</p> <p>a) Discussões gerais e preparação para devolução do material ao grupo de PHAS, para discussão e elaboração.</p> <p>b) Análise temática.</p> <p>c) Observação participante.</p>
Fevereiro - 2006	
24º encontro 06/02	<p>3.1 Apresentação do relato e discussões sobre a devolução do material gerado pelo tema ingestão de sal.</p> <p>a) Preparação do tema gerador: “tomar cerveja ou outro tipo de bebida” – ingestão de bebida alcoólica.</p> <p>b) Análise temática.</p> <p>c) Observação participante.</p>
25º encontro 13/02	<p>4. Tema gerador: “tomar cerveja ou outro tipo de bebida” – ingestão de bebida alcoólica.</p> <p>a) Discussões gerais e preparação para devolução do material ao grupo de PHAS, para discussão e elaboração.</p> <p>b) Análise temática.</p> <p>c) Observação participante.</p>
26º encontro 20/02	<p>4.1 Apresentação do relato e discussões sobre a devolução do material gerado pelo tema ingestão de bebida alcoólica.</p> <p>a) Preparação do tema gerador: “consumo de café” – cafeína.</p> <p>b) Entrevista de acompanhamento dos trabalhos educativos desenvolvidos pela equipe multiprofissional junto ao grupo de PHAS.</p> <p>c) Análise temática.</p> <p>d) Observação participante.</p>
Março - 2006	
27º encontro 06/03	<p>5. Tema gerador: “consumo de café” – cafeína.</p> <p>a) Discussões gerais e preparação para devolução do material ao grupo de PHAS, para discussão e elaboração.</p> <p>b) Análise temática.</p> <p>c) Observação participante.</p>
28º encontro 13/03	<p>5.1 Apresentação do relato e discussões sobre a devolução do material gerado pelo tema consumo de café.</p> <p>a) Preparação do tema gerador: “exercícios físicos” – sedentarismo.</p> <p>b) Análise temática.</p> <p>c) Observação participante.</p>
29º encontro 20/03	<p>6. Tema gerador: “exercícios físicos” – sedentarismo.</p> <p>a) Discussões gerais e preparação para devolução do material ao grupo de PHAS, para discussão e elaboração.</p> <p>b) Análise temática.</p> <p>c) Observação participante.</p>
30º encontro 27/03	<p>6.1 Apresentação do relato e discussões sobre a devolução do material gerado pelo tema sedentarismo.</p>

- a) Preparação do tema gerador: “diversão” – atividades de lazer.
- b) Análise temática.
- c) Observação participante.

Abril - 2006

31º encontro 03/04	<p>7. Tema gerador: “diversão” – atividades de lazer.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Discussões gerais e preparação para devolução do material ao grupo de PHAS, para discussão e elaboração. b) Análise temática. c) Observação participante.
32º encontro 17/04	<p>7.1 Apresentação do relato e discussões sobre a devolução do material gerado pelo tema atividades de lazer.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Análise temática. b) Observação participante. c) Aplicação do instrumento de avaliação dos profissionais voluntários sobre a experiência no projeto de <i>promoção da saúde</i> dos PHAS.
33º encontro 24/04	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão sobre os resultados obtidos junto aos PHAS. - Mapeamento das mudanças ocorridas com o grupo de PHAS. - Relato de experiências em relação às atividades educativas enfatizando as facilidades, dificuldades e perspectivas de um trabalho interdisciplinar.

Mai - 2006

34º encontro 08/05	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão sobre os resultados obtidos junto aos PHAS. - Mapeamento das mudanças ocorridas com o grupo de PHAS. - Relato de experiências em relação as atividades educativas enfatizando as facilidades, dificuldades e perspectivas de um trabalho interdisciplinar.
35º encontro 15/05	<ul style="list-style-type: none"> - Dinâmica de grupo de encerramento: “Jardim das rosas”.
36º encontro 22/05	<ul style="list-style-type: none"> - Discussões sobre o desenvolvimento do projeto de pesquisa. - Festa de confraternização (EQM e PHAS).

APÊNDICE D – Roteiro de observação participante

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública

ASSOCIAÇÃO AMIGOS DOS HIPERTENSOS DE UBERABA – ASAH – UB
ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DA VILA SÃO CRISTÓVÃO – AMVSC

Observação do grupo:

☐ EQM

☐ PHAS

Local: _____

Nº do encontro: _____

Data: ____/____/____

Início: ____h Término: ____h

Duração: _____

Relatos: _____

Realização do comentário crítico: _____

Data do comentário crítico: ____/____/____

 Pesquisador: José Sebastião de Figueiredo

Nº do documento: _____

Matrícula USP: 3537971

APÊNDICE E – Instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a equipe multiprofissional tem sobre o tema “interdisciplinaridade”

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública

ASSOCIAÇÃO AMIGOS DOS HIPERTENSOS DE UBERABA - ASAH - UB
ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DA VILA SÃO CRISTÓVÃO – AMVSC

Instruções:

Estas questões são relativas ao seu trabalho de *promoção da saúde* de um grupo de portadores de hipertensão arterial sistêmica atendidos no Salão Paroquial da Capela São Cristóvão, localizada à Rua Pedro Barbassa Nº 558, Bairro Vila São Cristóvão – Cep Nº 38.040-290 – Uberaba - MG. Por meio desta 1ª (primeira) entrevista tentaremos investigar, entre outros aspectos, o grau de *interdisciplinaridade* existente entre os(as) vários(as) profissionais que atuam junto ao grupo. A equipe é formada de profissionais de Educação Física, Enfermagem, Engenharia de Alimentos, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, e Tecnólogo em Nutrição (vide quadro na pergunta 10). Esta entrevista faz parte da 1ª etapa do projeto e serve para que você possa registrar suas idéias, sentimentos e como isso afeta ou afetará o seu trabalho. Não escreveremos o seu nome neste questionário. A sua identidade será mantida em sigilo em todos os momentos, inclusive em possíveis publicações. **Ninguém** saberá o que você respondeu especificamente. Responda as questões baseadas no que você realmente faz, percebe ou sente. O preenchimento desta entrevista é voluntário. Se você responder, estará auxiliando no estudo científico sobre *interdisciplinaridade* e no aperfeiçoamento do tratamento de pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica, aliados às possibilidades de estender este trabalho a outros centros de tratamento da HAS. As questões que investigam sua experiência profissional serão utilizadas somente para descrever as situações vividas no cotidiano de seu trabalho e sua pertinência para o Projeto “**Desafios e perspectivas em atividades educativas de promoção da saúde de um grupo de portadores de hipertensão arterial, sob o paradigma da interdisciplinaridade**”. As informações **não** serão usadas para sua identificação. **Nenhum** nome será revelado.

Muito agradecido pela sua ajuda

Pesquisador: José Sebastião de Figueiredo
Nº do documento: _____
Matrícula USP: 3537971

1. Na sua opinião, o que é *interdisciplinaridade*?

2. Você gostaria de pesquisar, discutir e aprofundar o conceito de *interdisciplinaridade*?

☐ Sim

☐ Não

Justifique: _____

3. Você sente que predomina a competição entre profissionais da área de saúde?

☐ Sim

☐ Não

Em caso positivo, com que frequência?

☐ Nunca

☐ Raramente

☐ Frequentemente

☐ Sempre

Justifique: _____

4. Você sente que predomina a cooperação entre profissionais da área de saúde?

☐ Sim

☐ Não

Em caso positivo, com que frequência?

☐ Nunca

☐ Raramente

☐ Frequentemente

☐ Sempre

Justifique: _____

5. Observando o trabalho que é desenvolvido por você e o trabalho de outros profissionais na *promoção da saúde* da população, haveria possibilidades de inter-relação com sua prática profissional?

☐ Sim

☐ Não

Justifique: _____

6. Você vê no projeto de *promoção de saúde* de portadores de hipertensão arterial sistêmica possibilidades de auxiliar e aperfeiçoar a sua prática profissional?

☐ Sim

☐ Não

Em caso positivo, com que frequência?

☐ Nunca

☐ Raramente

☐ Frequentemente

☐ Sempre

Justifique: _____

7. Se o projeto fosse desenvolvido com orientações individualizadas você acha que o mesmo atenderia sua prática profissional?

- ☐ Sim
☐ Não

Se sim, de que modo?

- ☐ Atenderia plenamente a sua prática profissional.
☐ Atenderia frequentemente a sua prática profissional.
☐ Atenderia sempre a sua prática profissional.
☐ Atenderia raramente a sua prática profissional.
☐ Não sei

Justifique: _____

8. Por meio do projeto exposto, com que frequência você vê possibilidades de discutir a inter-relação de conhecimentos afins das práticas dos diversos profissionais envolvidos?

- ☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Frequentemente ☐ Sempre ☐ Não sei

Justifique: _____

9. Com que frequência você acha que o relacionamento inter-pessoal e as discussões entre as orientações dadas pelos profissionais seriam dificultadas pela falta de tempo?

- ☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Frequentemente ☐ Sempre ☐ Não sei

Justifique: _____

10. Observe o desenho abaixo e leia o enunciado a seguir: suponhamos que o desenho corresponda às orientações, em relação à *promoção da saúde* dos portadores de hipertensão arterial sistêmica e você possa discutir e pesquisar com o grupo a sua prática profissional. Sendo assim, você acha que: (você pode assinalar mais de uma resposta com um x).

☐ Pode haver possibilidade de inter-relacionamento de conhecimentos entre as orientações e práticas na *promoção da saúde* do grupo de portadores de hipertensão arterial sistêmica. Explique:

☐ Pode haver trocas de experiências e atitudes frente ao tratamento do grupo de portadores de hipertensão arterial sistêmica. Explique:

☐ Pode-se obter motivação do grupo de portadores de hipertensão arterial sistêmica para buscar melhor qualidade de vida? Explique:

☐ Pode haver dificuldades em assumir uma postura de inter-relação com os outros profissionais, mas vê possibilidades e está disposto (a) a enfrentar mudanças? Explique:

☐ Pode haver dificuldades em assumir uma postura de inter-relação com outros profissionais, por vários motivos que são: (especificar)

11. Você acha que a prática interdisciplinar pode se tornar realidade no cotidiano das práticas educativas que buscam a *promoção da saúde*?

☐ Sim

☐ Não

Em caso positivo, com que frequência?

☐ Plenamente

☐ Parcialmente

Justifique: _____

12. Sabemos de nossas imperfeições, mas não podemos negar que existem grandes qualidades em cada ser humano. Parafraseando Fazenda (1998), “há uma intensidade na busca que empreendemos enquanto nos formamos, nas dúvidas que adquirimos e nas contribuições delas para o nosso projeto de existência”. Após essa pequena explicação, marque as características psicológicas mais próximas de seu perfil profissional, concordando ou discordando:

a) Competência intuitiva - Própria de um sujeito que vê além de seu tempo e de seu espaço. O profissional intuitivo não se contenta em executar o planejamento elaborado – ele busca sempre alternativas novas e diferenciadas para seu trabalho. Assim, a ousadia acaba sendo um de seus principais atributos. Muitas vezes, paga caro por isso, pois as instituições encontram-se atadas a planos rígidos e comuns, e não perdoam quem ousa transgredir sua acomodação. O intuitivo competente é sempre uma pessoa equilibrada e comprometida – embora aparentemente pareça alguém que apenas inova. Sua característica principal é o comprometimento com um trabalho de qualidade – ele ama a pesquisa, pois ela representa a possibilidade da dúvida. O profissional que pesquisa é aquele que pergunta sempre, que incita seus

pares e os usuários dos serviços de saúde a perguntar e duvidar. Porque ama a pesquisa, é um erudito – lê muito e incita os usuários a mudar de vida para melhor.

- ☐ Discordo muito, pois não parece em nada comigo
- ☐ Discordo pois, não parece comigo
- ☐ Discordo pouco, pois às vezes parece comigo
- ☐ Concordo pouco, pois há alguns aspectos marcantes que parecem comigo
- ☐ Concordo, pois a maioria das características se parecem comigo
- ☐ Concordo muito, pois quase a totalidade das características se parecem comigo

b) Competência intelectual - A capacidade de refletir é tão forte e presente nele, que imprime esse hábito naturalmente aos seus pares e aos usuários dos serviços de saúde. Analítico por excelência privilegia todas as atividades que procuram desenvolver o pensamento reflexivo. Comumente é visto como um filósofo, como um ser erudito; logo adquire o respeito não apenas dos usuários dos serviços de saúde, mas também de seus pares. É aquele que todos consultam quando têm alguma dúvida. Ele é um ser de **esperas** consolidadas; planta, planta, planta e deixa a colheita para outrem. Ele ajuda a organizar idéias, classificá-las, definí-las.

- ☐ Discordo muito, pois não parece em nada comigo
- ☐ Discordo pois, não parece comigo
- ☐ Discordo pouco, pois às vezes parece comigo
- ☐ Concordo pouco, pois há alguns aspectos marcantes que parecem comigo
- ☐ Concordo, pois a maioria das características se parecem comigo
- ☐ Concordo muito, pois quase a totalidade das características se parecem comigo

c) Competência prática - A organização espaço-temporal é seu melhor atributo. Tudo com ele ocorre milimetricamente conforme o planejamento. Chega a requintes máximos de uso de técnicas diferenciadas. Ama toda a inovação. Diferentemente do intuitivo, copia o que é bom, pouco cria, mas, ao selecionar, consegue boas cópias, alcança resultados de qualidade. Sua capacidade de organização prática torna-o(a) um(a) profissional querido(a) por seus pares, seus(as) colegas de trabalho, que nele(a) sentem a presença de um porto seguro.

- ☐ Discordo muito, pois não parece em nada comigo
- ☐ Discordo pois, não parece comigo
- ☐ Discordo pouco, pois às vezes parece comigo
- ☐ Concordo pouco, pois há alguns aspectos marcantes que parecem comigo
- ☐ Concordo, pois a maioria das características se parecem comigo
- ☐ Concordo muito, pois quase a totalidade das características se parecem comigo

d) Competência emocional – Uma outra espécie de equilíbrio é constatada no emocionalmente competente; uma competência de “leitura de alma”. Ele(a) trabalha o conhecimento sempre com base no autoconhecimento. Essa forma especial de trabalho vai disseminando tranquilidade e mais segurança ao grupo. Existe em seu trabalho um apelo muito grande aos afetos. Expõe suas idéias por meio do sentimento, provocando uma sintonia mais imediata. A inovação é sua ousadia maior. Auxiliando na organização das emoções, contribui também para a organização de conhecimentos mais próximos à sua qualidade de vida e todos aqueles que o rodeiam.

- ☐ Discordo muito, pois não parece em nada comigo
- ☐ Discordo pois, não parece comigo
- ☐ Discordo pouco, pois às vezes parece comigo

- ☐ Concordo pouco, pois há alguns aspectos marcantes que parecem comigo
- ☐ Concordo, pois a maioria das características se parecem comigo
- ☐ Concordo muito, pois quase a totalidade das características se parecem comigo

13. O questionário foi elaborado de forma coerente e pode auxiliar nossos trabalhos na *promoção da saúde* de portadores de hipertensão arterial sistêmica?

- ☐ Discordo Muito
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo Pouco
- ☐ Concordo Pouco
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Muito

Justifique: _____

APÊNDICE F – Roteiro para entrevista de acompanhamento dos trabalhos educativos desenvolvidos pela equipe multiprofissional

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública

ASSOCIAÇÃO AMIGOS DOS HIPERTENSOS DE UBERABA – ASAH - UB
ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DA VILA SÃO CRISTÓVÃO – AMVSC

Entrevista **de acompanhamento** aplicado aos profissionais que trabalham com o grupo de portadores de hipertensão arterial sistêmica atendidos no Salão Paroquial da Capela São Cristóvão, localizada à Rua Pedro Barbassa Nº 558, Bairro Vila São Cristóvão – Cep Nº 38.040-290 – Uberaba - MG, objetivando investigar as expectativas e queixas de cada um.

Data: ____/____/____

Início: ____h Término: ____h

Instruções:

Já estamos há mais ou menos ____ meses juntos, realizando nossos estudos e trabalhos sobre o grupo de portadores de hipertensão arterial sistêmica e gostaríamos que respondesse algumas perguntas de forma bastante tranqüila. Como já foi explicitado no termo de consentimento livre e esclarecido, além das anotações, estaremos gravando suas respostas e toda a entrevista seguirá em absoluto sigilo.

Agradeço a colaboração.

Pesquisador: José Sebastião de Figueiredo
Nº do documento: _____
Matrícula USP: 3537971

1. Houve alguma modificação em relação aos conhecimentos necessários para a condução dos trabalhos com o grupo de PHAS?

☐ Sim ☐ Não Se sim, quais? _____

2. Houve mudanças nos procedimentos utilizados por você?

☐ Sim ☐ Não Se sim, quais? _____

3. Após _____ meses de atividades quais os aspectos positivos que mudaram nos trabalhos realizados pela equipe multiprofissional?

4. Na sua opinião, quais são atualmente, as dificuldades encontradas em relação aos trabalhos realizados pela equipe multiprofissional?

APÊNDICE G – Instrumento de levantamento do perfil dos componentes do grupo de portadores de hipertensão arterial sistêmica

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública

ASSOCIAÇÃO AMIGOS DOS HIPERTENSOS DE UBERABA – ASAH - UB
ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DA VILA SÃO CRISTÓVÃO – AMVSC

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Esta avaliação é sobre o seu comportamento em relação à saúde. Foi desenvolvido para que você possa nos contar o que faz e no que isto afeta sua saúde. As informações fornecidas serão usadas para desenvolver melhor a educação em saúde no grupo no qual você está iniciando sua participação.

As respostas dadas serão mantidas em sigilo. Ninguém saberá o que você respondeu. Por favor, responda as questões em relação ao que você realmente faz, percebe ou sente.

O preenchimento deste questionário é voluntário. Se você responder, estará auxiliando nossos trabalhos no grupo de portadores de hipertensão arterial sistêmica.

Muito agradecido por sua ajuda

Data da entrevista: ____/____/____

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Nº documento: _____

Quantos anos você tem? _____

Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

Peso: _____ **Altura:** _____ **IMC (kg/m²):** _____

Como você se descreve?

☐ Branco ☐ Negro ☐ Oriental ☐ Indígena ☐ Outros _____

Qual a sua escolaridade?

- ☐ 1º grau completo ☐ 1º grau incompleto ☐ 2º grau completo
☐ 2º grau incompleto ☐ Outros _____

Qual a sua ocupação? _____**Qual a sua renda mensal?** _____**II – DADOS GERAIS E DE SAÚDE****1. Como você soube deste Grupo Educativo?**

- ☐ Unidade Básica de Saúde
☐ Associação dos Hipertensos de Uberaba - MG
☐ Programa da Saúde da Família - Núcleo da Saúde da Família da Vila São Cristóvão
☐ Associação de Moradores da Vila São Cristóvão
☐ Outros Qual (is)? _____

2. Você tem algum plano de saúde?

- ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual ? _____

3. Há quanto tempo você trata da hipertensão arterial (pressão alta)? _____**4. Como você soube que estava com hipertensão arterial (pressão alta)? (Diagnóstico)**

_____**5. Você faz algum outro tipo de tratamento de saúde?**

- ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual ? _____

6. a) Você fuma? ☐ Sim ☐ Não Quantos cigarros/dia: _____**b) Parou de fumar?** ☐ Sim ☐ Não Há quanto tempo parou de fumar? _____**7. Como você faz o uso do sal nas refeições?**

- ☐ Uso muito sal ☐ Uso de forma moderada ☐ uso pouco
☐ Uso sal "light" ☐ Não uso sal"

8. Você faz uso de bebidas alcoólicas?

- a)** ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual a frequência? _____

- b) Qual o tipo de bebida?** ☐ Destilada ☐ Cerveja ☐ Vinho

- ☐ Outra(s) _____

9. Toma café? ☐ Sim ☐ Não
☐ 1 vez ao dia ☐ 2 vezes ao dia ☐ 3 vezes ao dia ☐ Mais de 3 vezes

10. Usa prótese dentária? ☐ Sim ☐ Não Há quantos anos? _____

11. Sangra a gengiva? ☐ Sim ☐ Não Alterações na boca? _____

12. Faz atividades físicas? ☐ Sim ☐ Não Qual(is)? _____

Freqüência: _____

Sente dores musculares? _____

Local das dores: _____

13. Atividades de lazer? ☐ Sim ☐ Não Qual(is) _____

14. Atualmente você faz uso de remédios caseiros e/ou homeopáticos?

☐ Sim ☐ Não Se sim, qual? _____

15. Você tem acesso aos medicamentos fornecidos pela Prefeitura Municipal de Uberaba-MG?

☐ Nunca ☐ Semanalmente ☐ Quinzenalmente ☐ Mensalmente ☐ De 30 a 40 dias

obs: _____

16. Você recebe medicamentos de outras instituições ou entidades?

☐ Sim ☐ Não ☐ Se sim, qual(is) a(s) entidade(s) instituição(ões) _____

17. Além de buscar remédios e aferir (medir) a pressão arterial, você retorna ao local de atendimento sempre que precisa?

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Frequentemente ☐ Sempre

obs: _____

18. Há doenças do seu lado paterno?

☐ Sim ☐ Não Qual(is)? _____

19. Há doenças do seu lado materno?

☐ Sim ☐ Não Qual(is)? _____

III - ATENDIMENTO

20. Você é bem tratado(a) na recepção onde é atendido(a)?

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Frequentemente ☐ Sempre

obs: _____

21. Como você considera o atendimento recebido atualmente pelos profissionais de saúde?

- ☐ Muito bom ☐ Bom ☐ Precisa melhorar

obs: _____

22. Os exames pedidos pelos profissionais de saúde que atendem você são feitos:

- ☐ Imediatamente
☐ Durante a semana da consulta
☐ De 10 a 15 dias
☐ Após 30 dias

23. Quando você vai consultar, o que você acha do tempo da consulta e das orientações?

- ☐ Muito bom ☐ Bom ☐ Muito rápido ☐ Insuficiente

obs: _____

24. Você costuma seguir as recomendações do profissional que lhe atendeu?

- ☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Frequentemente ☐ Sempre

obs: _____

IV - CARACTERIZAÇÃO DO DOMÍLIO

25. Tipo de casa onde mora:

- ☐ Tijolo ☐ Madeira ☐ Material aproveitado ☐ Outro, especificar _____

obs: _____

26. Nº de cômodos: _____ **Nº de quartos:** _____ **Nº de moradores:** _____

obs: _____

27. Você tem energia elétrica?

- ☐ Sim ☐ Não

obs: _____

28. O destino do lixo?

- ☐ Coletado ☐ Queimado ☐ Enterrado ☐ Céu aberto

obs: _____

29. Realiza algum tipo de seleção de lixo?

- ☐ Sim ☐ Não Se Sim, qual(is)? _____

obs: _____

30. Abastecimento de água:

- ☐ Rede pública ☐ Poço ou nascente ☐ Outros, especificar _____

obs: _____

31. Consumo de água no domicílio:

☐ Filtrada ☐ Fervida ☐ Clorada ☐ Água mineral ☐ Sem tratamento

obs: _____

32. Destino de fezes e urina:

☐ Sistema de esgoto (rede geral) ☐ Fossa ☐ Céu aberto

obs: _____

33. Existe horta na casa?

☐ Sim ☐ Não

obs: _____

34. Existe árvore frutífera na casa?

☐ Sim ☐ Não Se sim, qual(is)? _____

obs: _____

35. Presença de insetos e roedores?

☐ Sim ☐ Não Se sim, qual(is)? _____

obs: _____

Pesquisador: José Sebastião de Figueiredo

Nº do documento: _____

Matrícula USP: 3537971

APÊNDICE H – Instrumento de levantamento da percepção dos portadores de hipertensão arterial sistêmica em relação às práticas educativas

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública

ASSOCIAÇÃO AMIGOS DOS HIPERTENSOS DE UBERABA – ASAH - UB
ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DA VILA SÃO CRISTÓVÃO – AMVSC

Entrevista **de acompanhamento** aplicado aos componentes do grupo de portadores de hipertensão arterial sistêmica atendidos no Salão Paroquial da Capela São Cristóvão, localizada à Rua Pedro Barbassa Nº 558, Bairro Vila São Cristóvão – Cep Nº 38.040-290 – Uberaba – MG.

Data: ____/____/____

Início: _____h Término: _____h

Instruções:

Estamos, realizando nossos estudos e trabalhos educativos com você e os componentes do grupo de portadores de hipertensão arterial sistêmica e gostaríamos que respondesse algumas perguntas de forma bastante tranqüila a respeito das orientações e discussões sobre qualidade e autocuidado que ocorreram no grupo. Como já foi explicitado no termo de consentimento livre e esclarecido assinado por você, no início do atendimento do grupo, além das anotações, estaremos gravando suas respostas e toda a entrevista seguirá em absoluto sigilo.

Agradeço sua colaboração.

Pesquisador: José Sebastião de Figueiredo
Nº do documento: _____
Matrícula USP: 3537971

Código: _____

Sexo: _____

Data: _____/_____/_____

1. A participação no “Círculo de Cultura” correspondeu às expectativas?☐ Sim☐ Não

De que forma? _____

2. O “Círculo de Cultura” oportunizou novas formas de vivência no tratamento da hipertensão arterial sistêmica (pressão alta)?☐ Sim☐ Não

Exemplifique: _____

APÊNDICE I – Cronograma de atendimentos ao grupo de portadores de hipertensão arterial sistêmica

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública

ASSOCIAÇÃO AMIGOS DOS HIPERTENSOS DE UBERABA – ASAH - UB
ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DA VILA SÃO CRISTÓVÃO – AMVSC

ATIVIDADES	
Junho - 2005	
<ul style="list-style-type: none"> - Reunião com os Diretores da FACTHUS. - Reunião com a Presidente interina da Associação Amigos dos Hipertensos de Uberaba (ASAH – UB). - Reunião com a Presidente da Associação Moradores da Vila São Cristóvão (AMVSC). 	
Julho - 2005	
<ul style="list-style-type: none"> - Reunião com ASAH – UB. - Reunião com AMVSC. 	
Agosto - 2005	
<ul style="list-style-type: none"> - Participação do grupo de portadores de hipertensão na ASAH – UB. - Visita ao bairro Vila São Cristóvão acompanhada da Presidente da AMVSC. 	
Setembro - 2005	
<ul style="list-style-type: none"> - Montagem do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. - Visita ao bairro Vila São Cristóvão. 	
Outubro - 2005	
<ul style="list-style-type: none"> - Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. - Reunião com a AMVSC para definição do local dos trabalhos educativos. 	
Novembro - 2005	
1º encontro 21/11	<ul style="list-style-type: none"> - “Círculo de Cultura” – acolhimento dos componentes do grupo de PHAS. - Explicações gerais sobre o projeto: “Desafios e perspectivas em atividades educativas de promoção da saúde de um grupo de portadores de hipertensão arterial, sob o paradigma da interdisciplinaridade”.
2º encontro 28/11	<ul style="list-style-type: none"> - “Círculo de Cultura” – aplicação do instrumento de levantamento dos componentes do perfil do PHAS. - Dinâmica de grupo: “Tempestade cerebral” e levantamento das palavras-chave e temas geradores. - Visita domiciliar. - Observação participante.

Dezembro - 2005	
3º encontro 05/12	<ul style="list-style-type: none"> - “Círculo de Cultura” – Tema gerador: “gordura” – obesidade. - Análise dos “temas geradores”. - Observação participante.
4º encontro 12/12	<ul style="list-style-type: none"> - “Círculo de Cultura” – devolução e discussões sobre o tema gerador: “gordura” – obesidade. - Análise dos “temas geradores”. - Visita domiciliar. - Observação participante.
Janeiro - 2006	
5º encontro 16/01	<ul style="list-style-type: none"> - “Círculo de Cultura” – Tema gerador: “cigarro” – tabagismo. - Análise dos “temas geradores”. - Observação participante.
6º encontro 23/01	<ul style="list-style-type: none"> - “Círculo de Cultura” – devolução e discussões sobre o tema gerador: “cigarro” – tabagismo. - Análise dos “temas geradores”. - Observação participante.
7º encontro 30/01	<ul style="list-style-type: none"> - “Círculo de Cultura” – Tema gerador: “comida salgada” – ingestão de sal. - Análise dos “temas geradores”. - Visita domiciliar. - Observação participante.
Fevereiro - 2006	
8º encontro 06/02	<ul style="list-style-type: none"> - “Círculo de Cultura” – devolução e discussões sobre o tema gerador: “comida salgada” – ingestão de sal. - Análise dos “temas geradores”. - Observação participante.
9º encontro 13/02	<ul style="list-style-type: none"> - “Círculo de Cultura” – Tema gerador: “tomar cerveja ou outro tipo de bebida” - ingestão de bebida alcoólica . - Análise dos “temas geradores”. - Observação participante.
10º encontro 20/02	<ul style="list-style-type: none"> - “Círculo de Cultura” – devolução e discussões sobre o tema gerador: “tomar cerveja ou outro tipo de bebida” – ingestão de bebida alcoólica. - Análise dos “temas geradores”. - Visita domiciliar. - Observação participante.
Março - 2006	
11º encontro 06/03	<ul style="list-style-type: none"> - “Círculo de Cultura” – Tema gerador: “consumo de café” – cafeína - Análise dos “temas geradores”. - Observação participante.
12º encontro 13/03	<ul style="list-style-type: none"> - “Círculo de Cultura” - devolução e discussões sobre o tema gerador: “consumo de café” – cafeína. - Análise dos “temas geradores”. - Observação participante.
13º encontro 20/03	<ul style="list-style-type: none"> - “Círculo de Cultura” – Tema gerador: “exercícios físicos” – sedentarismo. - Análise dos “temas geradores”. - Observação participante.

Abril - 2006	
14º encontro 27/03	<ul style="list-style-type: none"> - “Círculo de Cultura” - devolução e discussões sobre o tema gerador: “exercícios físicos” – sedentarismo. - Aplicação da entrevista de acompanhamento dos trabalhos educativos junto ao grupo de PHAS. - Análise dos “temas geradores”. - Visita domiciliar. - Observação participante.
15º encontro 03/04	<ul style="list-style-type: none"> - “Círculo de Cultura” – Tema gerador: “diversão” – atividades de lazer. - Análise dos “temas geradores”. - Observação participante.
12º encontro 13/03	<ul style="list-style-type: none"> - “Círculo de Cultura” - devolução e discussões sobre o tema gerador: “diversão” – atividades de lazer - Análise dos “temas geradores”. - Observação participante.
16º encontro 17/04	<ul style="list-style-type: none"> - “Círculo de Cultura” – relato de experiências em relação às mudanças ocorridas no estilo de vida, principalmente em relação: “gordura” - obesidade, “cigarro” - tabagismo, “comida salgada” - ingestão de sal, “tomar cerveja ou outro tipo de bebida” – ingestão de bebida alcoólica, “consumo de café” - cafeína, “exercícios físicos” - sedentarismo e “diversão” - atividades de lazer. - Análise dos “temas geradores”. - Visita domiciliar. - Observação participante.
17º encontro 24/04	<ul style="list-style-type: none"> - “Círculo de Cultura” – relato de experiências em relação às mudanças ocorridas no estilo de vida, principalmente em relação: “gordura” - obesidade, “cigarro” - tabagismo, “comida salgada” - ingestão de sal, “tomar cerveja ou outro tipo de bebida” – ingestão de bebida alcoólica, “consumo de café” - cafeína, “exercícios físicos” - sedentarismo e “diversão” - atividades de lazer. - Análise dos “temas geradores”. - Visita domiciliar. - Observação participante.
Maio - 2006	
18º encontro 08/05	<ul style="list-style-type: none"> - “Círculo de Cultura” – relato de experiências em relação às mudanças ocorridas no estilo de vida, principalmente em relação: “gordura” - obesidade, “cigarro” - tabagismo, “comida salgada” - ingestão de sal, “tomar cerveja ou outro tipo de bebida” – ingestão de bebida alcoólica, “consumo de café” - cafeína, “exercícios físicos” - sedentarismo e “diversão” - atividades de lazer. - Análise dos “temas geradores”. - Observação participante.
19º encontro 15/05	<ul style="list-style-type: none"> - “Círculo de Cultura” – aplicação do instrumento de levantamento da percepção dos PHAS em relação às práticas educativas. - Análise dos “temas geradores”. - Observação participante.
20º encontro 22/05	<ul style="list-style-type: none"> - “Círculo de Cultura” – festa de confraternização entre EQM e PHAS. - Análise dos “temas geradores”. - Visita domiciliar. - Observação participante.

APÊNDICE J – Detalhamento dos trabalhos educativos com a equipe multiprofissional

Encontro	Data Horário Local	Profissionais presentes	Atividades desenvolvidas
1º encontro	05/05/2005 19:00h às 22:30h FACTHUS	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9	1. Apresentação dos componentes da EQM 2. Aplicação do instrumento de levantamento do perfil da EQM
2º encontro	12/05/2005 19:00h às 22:30h FACTHUS	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9	- Aplicação do instrumento para levantamento dos conceitos e da prática - que a EQM tem sobre o tema “ <i>interdisciplinaridade</i> ” - Exposição dialogada do projeto de pesquisa 1. Tema I: “A formação de equipes”
3º encontro	19/05/2005 19:00h às 22:30h FACTHUS	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9	1. Tema II: “O desenvolvimento de equipes”
4º encontro	28/05/2005 19:00h às 22:30h FACTHUS	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9	1. Aplicação do instrumento para levantamento dos conceitos e da prática que a EQM tem sobre o tema “ <i>interdisciplinaridade</i> ” 2. Tema III: “Ser voluntário”
5º encontro	09/06/2005 19:00h às 22:30h FACTHUS	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9	1. Tema IV: Discussões gerais sobre “As Diretrizes do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos”.
6º encontro	16/06/2005 19:00h às 22:30h FACTHUS	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9	1. Tema V: “A prática interdisciplinar”
7º encontro	23/06/2005 19:00h às 22:30h FACTHUS	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9	1. Tema V: “A prática interdisciplinar” - continuação das discussões gerais.
8º encontro	30/06/2005 19:00h às 22:30h FACTHUS	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9	1. Tema V: “A prática interdisciplinar” - continuação das discussões gerais.
9º encontro	07/07/2005 19:00h às 22:30h FACTHUS	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9	1. Tema VI: “Grupos de suporte para portadores de hipertensão arterial sistêmica”.
10º encontro	11/08/2005 19:00h às 22:30h FACTHUS	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-9	1. Tema VI: “Grupos de suporte para portadores de hipertensão arterial sistêmica” – continuação das discussões gerais.

Encontro	Data Horário Local	Profissionais presentes	Atividades desenvolvidas
11º encontro	25/08/2005 19:00h às 22:30h FACTHUS	P-1, P-2, P-3, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9	1. Tema VI: “Grupos de suporte para portadores de hipertensão arterial sistêmica” – continuação das discussões gerais.
12º encontro	15/09/2005 19:00h às 22:30h FACTHUS	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9	1. Tema VII: “O Método Paulo Freire”.
13º encontro	22/09/2005 19:00h às 22:30h FACTHUS	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9	1. Tema VII: “O Método Paulo Freire” – continuação das discussões gerais.
14º encontro	29/09/2005 19:00h às 22:30h FACTHUS	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8	1. Tema VII: “O Método Paulo Freire” continuação das discussões gerais.
15º encontro	06/10/2005 19:00h às 22:30h FACTHUS	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8	1. Tema VIII: “Orientações gerais para lidar com portadores de hipertensão arterial sistêmica adaptadas das IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, e de Pérez Riera”.
16º encontro	08/10/2005 14:00h às 17:30h sábado FACTHUS	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9	1. Tema VIII: “Orientações gerais para lidar com portadores de hipertensão arterial sistêmica adaptadas das IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial e de Pérez Riera” - continuação das discussões gerais. 2. Tema IX: “O acolhimento”.
17º encontro	21/11/2005 16:00h às 17:30h Capela	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9	1. Discussões gerais sobre o resultado do acolhimento aos PHAS pela EQM. 2. Discussões gerais sobre os temas referentes ao estilo de vida dos PHAS, que surgiram na 1ª reunião. 3. Observação participante
18º encontro	28/11/2005 16:00h às 17:30h Capela	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9	1. Delimitação dos temas levantados: obesidade, tabagismo, ingestão de sal, ingestão de bebida alcoólica, consumo de café, sedentarismo e atividade de lazer. 2. Identificar estratégias para contemplar os outros temas: escola, segurança, vizinhança, alimentação e terrenos baldios. 3. Preparação do tema gerador: “gordura” - obesidade 4. Observação participante
19º encontro	05/12/2005 16:00h às 17:30h Capela	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8	1. Tema gerador: “gordura” - obesidade 2. Discussões gerais e preparação em relação à devolução do material ao grupo de PHAS, para discussão e elaboração. 3. Observação participante
20º encontro	12/12/2005 16:00h às 17:30h Capela	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-9	1. Discussões sobre a devolução do material gerado pelo tema: “gordura” - obesidade 2. Preparação do tema gerador: “cigarro” – tabagismo 3. Observação participante

Encontro	Data Horário Local	Profissionais presentes	Atividades desenvolvidas
21º encontro	16/01/2006 16:00h às 17:30h Capela	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9	1. Tema gerador: “cigarro” – tabagismo 2. Discussões gerais e preparação em relação à devolução do material ao grupo de PHAS, para discussão e elaboração. 3. Observação participante
22º encontro	23/01/2006 16:00h às 17:30h Capela	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8	1. Discussões sobre a devolução do material gerado pelo tema: “cigarro” – tabagismo 2. Preparação do tema gerador: “comida salgada” - ingestão de sal 3. Observação participante
23º encontro	30/01/2006 16:00h às 17:30h Capela	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9	1. Tema gerador: “comida salgada” - ingestão de sal 2. Discussões gerais e preparação em relação à devolução do material ao grupo de PHAS, para discussão e elaboração. 3. Observação participante
24º encontro	06/02/2006 16:00h às 17:30h Capela	P-1, P-2, P-3, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9	1. Discussões sobre a devolução do material gerado pelo tema: “comida salgada” - ingestão de sal 2. Preparação do tema gerador: “tomar cerveja ou outro tipo de bebida” – ingestão de bebida alcoólica. 3. Observação participante
25º encontro	13/02/2006 16:00h às 17:30h Capela	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9	1. Tema gerador: “tomar cerveja ou outro tipo de bebida” – ingestão de bebida alcoólica. 2. Discussões gerais e preparação em relação à devolução do material ao grupo de PHAS, para discussão e elaboração. 3. Observação participante
26º encontro	20/02/2006 16:00h às 17:30h Capela	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9	1. Aplicação de entrevista de acompanhamento dos trabalhos educativos desenvolvidos pela equipe multiprofissional junto ao grupo de PHAS. 2. Discussões sobre a devolução do material gerado pelo tema: “tomar cerveja ou outro tipo de bebida” – ingestão de bebida alcoólica. 3. Preparação do tema gerador: “consumo de café” - cafeína 4. Observação participante
27º encontro	06/03/2006 16:00h às 17:30h Capela	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9	1. Tema gerador: “consumo de café” - cafeína 2. Discussões gerais e preparação em relação à devolução do material ao grupo de PHAS, para discussão e elaboração. 3. Observação participante
28º encontro	13/03/2006 16:00h às 17:30h Capela	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9	1. Discussões sobre a devolução do material gerado pelo tema: “consumo de café” - cafeína 2. Preparação do tema gerador: “exercícios físicos” - sedentarismo 3. Observação participante

Encontro	Data Horário Local	Profissionais presentes	Atividades desenvolvidas
29º encontro	20/03/2006 16:00h às 17:30h Capela	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8	1. Tema gerador: “exercícios físicos” - sedentarismo 2. Discussões gerais e preparação em relação à devolução do material ao grupo de PHAS, para discussão e elaboração. 3. Observação participante
30º encontro	27/03/2006 16:00h às 17:30h Capela	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9	1. Discussões sobre a devolução do material gerado pelo tema: “exercícios físicos” - sedentarismo 2. Preparação do tema gerador: “diversão” – atividades de lazer 3. Observação participante
31º encontro	03/04/2006 16:00h às 17:30h Capela	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8	1. Tema gerador: “diversão” – atividades de lazer 2. Discussões gerais e preparação em relação à devolução do material ao grupo de PHAS, para discussão e elaboração. 3. Observação participante
32º encontro	17/04/2006 16:00h às 17:30h Capela	P-1, P-2, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9	1. Discussões sobre a devolução do material gerado pelo tema: “diversão” – atividades de lazer 2. Aplicação do instrumento de avaliação dos profissionais voluntários sobre a experiência no projeto de <i>promoção da saúde</i> dos PHAS 3. Observação participante
33º encontro	24/04/2006 16:00h às 17:30h Capela	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão sobre os resultados obtidos junto aos PHAS - Mapeamento das mudanças ocorridas com o grupo de PHAS - Relato de experiências em relação as atividades educativas enfatizando as facilidades, dificuldades e perspectivas de um trabalho interdisciplinar.
34º encontro	08/05/2006 16:00h às 17:30h Capela	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão sobre os resultados obtidos junto aos PHAS - Mapeamento das mudanças ocorridas com o grupo de PHAS - Relato de experiências em relação às atividades educativas enfatizando as facilidades, dificuldades e perspectivas de um trabalho interdisciplinar.
35º encontro	15/05/2006 16:00h às 17:30h Capela	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9	<ul style="list-style-type: none"> - Dinâmica de grupo de encerramento: “Jardim das rosas”
36º encontro	22/05/2006 16:00h às 17:30h Capela	P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9	<ul style="list-style-type: none"> - Discussões sobre o desenvolvimento do projeto de pesquisa - Festa de confraternização (EQM e PHAS)

APÊNDICE K – Termo de esclarecimento para os participantes da equipe multiprofissional

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública

ASSOCIAÇÃO AMIGOS DOS HIPERTENSOS DE UBERABA – ASAH - UB
ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DA VILA SÃO CRISTÓVÃO – AMVSC

Termo de esclarecimento para os participantes da equipe multiprofissional que irá atender o grupo de portadores de hipertensão arterial sistêmica no Salão Paroquial da Capela São Cristóvão, localizada à Rua Pedro Barbassa Nº 558, Bairro Vila São Cristóvão – Cep Nº 38.040-290 – Uberaba – MG.

Você está sendo convidado(a) como profissional, a participar do estudo **“Desafios e perspectivas em atividades educativas de promoção da saúde de um grupo de portadores de hipertensão arterial, sob o paradigma da interdisciplinaridade”**. Os avanços na área de saúde ocorrem por meio de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é melhorar a integração entre os vários profissionais que cuidam da saúde do portador de hipertensão arterial sistêmica. Haverá estudos sobre a importância de todos os profissionais entenderem de forma compartilhada quais as maneiras mais adequadas para orientar os portadores de tal enfermidade. Os estudos terão como pressupostos conceituais, o paradigma da *interdisciplinaridade*. Você receberá textos e informações que serão discutidos em grupo com os outros profissionais. Haverá reuniões para investigar o andamento dos trabalhos. Caso você participe, será necessário atender o grupo proposto, semanalmente, para discutir assuntos que surgirem nas reuniões semanais. Você terá que responder perguntas no início, no decorrer e ao final deste trabalho, por meio de entrevistas semi-estruturadas. A duração deste trabalho esta prevista de 8 (oito) a 12 (doze) meses. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Haverá observações por parte do investigador durante as reuniões grupais e quando houver entrevistas, estas serão anotadas e também gravadas. Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo profissional. Pela participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, não terá nenhum vínculo empregatício, mas terá a garantia, de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Toda a documentação estudada, entrevistas gravadas e conversas serão mantidas em absoluto sigilo.

Se você entendeu nossa explicação e está de acordo com o que iremos fazer, terá que assinar o documento que vem em anexo, dando sua permissão. O documento terá 2 (duas) vias e será assinado pelo pesquisador José Sebastião de Figueiredo e por você, sendo uma via arquivada e a outra permanecendo em seu poder. Toda a documentação, bem como fichas e fitas gravadas serão destruídas após o prazo fixado pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 196/96, que consta nas Diretrizes do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa envolvendo seres

humanos. Os resultados da investigação deverão ser divulgados no meio acadêmico sem qualquer tipo de identificação dos sujeitos.

Agradeço sua colaboração

Assinatura pesquisador _____
Nº do documento: _____
Matrícula USP: 3537971

Assinatura do profissional _____
Nº do documento: _____

**Termo de consentimento livre e esclarecido
(profissional)**

Eu, _____,
li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação nesta pesquisa a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará minha vida profissional. Fui informado que haverá sigilo absoluto sobre minha identidade, que não terei despesas, não receberei dinheiro e não terei nenhum vínculo empregatício por participar do estudo. Eu autorizo minha participação no estudo e também autorizo a publicação das informações fornecidas no meio acadêmico, sabendo que tudo será mantido em sigilo e que em momento algum serei identificado(a), devendo ser mantido o caráter confidencial de informações relacionadas com o meu trabalho e também com a minha privacidade. Assino esse termo em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Uberaba - MG, _____ / _____ / _____

Nome do pesquisador
Nº do documento: _____
Matrícula USP: 3537971

Assinatura do profissional
Nº do documento: _____

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3318-5854.

APÊNDICE L - Termo de esclarecimento para os componentes do grupo de portadores de hipertensão arterial sistêmica

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública

ASSOCIAÇÃO AMIGOS DOS HIPERTENSOS DE UBERABA – ASAH - UB
ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DA VILA SÃO CRISTÓVÃO – AMVSC

Termo de Esclarecimento para os componentes do grupo de portadores de hipertensão arterial sistêmica atendidos no Salão Paroquial da Capela São Cristóvão, localizada à Rua Pedro Barbassa Nº 558, Bairro Vila São Cristóvão – Cep Nº 38.040-290 – Uberaba - MG.

Você tem um tipo e enfermidade denominada hipertensão arterial, também chamada de “pressão alta” e está sendo convidado(a) a participar do estudo **“Desafios e perspectivas em atividades educativas de promoção da saúde de um grupo de portadores de hipertensão arterial, sob o paradigma da interdisciplinaridade”**. Os avanços na área de saúde ocorrem por meio de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é melhorar a integração entre os vários profissionais que cuidam de sua saúde. Haverá estudos sobre a importância de todos os profissionais entenderem de forma compartilhada quais as maneiras mais adequadas para orientar você, para lidar melhor com as dificuldades ocasionadas por esta enfermidade. Caso você participe, será necessário frequentar um grupo de portadores de hipertensão arterial sistêmica que se reunirá semanalmente para discutir as dificuldades em relação à sua enfermidade. Você terá que responder perguntas no início, no decorrer e ao final deste trabalho. A duração deste trabalho esta prevista de 8 (oito) a 12 (doze) meses. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Haverá observações durante as reuniões grupais e quando houver entrevistas, estas serão anotadas e também gravadas. Sua ficha cadastral será examinada e estudada. Se necessário, poderemos pedir para visitar a sua casa. Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento sem prejuízo ao seu atendimento. Pela participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia, de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Toda a documentação estudada, entrevistas gravadas, conversas e visitas à sua casa, serão mantidas em absoluto sigilo.

Se você entendeu nossa explicação e está de acordo com o que iremos fazer, terá que assinar o documento que vem em anexo, dando sua permissão. O documento terá 2 (duas) vias e será assinado pelo pesquisador José Sebastião de Figueiredo e por você. Uma via será arquivada e a outra ficará com você. Toda a documentação, bem como fichas e fitas gravadas serão destruídas após o prazo fixado pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 196/96, que consta nas Diretrizes do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos.

Agradeço sua colaboração

Nome do pesquisador
Nº do documento: _____
Matrícula USP: 3537971

Assinatura do voluntário
Nº do documento: _____

**Termo de consentimento livre e esclarecido
(usuário dos serviços)**

Eu, _____,
li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu autorizo em participar do estudo do pesquisador José Sebastião de Figueiredo e também autorizo a publicação das informações fornecidas, sabendo que tudo será mantido em sigilo e que em momento algum serei identificado(a) e que será mantido o caráter confidencial de informações relacionadas também com minha família e com a minha privacidade. Assino esse termo em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Nome do pesquisador
Nº do documento: _____
Matrícula USP: 3537971

Assinatura do voluntário
Nº do documento: _____

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3318-5854.

**APÊNDICE M – Termo de autorização de uso de imagem
(profissional)**

Eu _____,
_____(nacionalidade), _____ (estado
civil),

_____ (profissão), portador da Cédula de Identidade RG
nº _____, inscrito no CPF/MF sob nº _____,
residente à Rua _____, nº _____, na cidade de
Uberaba - MG, **AUTORIZO** o pesquisador José Sebastião de Figueiredo, a
UTILIZAR MINHA IMAGEM para fins de desenvolvimento de pesquisa e divulgação
científica. O material pode ser destinado ao público em geral e/ou para uso interno
da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, desde
que não haja desvirtuamento da sua finalidade.

A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem
acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas
modalidades e, em destaque, das seguintes formas: (I) folhetos em geral (encartes,
mala direta, catálogo, e outras); (II) folder e banner de apresentação; (III) publicação
em revistas e jornais em geral; (IV) home page; (V) cartazes; (VI) mídia eletrônica
(painéis, vídeo-tapes, televisão, entre outros).

Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima
descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha
imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 (duas) vias de
igual teor e forma.

Uberaba, ____ de _____, de 2006.

Assinatura do profissional

Pesquisador: José Sebastião de Figueiredo
Nº do documento: _____
Matrícula USP: 3537971

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em
contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do Triângulo
Mineiro, pelo telefone (34) 3318-5854.

**APÊNDICE N – Termo de autorização de uso de imagem
(usuário dos serviços)**

Eu _____,
_____ (nacionalidade), _____ (estado
civil),

_____ (profissão), portador da Cédula de Identidade RG
nº _____, inscrito no CPF/MF sob nº _____,
residente à Rua _____, nº _____, na cidade de
Uberaba - MG, **AUTORIZO** o pesquisador José Sebastião de Figueiredo, a
UTILIZAR MINHA IMAGEM para fins de desenvolvimento de pesquisa e divulgação
científica. O material pode ser destinado ao público em geral e/ou para uso interno
da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, desde
que não haja desvirtuamento da sua finalidade.

A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem
acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas
modalidades e, em destaque, das seguintes formas: (I) folhetos em geral (encartes,
mala direta, catálogo, e outras); (II) folder e banner de apresentação; (III) publicação
em revistas e jornais em geral; (IV) home page; (V) cartazes; (VI) mídia eletrônica
(painéis, vídeo-tapes, televisão, entre outros).

Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima
descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha
imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 (duas) vias de
igual teor e forma.

Uberaba, ____ de _____, de 2006.

Assinatura do voluntário

Pesquisador: José Sebastião de Figueiredo
Nº do documento: _____
Matrícula USP: 3537971

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em
contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do Triângulo
Mineiro, pelo telefone (34) 3318-5854.

APÊNDICE O – Orientações gerais para lidar com portadores de hipertensão arterial sistêmica adaptadas de Pérez Riera

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública

ASSOCIAÇÃO AMIGOS DOS HIPERTENSOS DE UBERABA – ASAH – UB
ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DA VILA SÃO CRISTÓVÃO - AMVSC

1. Redução de peso

A simples correção do excesso de massa corporal ajuda a diminuir as cifras da pressão. A determinação do estado nutricional de uma pessoa avalia-se através do chamado índice de massa corporal (IMC).

IMC = peso em quilogramas dividido pela altura em metros elevada ao quadrado. O valor a ser atingido deve ser inferior a 25kg/m^2 .

1.1 Conceitos

IMC (kg/m^2)	Classificação
< 18	baixo peso
≥ 18 e < 25	peso saudável
≥ 25 e < 30	pré-obesidade
≥ 30 e < 35	obeso grau I
≥ 35 e < 40	obeso grau II
≥ 40	obeso grau III

No grau III, a condição, está associada a maior morbimortalidade por maior incidência de doença coronariana, hipertensão arterial, diabetes, dislipimias, derrames, varizes, flebite, embolia pulmonar, hemorróidas, doença osteoarticular, hérnia e até alguns tipos de câncer (mama, intestino e útero), com diminuição da expectativa de vida de 20% em média. Nestes casos, pode estar indicada a cirurgia de Mason, que consiste na criação de um “hall de entrada” no estômago com grampos de titânio, restando assim um volume gástrico residual de apenas 15% do anterior, de modo que a ingestão alimentar faz surgir rapidamente a sensação de saciedade, o que conduz ao emagrecimento.

O depósito excessivo de gordura localizado preferencialmente na altura da cintura (umbigo), conhecido como obesidade andróide (visceral ou abdominal), para diferenciar da obesidade ginecóide, que apresenta maior diâmetro na altura bitrocantariana, é hoje considerado um fator independente de morbimortalidade cardiovascular à parte. Uma circunferência abdominal de cintura de 85cm ou maior em mulheres ou de 98cm ou maior em homens está associada a risco de

hipertensão, dislipímia, diabetes e mortalidade por doença arterial coronária. A relação ideal cintura/quadril é 0,8 nas mulheres e 0,9 nos homens. Valores acima de 1 indicam obesidade andróide e, portanto, risco maior.

Independente do peso inicial, perder 4,5kg em termos absolutos reduz a pressão arterial na maioria dos portadores de hipertensão arterial sistêmica obesos.

A redução de peso potencializa o efeito da queda de pressão arterial concomitante às drogas anti-hipertensivas administradas simultaneamente.

1.2 Recomendações importantes para o paciente obeso

- O tratamento da obesidade implica mudança de hábitos alimentares para o resto da vida. Portanto, não pode ser monótono e exagerado, pois assim sendo, corre-se o risco de abandoná-lo em curto prazo, transformando-se no típico paciente “sanfona”: ciclos de engorda-emagrece repetitivos, fator contribuinte para a depressão do obeso. Por outra parte, estudos recentes assinalam que o efeito “ioiô” constitui fator de risco para o aparecimento de litíase vesicular.

- Orientar o paciente para não cometer o erro de “pular” refeições. Deve-se realizar no mínimo quatro refeições diárias: café da manhã, almoço, chá da tarde e jantar. Isso quer dizer que nunca se deve ficar sem ingerir alimento por mais de seis horas. Se o paciente omitir alguma das refeições, na próxima estará com muita fome, correndo o risco de comer excessivamente.

- Orientar o paciente a alimentar-se somente em horários preestabelecidos.

- O paciente deverá ingerir o mínimo de líquido durante as refeições. O ideal é água ou refrigerante *light*.

- Evitar leitura ou assistir à TV durante as refeições, porque, imperceptivelmente, comerá em excesso.

- Mastigar os alimentos, evitando o comportamento “avestruz”, que conduz a ingerir mais alimentos de forma imperceptível.

- Mudança de cardápio: ingerir sempre o mesmo tipo de alimento pode conduzir à desistência da dieta.

- O paciente deverá fazer caminhadas de uma hora, pelo menos seis vezes por semana. Uma hora de caminhada implica queimar 250 calorias.

- Orientar o paciente a nunca deitar ou repousar logo após as principais refeições.

- Evitar pressa ao sentar-se à mesa. Não fazer as refeições agitado ou nervoso.

- Evitar comer lanches rápidos tipo *fast-food*, pizza ou guloseimas.

- Não comprar no supermercado artigos supérfluos. Melhor escolher alimentos naturais.

- Para o preparo, dar preferência a grelhados, cozidos ou assados. Evitar alimentos fritos.

- Dar preferência a carnes brancas (aves e peixes), em vez das carnes vermelhas, de miúdos ou carnes gordurosas.

- Retirar a pele das aves e as partes amarelas das carnes.

- Utilizar adoçantes, em substituição ao açúcar.

- Dentre os queijos, dar preferência a ricota, tipo *cottage* ou queijo minas, evitando queijos amarelos e cremosos.

- Evitar, quanto possível, o pão branco. Pode-se usar pão de glúten ou centeio.

- Dispensar sempre a sobremesa e, quando inevitável, escolher frutas.
- Procurar evitar as massas feitas com farinha branca.
- O leite e derivados devem ser sempre desnatados, e nunca integrais.
- Ovos devem ser cozidos.
- Batatas devem ser cozidas, nunca fritas.
- Não se deter na feira-livre para comer pastéis.
- Evitar salgadinhos e doces em pacote (tipo *cheetos* e *baiconzitos*, sorvetes industrializados, chocolate).
- Em restaurantes, dispensar o couvert opcional.
- Como acompanhamento às refeições, dar preferência a saladas de folhas.
- Restringir o arroz a duas colheres rasas de sopa por refeição.
- Sempre que possível, dispensar o elevador e usar escadas.
- Para tempero dos alimentos, preferir ervas, limão e especiarias ao óleo ou azeite.
- Comer sempre alimentos ricos em fibras: grãos, frutas, cereais integrais, hortaliças e legumes, preferencialmente crus.

1.3 Restrição de gorduras e de colesterol

Percentagem de gordura recomendada: 30% do total das calorias.

Percentagem de gordura saturada: até 10% do total; sendo o restante (90%) de gordura poliinsaturada ou monoinsaturada.

Quantidade de colesterol recomendada: até 300mg/dia.

1.3.1 Recomendações gerais para restringir gorduras na dieta

a) Evitar carnes com teor elevado de gordura:

- carnes excessivamente gordas – mais de 25g/100g da parte comestível;
- carnes gordas – entre 15 e 25g/100g da parte comestível;

Evitar ovelha, cordeiro ou carneiro, porco, ganso, pato, vitela, costela de boi, cupim, vísceras (fígado, rins, miolo, coração).

As carnes, crustáceos e derivados com maior teor de colesterol por 100g são: miolos (2.078mg/100g), rins e fígado de boi 393mg/100g), peito de frango com pele (296mg/100g), coração (196mg/100g), camarão (196mg/100g), vitela (165mg/100g), lingüiça de porco (156mg/100g), costela de porco (121mg/100g).

b) Recomendar o consumo de carnes muito magras:

- Carne bovina – fralda, filé mignon, patinho e coxão mole (85mg/100g).
- Peixes – barbudo (0,3mg/100g), robalo (0,3mg/100g), linguado (0,5mg/100g), arenque (14mg/100g), corvina e dourado.

Outras carnes: carne branca de frango sem pele, rã, jacaré, lagarto, paca, preá e vitela sem osso, guisada.

c) Produtos cárneos – devem ser limitados e/ou eliminados:

- Frios – presunto, salame, mortadela, salsicha, salsichão, lingüiça, morcela, paio, copa, Joelho de porco, etc.
- Banha, toucinho fresco ou defumado, patês, torresmo, pele de frango, embutidos, enlatados com carnes.

d) Derivados de chocolate: evitar cacau, chocolate, bombons, sorvetes industrializados, em especial os cremosos, milk-shake, chantilly, musses, suflês.

e) Laticínios: evitar leite integral, manteiga, nata, iogurtes integrais, queijos amarelos, e cremosos, tipo: prato, mussarela, parmesão, catupiri, roquefort, camembert, emmenthal, fundido, açoriano, gorgonzola, gruyère, holanda, cheddar etc. Preferir leite desnatado, margarina poliinsaturada sem sal (do tipo que mesmo refrigerada não fica dura) e os queijos brancos tipo de minas, cottage, de soja e ricota.

f) Frutos do mar: evitar camarão, lagosta, lula, polvo, mariscos, siri, ostra.

g) Iguarias da culinária brasileira: acarajé, vatapá, mocotó, dobradinha, feijoada, carne-de-sol, bacon, buchada de bode, arroz de carreteiro.

h) Fritura: coxinha, empadinhas, pastéis, risoles, pizzas, salgadinhos em pacote – cheetos, cebolitos, baconzitos, biscoitos amanteigados ou feitos com banha, roscas com frutas, pão de queijo, croissants, bolos prontos etc.

i) Óleos: preferir os que possuem elevada concentração de ácidos graxos essenciais linoléico e araquidônico poliinsaturados, os quais parecem diminuir a pressão arterial via liberação de prostaglandinas. Dentre eles: de girassol (70g de ácido linoléico/100g de gordura), soja (55/100), milho (55/100), arroz (33/100), canola, algodão, cártamo, sésamo.

É importante ter em conta que qualquer óleo é muito energético (nove calorias por grama), pelo que pode contribuir para o ganho de peso, devendo ser restringidos em obesos, tendo como limite duas colheres de sopa por dia.

Evitar os óleos de dendê (rico em ácido graxo láurico muito aterogenético) e de coco (rico em ácido graxo palmítico altamente aterogenético).

Limitar o consumo de maionese, coco fresco ou derivados, abacate, castanha de caju, avelã, noz, amendoim, sardinha em conserva e, muito importante: gema de ovo (274mg/100g) e alimentos feitos com ela (omelete). Os ovos podem ser substituídos por aqueles enriquecidos com ácidos graxos ômega-3 (ovos “PUFA”), os quais contêm, em média, 185mg de colesterol e 75 calorias por gema. Estes ovos aumentam a fração HDL-C e reduzem os triglicérides.

j) Orientações para o preparo das gorduras

- Não fritar os alimentos em banha e/ou manteiga não poliinsaturada.
- Nunca usar duas vezes o mesmo óleo para frituras.
- A cocção dos alimentos deve ser rápida para que não haja grande absorção de gordura.
- Quanto maior a temperatura da gordura no cozimento, menor sua absorção.

l) Observações importantes: em PHAS diabéticos ou com hipertrigliceridemia deve restringir-se os glicídios refinados: açúcar, doces, bolos, balas, bombons, chocolate, sorvetes, pudins, quindim, rocamboles, pão-de-ló, glacê, suspiro, brigadeiro, melados, doces em calda, frutas secas ou cristalizadas, caldo de cana, refrigerantes (só tipo *light*), mel, beterraba, massas (pães, bolachas, tortas, pastéis), massas feitas de farinha branca ou refinada (ravióli, nhoque, capelêti, lasanha), farinhas (milho, mandioca e trigo), batata, grão-de-bico e bebidas alcoólicas.

2. Restrição de sal

A ingestão de sal deve ser menos de 100mEq/dia ou 100mmol/dia, uma vez que em cada 10g de sal há 4g de sódio, o que corresponde a 40% do sal.

A ingestão de 6g/dia de sal, ou cloreto de sódio – uma colher de chá – corresponde a uma restrição leve, ou 2,4g de sódio/dia, sendo eficaz em 50% dos

PHAS. A ingestão de 5g/dia de sal (2g de sódio) corresponde a uma restrição moderada.

2.1 Possível restrição de sal

A ingestão de 2,5g/dia de sal corresponde a uma restrição estrita.

Pessoas de raça negra, idosos e diabéticos são mais sensíveis à ingestão de sódio.

Recentemente pesquisa revelou que portadores de hipertensão arterial sistêmica com genes denominados AA possuem maior risco à presença de sódio, e respondem melhor à sua redução na dieta. Os portadores de hipertensão com genes denominados GG não apresentam queda significativa da pressão com a redução da ingestão de sódio. David McCarron, de Portland, Oregon (EUA), em 1997, assinalou que a restrição de sódio não constitui o principal fator dietético em PHAS, mas sim, dietas ricas em Cálcio (Ca^{++}), Potássio (K^+) e Magnésio (Mg^{++}).

O requerimento fisiológico de sódio é de 500mg (22mmol) para indivíduos não-gestantes e saudáveis. Os níveis de ingestão de sódio recomendados devem situar-se entre 2 e 4g (87 a 174mmol) por dia.

Uma dieta moderadamente reduzida em sódio permite:

- a) reduzir a dose do anti-hipertensivo;
- b) reduzir a perda de potássio induzida pelo diurético;
- c) possivelmente regredir a hipertrofia ventricular esquerda;
- d) proteger contra a osteoporose e cálculos renais, ao diminuir a excreção de cálcio.

Conclusão: é recomendável uma dieta moderadamente reduzida em sal.

Os alimentos com baixo teor em sódio, ou seja, com 30mg de sódio por 100g ou menos, são: amora, ameixa, maçã, banana, uva rosada sem casca nem caroço, caju, caqui, cidra, laranja, lima, morango, abacaxi, pêra, batata, tomate, alface, pimentão, berinjela sem casca, brócolis, aspargo, cru, cogumelo, cenoura, atum, peru, leite e óleos comestíveis (de oliva, girassol, arroz, milho, soja e amendoim).

Os alimentos ricos em sódio, que o PHAS deve evitar, são: caldo de carne em cubo, azeitona, queijo parmesão, defumados, frios, patê de fígado, carne seca ou charque, enlatados, sardinha, carnes curtidas ou curadas, bacalhau, bacon, caviar, temperos industrializados, ketchup, molho inglês ou worcestershire, mostarda, shoyu, caldos concentrados, embutidos (salsicha, lingüiça, presunto, salame, paio), sopas empacotadas que contenham aditivos como glutamato monossódico, temperos industrializados, petiscos de lata, manteiga ou margarina com sal, pipoca, batata frita em especial em pacote, pão comum de padaria, carne Kosher da comida judaica, águas minerais bicarbonatadas.

A redução moderada de sódio não ocasiona aumento do colesterol total ou de LDL-C. Apenas reduções importantes de sódio (menos de 20mmol/dia), possivelmente por estimulação simpática e hemoconcentração, podem aumentar estes lípidos.

Um modo de saber se o paciente está ingerindo sódio em forma excessiva é a dosagem do cátion urinário de 24 horas: > de 140mEq/24h é *sugestivo de ingestão excessiva*. Existem duas populações de PHAS em referência ao sódio: os sal-sensíveis e os sal-resistentes, que clinicamente podem ser diferenciados conforme mostra abaixo. Entre 9% e 20% dos geneticamente sal-sensíveis podem atingir cifras de pressão arterial significativamente reduzidas ingerindo menos de 2g/dia de sal.

Resumindo alguns autores afirmam que no portador de hipertensão essencial haveria uma falha na regulação renal, fazendo com que sejam necessárias cifras de pressão mais elevadas para obter a mesma resposta natriurética. Esta falha teria sua base numa redução congênita no número de nefronas funcionantes, cuja resposta adaptativa seria o aumento da resistência vascular periférica.

	Sal-sensíveis	Sal-resistentes
Idade	Maior	Menor
Atividade de renina plasmática	Baixa	Pode ser elevada
Catecolaminas plasmáticas e seus metabólitos urinários	Maior	Menor
Raça	Mais freqüente na negra	Caucasianos e amarelos

Quadro 5 - Referência ao sódio em portadores de hipertensão arterial sistêmica.

3. Combate ao tabagismo

Fundamentalmente, o fumo associa-se a aterosclerose na aorta abdominal e artérias periférica, causando claudicação intermitente.

Em menores de 40 anos que sofreram infarto o fumo é o principal fator de risco.

Devemos incentivar o paciente e seus familiares a combater o tabagismo, uma vez que o fumo possui efeito altamente deletério sobre o aparelho cardiovascular:

a) aumenta a pressão arterial, a frequência cardíaca, reduz o fluxo sanguíneo e o aporte de oxigênio ao coração, ao elevar o nível de monóxido de carbono no sangue;

b) o fumante passivo pode ter maior risco de doença arterial coronária;

c) em mulheres fumantes o risco de ataque cardíaco aumenta muito, sendo responsável por 50% das mortes coronarianas neste sexo. O cálculo do risco de sofrer ataque cardíaco neste sexo aumenta em 100% entre fumantes, e no caso das que, concomitantemente, fazem uso de contraceptivos, o risco eleva-se em forma exponencial: 39 vezes mais ataques do coração e 22 vezes mais acidente cerebrovascular;

d) a morte súbita é de duas a quatro vezes maior em fumantes;

e) o abandono do vício ocasiona rápida queda do risco;

f) o fumo pode diminuir o efeito terapêutico dos β -bloqueadores, por aumentar o metabolismo hepático via enzima P450.

Após parar de fumar, na maioria dos casos, ocorre ganho ponderal, fato que deve ser levado em conta em obesos. Todavia, esta afirmação, recentemente, tem sido desmentida.

Os mecanismos propostos para o efeito pró-aterosclerótico do fumo são:

- aumento do fibrinogênio plasmático;
- desenvolvimento de policitemia pela hipoxia crônica, que alentece o fluxo sanguíneo e o aporte de O_2 aos tecidos, ao elevar o nível de monóxido de carbono no sangue;

- aumento da viscosidade sanguínea (pelos pontos 1 e 2);

- aumento do tônus vascular induzido pela nicotina;

- redução do HDL-C;

- aumento da oxidação das LDL-C;
- aumento da agregabilidade plaquetária.

Para combater o fumo, além de explicar-se em forma detalhada ao paciente os maléficos do vício, podem-se usar as drogas a seguir:

a) *Nicotina transdérmica*: sistema terapêutico transdérmico adesivo, que oferece a droga via circulação, eliminando a abstinência. O sistema deve ser trocado a cada 24 horas. Sua forma de apresentação é de discos de diâmetros diferentes, com concentrações de nicotina crescentes: discos de 10cm² para PHAS que fumam menos de 20 cigarros/dia; 20cm², para aqueles que fumam mais de 20/dia; e 30cm², para os que fumam mais de 20/dia. O índice de sucesso com os adesivos é da ordem de 41% (Arq Bras Cardiol 70:271-4, 1998).

b) Antidepressivos: ocasiona elevada taxa de abandono do vício superior aos adesivos (50% contra 20%).

- Mecanismo de ação: inibe a recaptação cerebral de noradrenalina (NA) e provavelmente de dopamina (DA).

- Apresentação: comprimidos de 150mg.

Indicações: de escolha para a interrupção do vício de fumar.

Iniciar uma semana antes da interrupção do fumo e continuar por seis a 12 semanas. Adicionalmente, a bupropiona previne o ganho de peso acentuado observado em tabagistas que param de fumar.

- Posologia: 150mg duas vezes por dia durante seis a 12 semanas. Esta parece ser a dose mais efetiva. Bem tolerado e seguro.

- Efeitos colaterais: boca seca, insônia e potente efeito *pró-convulsivo*.

- Contra-indicações: antecedentes de epilepsia, convulsão, anorexia, bulimia, traumatismo craniano, história familiar ou qualquer lesão cerebral sem importar sua natureza.

4. Redução de cafeína

Em excesso, pode elevar a pressão arterial e aumentar o colesterol sérico, fator importante de risco para hipertensão.

Os grãos de café possuem lípides denominados cafestol e kahweol, que aumentam o colesterol sérico. Usando coador de pano, as gorduras contidas nos grãos de café não são retidas.

Cinco xícaras de café por dia contêm 10mg de cafestol, o que eleva o colesterol em 0,13mmol/l. sendo assim, no Brasil, os hipercolesterolêmicos devem filtrar o café com **coador de papel**, que retêm estes lípides.

Os cafés do tipo expresso e árabe, pela forma de preparo (misturam o pó com água fervendo, que remove as gorduras sem coar) podem aumentar o colesterol sérico.

É importante orientar os PHAS em relação aos refrigerantes que contêm cafeína (inclusive alguns denominados light).

5. Redução de álcool

Considera-se como limite menos de 30ml/dia de etanol, que corresponde a 720ml de cerveja, 300ml de vinho, 60ml de uísque puro ou 50ml de conhaque. Para

PHAS, recomenda-se no máximo 30ml/dia para homens. Pessoas de baixo peso e mulheres devem ingerir metade destas quantidades.

Alguns autores consideram o alcoolismo como a principal causa secundária de hipertensão arterial.

O excesso etílico constitui um fator de risco para derrame cerebral e pode causar resistência ao tratamento anti-hipertensivo pelos seguintes mecanismos:

- aumento da descarga simpática;
- aumento do conteúdo corporal de sódio;
- prolongamento dos efeitos dos glicocorticóides;
- aumento dos triglicérides e produção de VLDL pelo fígado (contra-indicados em dislipêmicos do tipo IV);
- aumento do peso corporal, pelo elevado teor energético por grama (contra-indicado em obesos);
- potencial hepatotóxico.

A abstinência abrupta do álcool pode ocasionar crise hipertensiva, mas ela se regulariza após alguns dias.

A ingestão de álcool com moderação possui efeito benéfico, pelas seguintes causas:

- a) aumenta HDL-C;
- b) reduz o fibrinogênio;
- c) inibe a agregação plaquetária.

6. Incentivar atividade física: combate ao sedentarismo

Um plano de atividade física moderada pode melhorar bastante o quadro PHAS.

Recomenda-se o exercício isotônico aeróbico, particularmente caminhadas diárias de 40 minutos, precedidas e seguidas de exercícios de alongamento, sendo que cada um deles deve ser repetido e executado durante 30 segundos.

O ideal é exercitar-se mantendo a frequência cardíaca em 70% da máxima, que se calcula subtraindo a idade de 220.

As recomendações do 71º Congresso da "American Heart Association" realizado em Dallas, Texas, em 1998, são:

- Em 60% a 70% do tempo, deve realizar-se exercícios de longo curso: caminhadas. Estudo feito em nosso meio revelou que o efeito protetor do hábito de caminhar não é imediato; assim, não existem diferenças significativas no risco entre sedentários e os que iniciaram caminhadas regularmente apenas no último ano, mas, sim para os que caminham a mais tempo.

- Em 20% a 30% do tempo deve-se fazer atividades de resistência.

- 10% a 20% do tempo deve-se para exercícios de flexão.

É necessário um gasto semanal com exercícios moderados e intensos de 1.200 calorias/semana.

Os benefícios da atividade física moderada praticada regularmente podem ser resumidos assim:

- Contribui para a diminuição do peso corporal por aumentar a queima calórica.

- Uma única sessão de exercícios de 45 minutos reduz a pressão arterial em 10% e a mantém baixa por 24 horas. O exercício aeróbico reduz a PA em hipertensos e normotensos, por diminuir os níveis séricos de norepinefrina. A

redução média em ambos grupos é de 6mmHg, tanto para a sistólica quanto a diastólica.

- Diminuir em 66% o risco de morte por doenças cardiovasculares. Ocasionalmente menos chances de enfarte do miocárdio: pessoas que exercitam mais que duas horas e 20 minutos por semana apresentam uma redução no risco de infarto. A explicação desta menor incidência obedece a melhora na agregação plaquetária, fibrinólise, diminuição do consumo de oxigênio pelo miocárdio, possível melhora na capacidade de dilatação das artérias, aumento do calibre arterial por estímulo da angiogênese dependente do fluxo.

- Menos chances de desenvolver diabetes, ao diminuir a resistência à insulina. O exercício aumenta a captação periférica da glicose.

- Melhora do perfil lipídico: estimula a atividade da lipase lipoprotéica, conduzindo à elevação de HDL-C e aumentando a hidrólise de lipoproteínas ricas em triglicérides com diminuição da lipemia e trigliceridemia.

O HDL bloqueia a oxidação da LDL e ocasiona o transporte reverso do colesterol.

Os atletas mantêm os níveis de HDL-C em 20mg/dl mais elevados do que os sedentários.

A perda de peso decorrente de exercício associa-se à redução na síntese de VLDL-C.

- Contribui para a redução das dores lombares.
- Importante na manutenção da densidade óssea, com conseqüente melhora da osteoporose.

- Menor prevalência de alguns tipos de câncer.
- Diminuição da ansiedade e estresse.
- Aumento da auto-estima, por liberar endorfina.
- Melhora na timia (humor).
- Realizar exercícios pedalando na bicicleta ergométrica e concomitantemente aproveitar para estudar ou trabalhar não reduz as catecolaminas sanguíneas.

7. Combate ao estresse

O estresse emocional, definido como reação inespecífica do organismo a qualquer demanda exógena ou endógena imposta, atua em três fases: *alarme*, *resistência* e *esgotamento*, que pode elevar agudamente a pressão arterial via liberação excessiva de catecolaminas pelo sistema nervoso autônomo e pela medula supra-renal, com taquicardia, aumento da pressão arterial por vasoconstrição, aumento da renina plasmática, glicemia e ácidos graxos livres por lipólise periférica. Recomendam-se atividades que dão prazer e impliquem certo grau de atividade física, evitando-se o quanto possível angústia, cólera, urgência, medo e pânico, assim como os exercícios isométricos ou estáticos.

Qual o perfil do indivíduo propenso ao estresse?

1) Pessoas que desejam ser bem-sucedidas o tempo todo. Fracassos fazem parte da vida e são até necessários para aprendizagem e crescimento pessoal.

2) Pessoas que sempre preservam a imagem pessoal. Aqueles indivíduos que sempre estão tentando agradar aos outros, não realizando o que deve ser feito.

3) Pessoas inflexíveis nos seus pontos de vista.

4) Pessoas com dificuldade para conseguir relaxar.

5) Pessoas que dão importância a um único aspecto da vida. Falta de equilíbrio.

APÊNDICE P – Cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC)

Interpretação do IMC para maiores de 18 anos:

IMC (kg/m ²)	Classificação
< 18	baixo peso
≥ 18 e < 25	peso saudável
≥ 25 e < 30	pré-obesidade
≥ 30 e < 35	obeso grau I
≥ 35 e < 40	obeso grau II
≥ 40	obeso grau III

Quadro 6 – Índice de massa corpórea (IMC) para maiores de 18 anos.

Definições:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$$

Interpretação do % gordura:

Um % de gordura acima de 23, para mulheres, e de 16, para homens, pode significar, além de sobre-peso, um déficit de massa muscular.

Fonte: **Cálculo do IMC.** 2003. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/publico/testes/imc.htm>. Acesso em: 12 de novembro de 2005.

APÊNDICE Q – Dinâmica de Grupo: “Jardim das rosas”

Classificação: encerramento

Objetivo: possibilitar aos participantes um momento de reflexão individual e grupal do processo vivenciado durante o curso.

Tamanho do grupo: até 30 participantes

Tempo: em torno de 1 hora

Arranjo físico: sala com mesas de apoio para realizar tarefas de desenho, recorte e colagem.

Material necessário: 2 folhas de cartolina branca, folhas de papel fantasia de cores diversas (ex: rosa, verde, vermelho, azul, cinza, amarela), folhas de papel camurça de cores variadas, tesouras, lápis de cor, cola e caneta hidrocor, aparelho de som e músicas harmonizantes que facilite a criatividade.

Vivência: Orientar o grupo dizendo que agora eles farão um painel criando um jardim de rosas. Este painel será uma obra de arte. Tudo no jardim irá simbolizar algo significativo que foi vivido pelos participantes durante o curso. Cada participante irá fazer a sua parte do jardim escrevendo dentro dela o seu significado. O jardim poderá ser construído da maneira que o grupo preferir. O grupo terá 40 minutos para planejar e executar o jardim e, 5 minutos para observar a “obra de arte” depois de pronta.

Relato de sentimentos: Pedir ao grupo para falar dos sentimentos vividos durante e depois da construção do jardim. Distribuir algum texto com mensagem adequada à história e momento do grupo para o encerramento.

Desejos (Carlos Drummond de Andrade)

*Desejo a você
 Fruto do mato
 Cheiro de jardim
 Namoro no portão
 Domingo sem chuva
 Segunda sem mau humor
 Sábado com seu amor
 Filme do Carlitos
 Chope com amigos
 Crônica de Rubem Braga
 Viver sem inimigos
 Filme antigo na TV
 Ter uma pessoa especial
 E que ela goste de você
 Música de Tom com letra de Chico
 Frango caipira em pensão do interior
 Ouvir uma palavra amável
 Ter uma surpresa agradável
 Ver a Banda passar
 Noite de lua Cheia
 Rever uma velha amizade
 Ter fé em Deus
 Não Ter que ouvir a palavra não
 Nem nunca, nem jamais e adeus.
 Rir como criança*

*Ouvir canto de passarinho
 Sarar de resfriado
 Escrever um poema de Amor
 Que nunca será rasgado
 Formar um par ideal
 Tomar banho de cachoeira
 Pegar um bronzado legal
 Aprender uma nova canção
 Esperar alguém na estação
 Queijo com goiabada
 Pôr-do-Sol na roça
 Uma festa
 Um violão
 Uma seresta
 Recordar um amor antigo
 Ter um ombro sempre amigo
 Bater palmas de alegria
 Uma tarde amena
 Calçar um velho chinelo
 Sentar numa velha poltrona
 Tocar violão para alguém
 Ouvir a chuva no telhado
 Vinho branco
 Bolero de Ravel
 E muito carinho meu.*

APÊNDICE R – Respostas do 1ª questionário sobre o perfil do grupo de portadores de hipertensão arterial

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública

ASSOCIAÇÃO AMIGOS DOS HIPERTENSOS DE UBERABA – ASAH
ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DA VILA SÃO CRISTÓVÃO – AMVSC

I – IDENTIFICAÇÃO

Nº de Entrevistados: 10

Identificação: E-1, E-2, E-3, E-4, E-5, E-6, E-7, E-8, E-9, E-10

Quantos anos você têm?

Sexo:

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / \text{Altura}^2 \text{ (m)}$$

IMC (Kg/m ²)	Masculino		Feminino		Total	
Categoria	Nº	IMC	Nº	IMC	Nº	%
≥ 18 e < 25: peso saudável	-	0,0	E-10	24,60	1	10,0
≥ 25 e < 30: pré-obesidade	E-8	29,06	E-2 E-3 E-5	27,55 28,88 26,44	4	40,0
≥ 30 e < 35: obeso grau I I	E-7 E-9	30,77 30,36	E-1 E-6	31,13 32,88	4	40,0
≥ 40: obeso grau III	-	0,0	E-4	48,63	1	10,0
TOTAL	3	61,73	7	218,11	10	100,0

Como você se descreve?

Qual a sua escolaridade?

Qual a sua ocupação?

Qual a sua renda mensal?

II – DADOS GERAIS E DE SAÚDE

1. Como você soube deste Grupo Educativo?

2. Você tem algum plano de saúde?

Se sim, qual?

E-1: Ubervida

E-2: Cartão Vida

3. Há quanto tempo você trata de hipertensão arterial (pressão alta)?

4. Como você soube que estava com hipertensão arterial (pressão alta)? (Diagnóstico)

E-1 "Tava com o corpo muito inchado e fui levada para o hospital".

E-2 "Tenho doença Chagas, foi daí que descobrir que tinha pressão alta no hospital".

E-3 "Sentia muita tontura e dor de cabeça, fiz exame no NSF e descobri que tinha pressão alta".

E-4 "Tava sentindo muita dor na nuca e mal estar no corpo fiz exame no NSF e descobri que tinha pressão alta".

E-5 Fui fazer pré-natal do meu filho e o médico falou que eu tinha pressão alta".

E-6 "Num exame de rotina no NSF".

E-7 "Quando fui doar sangue".

E-8 “Sentia muita dor de cabeça, fiz exame no NSF e descobri que tinha pressão alta”.

E-9 “Tive “derrame” (AVC) a partir daí cuido da pressão”.

E-10 “No exame ginecológico (estava na menopausa e andava muito nervosa)”.

5. Você faz algum outro tipo de tratamento de saúde?

Se sim, qual?

E-1: Coração **E-3:** Coluna

E-5: Diabetes, Tireóide, Coluna, Rins **E-10:** Menopausa

6. a) Você fuma?

Quantos cigarros/dia:

E-3: 10 cigarros/dia

E-4: 1maço/dia

E-5: 1maço/dia

E-7: 1 maço/dia

Há quanto tempo parou de fumar?

E-2: 20 anos

E-4: 9 dias

E-5: 4 dias

7. Como você faz o uso de sal nas refeições?

E-1, E-5, E-9: Uso muito sal

E-3, E-4, E-6, E-7, E-8, E-1: Uso de forma moderada

E-2: Uso pouco sal

8. Você faz uso de bebidas alcoólicas?

Se sim, qual a frequência?	Qual o tipo de bebida?
E-2: Uma vez ou outra	Vinho
E-6: Pelo menos 1 vez no mês	Destilada – cachaça
E-7: 2 a 2 meses por causa dos medicamentos	Cerveja
E-10: Raramente	Cerveja

9. Toma café?

Se sim, qual a frequência?

E-1, E-3, E-7, E-8: Mais de 3 vezes/dia
E-4, E-5: 1 vez/dia

E-2: 3 vezes/dia
E-6, E-10: 2 vezes/dia

10. Usa prótese dentária?

Há quantos anos?

E-1: 30

E-2: 10

E-4: 28

E-6: 25

E-7: 29

11. Sangra a gengiva?

Alterações na boca?

E-5, E-8: Inchaço

12. Faz atividades físicas?

Qual (is)?	Frequência:
E-3: Caminhada	2 a 3 vezes na semana, durante 40 minutos cada vez
E-7: Bicicleta (pouco, devido ao problema de trombose)	1vez por semana
E-8: Bicicleta	Todos os dias (veículo de locomoção)
E-9: Caminhada	Todos os dias, durante 40 minutos

Sente dores musculares?

E-1, E-2, E-3, E-4, E-5, E-7, E-10

Local das dores:

E-1: Pernas e no peito

E-3: Pernas

E-7: No pé e na perna

E-2, E-5: No corpo todo, principalmente nas juntas

E-4: Braços, pernas e nos pés

E-10: No ombro (tendinite)

13. Atividades de lazer?

Qual (is)?

E-1, E-6: Curso de bordado

E-7: Joga baralho

14. Atualmente você faz uso de remédios caseiros e/ou homeopáticos?

Entrevistados	Nome Popular	Nomes Científicos
E-9	Alfavaca	<i>Ocimum basilicum</i>
E-3, E-5	Ameixa	<i>Prunus domestica</i> L.
E-9	Caferana	<i>Tachia guyanensis</i>
E-6	Ervacidreira	<i>Melissa officinalis</i>
E-6	Erva-mate	<i>Ilex paraguariensis</i>
E-1, E-3	Cana caiana (folha)	<i>Diatraba saccharalis</i>
E-3	Cana-de-macaco	<i>Costus pisonis</i> ; <i>Costus spiralis</i> ; <i>Alpinia spiralis</i>
E-1, E-3	Chuchu (folha)	<i>Sechium edule</i> , Sw.
E-3	Funcho	<i>Anethum foeniculum</i> , <i>Fueniculum dulce</i>
E-1	Hortelã	<i>Mentha piperita</i>
E-5	Jambolão	<i>Syzygium jambolanum</i>
E-3	Mentrasto	<i>Algeratum conyzoides</i>
E-5	Quebra pedra	<i>Phyllanthus niruri</i>

Fonte: BALBACH (1992).

15. Você tem acesso aos medicamentos fornecidos pela Prefeitura Municipal de Uberaba-MG.

Obs.:

E-1, E-2, E-3, E-4, E-6, E-7, E-9, E-10: Com data marcada, afere a pressão e já recebe a quantidade de medicamentos para o mês.

E-5: “Nem sempre é o mesmo remédio, a gente acostuma com um depois vai e muda, daí eu prefiro não pegar, pois até eu acostumar com o remédio passo mal demais”.

E-8: De 30 a 40 dias

16. Você recebe medicamentos de outras instituições ou entidades?

17. Além de buscar remédios e aferir (medir) a pressão arterial, você retorna ao local de atendimento sempre que precisa?

Obs.:

E-1, E-2, E-3, E-7, E-10: Somente de 30 em 30 dias.

E-4: *“Qualquer hora consigo, por que trabalho no NSF”.*

E-5: *“É muito difícil, pois só consigo quando vou buscar o remédio, se eu for antes eles dão prioridade pra quem tá passando mal”.*

E-9: *“As atendedoras do postinho vêm todo mês em casa, porque já dei “derrame” (AVC)”.*

18. Há doenças do seu lado paterno?

Obs:

E-1, E-4: Coração

E-5: Coração e cirrose alcoólica

19. Há doenças do seu lado materno?

Obs.:

E-1 E-4: Coração

E-5: Coração e hipertensão arterial

E-10: Câncer

III – ATENDIMENTO

20. Você é bem tratado(a) na recepção onde é atendido(a)?

Obs.:

E-1, E-2, E-9: *“As pessoas são simpáticas”*

E-5: *“Não sou bem atendida”*

21. Como você considera o atendimento recebido atualmente pelos profissionais de saúde?

Obs.:

E-5, E-6: Pouco médico para a quantidade de pessoas que precisam ser atendidas.

E-9: São atenciosas.

22. Os exames pedidos pelos profissionais de saúde que atendem você são feitos:

Obs.:

E-8, E-10: Exames mais simples

23. Quando você vai consultar, o que você acha do tempo da consulta e das orientações?

Obs.:

E-1, E-2: Tempo adequado.

E-5: Tempo curto pelos problemas que tenho.

E-9: “Só a presença das atendentes do NSF na minha casa, já me sinto melhor”.

24. Você costuma seguir as recomendações do profissional que lhe atendeu?

Obs.:

E-1, E-4: Principalmente em relação a alimentação e ao café.

E-2: “Sigo do jeito que o médico pede”.

E-3: “Não consigo parar de fumar por causa das dores de cabeça”.

E-5: Dentro do possível

E-9: “Só não mudo a minha alimentação - não consigo comer comida fraca”.

IV - CARACTERIZAÇÃO DO DOMÍLIO

25. Tipo de casa onde mora:

26. Nº de cômodos:

Nº de quartos:

Nº de moradores:

27. Você tem energia elétrica?

28. Qual o destino do lixo?

29. Realiza algum tipo de seleção de lixo?

Obs.:

E-1, E-2, E-8, E-10: Plástico **E-4, E-6:** Plástico e vidro

30. Abastecimento de água:

31. Consumo de água no domicílio

32. Destino de fezes e urina:

33. Existe horta na casa?

Obs.:

E-6: Cebolinha

E-8: Variada

E-10: Couve e Pimenta

34. Existe árvore frutífera na casa?

35. Presença de insetos e roedores? **Se sim, qual(is)?****E-1, E-5:** Ratos**E-4, E-7:** Baratas, escorpiões e ratos**E-10:** Escorpião

APÊNDICE S – Registros fotográficos de algumas ações realizadas no local de estudo

Figura 32 – Palestra sobre segurança no bairro.
Fonte: Figueiredo, 2005.

Figura 33 – Vista parcial do terreno da AMVSC.
Fonte: Figueiredo, 2005.

Figura 34 – Evento “Prevenção da hipertensão arterial”
Fonte: Figueiredo, 2005.

Figura 35 – Evento “Prevenção da hipertensão arterial”
Fonte: Figueiredo, 2005.

Figura 36 – Evento “Prevenção da hipertensão arterial”
Fonte: Figueiredo, 2005.

Figura 37 – Evento “Prevenção da hipertensão arterial”
Fonte: Figueiredo, 2005.

Figura 38 – Reunião dos moradores, após missa dominical.
Fonte: Figueiredo, 2005.

Figura 39 – Festa do Dia das Mães.
Fonte: Figueiredo, 2005.

Figura 40 – 31º encontro na Capela São Cristóvão.
Fonte: Figueiredo, 2005.