

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - PROPEP
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE E TECNOLOGIA

MARIA DE FÁTIMA MACHADO REYS ROCHA

PROGRAMA EDUCATIVO NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS: DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL.

MACEIÓ-AL

2019

MARIA DE FÁTIMA MACHADO REYS ROCHA

PROGRAMA EDUCATIVO NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS: DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL.

Dissertação apresentada à banca de defesa com
vista à obtenção do grau de Mestre em Ensino
na Saúde e Tecnologia da Universidade Estadual
de Ciências da Saúde de Alagoas.

Orientadora: Flávia Accioly Canuto Wanderley
Co-orientadora: Almira Alves Santos

MACEIÓ-AL

2019

MARIA DE FÁTIMA MACHADO REYS ROCHA

PROGRAMA EDUCATIVO NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS: DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL.

Dissertação apresentada ao Mestrado
Profissional em Ensino na Saúde e Tecnologia
da Universidade Estadual de Ciências da Saúde
de Alagoas, para a obtenção do título de mestre.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Professora Doutora Flávia Accioly Canuto Wanderley
Orientadora - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

Professora Doutora Almira Alves dos Santos
Co-orientadora – Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

Professor Doutor Geraldo Magella Teixeira
Professor interno - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

Professora Doutora Divanise Suruagy Correia
Professora convidada - Universidade Federal de Alagoas

Professor Doutor Euclides Maurício Trindade Filho
Professor interno - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

Aprovada em: ____ / ____ / 2019

AGRADECIMENTOS

Ao meu amado e maravilhoso Deus, que me deu forças para acreditar no impossível.

A minha Orientadora Profa. Dra. Flávia Accioly Canuto Wanderley, por dividir seus conhecimentos com tanta sabedoria e ternura. Minha admiração e meu profundo respeito por indicar os caminhos para a conclusão desta Dissertação.

A minha Co-orientadora, Profa. Dra. Almira Alves, pelo exemplo de força, coragem e determinação. Os meus sinceros agradecimentos pelas orientações generosas.

Ao Mestre e Amigo, Professor Geraldo Magella, que me incentivou desde o princípio, onde nem eu mesma sonhava um dia alcançar.

Aos Professores Doutores, membros da banca avaliadora, por suas valiosas contribuições e muito pertinentes para o alcance deste estudo.

A minha mãe Jaci, exemplo de humanidade e generosidade, que mesmo diante das verdades mais duras da vida, sempre nos ofertou o seu amor por meio de palavras reflexivas e de orações.

A minha linda filha Andresa, Anselmo e meus irmãos Rui e Andréia, que sempre me incentivaram com amor e paciência nas horas mais difíceis desta caminhada.

Aos profissionais da Unidade Básica de Saúde São José e a Secretaria Municipal de Saúde, que me apoiaram em todos os momentos das atividades da pesquisa.

Aos participantes da pesquisa das comunidades Santo Amaro e Canaã que permitiram que este estudo fosse realizado com tanto esforço e motivação.

As gerentes, coordenadora Acácia Maria de Jesus e alunos de extensão que tanto acreditaram e apoiaram para que este Mestrado fosse concluído.

Muito Obrigada!

RESUMO

As afecções crônicas se tornaram causas principais de óbitos em todo o mundo. Estas afecções geram alto grau de limitação nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, suprimem a qualidade de vida, e geram impactos econômicos para o indivíduo e para a coletividade, agravando as desigualdades e aumentando a pobreza. Este estudo objetivou avaliar os resultados de um Programa Educativo em Saúde, idealizado a partir da realidade de indivíduos diabéticos e hipertensos, nos aspectos: conhecimento geral sobre Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), aspectos Psicológicos e emocionais envolvidos e autogerenciamento no cuidado. Tratou-se de estudo clínico de amostra conveniente, com indivíduos portadores de DM tipo 2 e/ou HAS, de ambos os sexos, com idade entre 40 e 70 anos, cadastrados no programa HiperDia de duas equipes de Estratégia de Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde em Maceió, Alagoas. Após os devidos esclarecimentos sobre o estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, houve o sorteio do tipo de intervenção educativa realizada em cada grupo (Oficinas Temáticas - GOT e Educação Tradicional - GET) sobre os aspectos citados. Foram realizados 10 encontros com frequência semanal. Na primeira semana foram coletados os dados sociodemográficos. Para avaliação do conhecimento geral sobre as doenças, aspectos psicológicos e emocionais envolvidos e autogerenciamento foram aplicados os questionários *Diabetes Knowledge Scale Questionnaire*, *Diabetes Attitudes Questionnaire* e *Questionnaire Care in Diabetes Self-Management*, e suas adaptações para HAS, respectivamente, antes e após a realização das intervenções educativas em cada grupo. Utilizou-se o teste de Wilcoxon para observar mudanças entre o pré e pós-tratamento e o teste de medianas para amostras independentes para comparar a magnitude de efeito das intervenções ($p \leq 0,05$). Os participantes da pesquisa eram em sua maioria inativos (74%), do sexo feminino (65,22%) com média de $68,06 \pm 8,3$ anos, o tipo mais comum de tratamento é a associação de dieta a medicamentos (87%). Após a realização das intervenções educativas foi possível identificar que houve melhor escore na avaliação do conhecimento geral sobre a DM (GOT - Md1=6.5; Md2=11 e GET - Md1=7; Md2=9) e sobre a HAS (GOT - Md1=6.5; Md2=8 e GET - Md1=7 e Md2=7), nos pacientes de ambos os grupos, quando comparados aos escores iniciais. Com relação à percepção emocional, os pacientes hipertensos de ambos os grupos demonstraram um pior escore ao final da intervenção (GET-Md1=53; Md2=48; GOT-Md1=52; Md2=45). Ao contrário, para os escores de autocuidado, os participantes diabéticos do grupo GOT apresentaram maiores escores (Md1=4,75; Md2=5,5). Não foi observada diferença na magnitude do efeito entre as duas intervenções em nenhuma das variáveis estudadas. Os resultados obtidos permitiram a elaboração de dois recursos educacionais que apresentam estratégias facilitadoras da educação popular em saúde para pacientes com DM e/ou HAS para aumentar conhecimento geral sobre as doenças e melhorar o autogerenciamento do autocuidado da diabetes.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde. Diabetes Mellitus. Hipertensão Arterial Sistêmica. Autocuidado. Prevenção Secundária de Doenças.

ABSTRACT

Chronic illnesses have become the main cause for death around the world. These illnesses generate a high degree of limitation in the basic and instrumental activities of daily life, suppressing the quality of life, as well as generating economic impacts for the individual and the collective life, worsening inequalities and raising poverty. The present study had the objective of evaluating the results of an educational program of health, constructed by the reality of diabetic and hypertense patients, in the following aspects: General knowledge about Diabetes Mellitus (DM) and Systemic Arterial Hypertension (SAH), emotional and psychological aspects and the self management of their care. The work dealt with a clinical study of convenient sample, with DM Type 2 and/or SAH individuals, of both sexes, with age from 40 to 70 years old, registered in the HyperDia program from both teams of the Family Health Strategy (FHS) program from a basic health unit of Maceió, Alagoas. After the due explanations about the study and signing of the release waiver, there was the draw of what kind of educational intervention was to be performed in each group (Thematic Workshops – GOT and Traditional Education - GET) about the quoted aspects. 10 weekly meetings were held. In the first week, the sociodemographic data was collected. For the evaluation of the general knowledge about the illnesses, along with psychological aspects and self-management, the questionnaires: Diabetes Knowledge Scale, Diabetes Attitudes and Questionnaire Care in Diabetes were applied, respectively, before and after the performance of educational interventions in each group (Theme Workshops – GOT and Traditional Education - GET) about the quoted aspects. 10 weekly meetings were held. In the first week, the sociodemographic data was gathered. To evaluate the general knowledge about the illnesses, psychological and emotional aspects and self-management, the Diabetes Knowledge Scale Questionnaire, Diabetes Attitudes Questionnaire and Questionnaire Care in Diabetes Self-Management were applied, before and after the performance of educational interventions in each group. The Wilcoxon test was utilized to observe changes between pre and post treatment ($p < 0,05$). The participants of the research were in its majority of retired people (74%), of the female gender (65,22%) with an age average of 68,06/8,3 years old, the most common form of treatment is the association of the diet to medication (87%). After the performance of educational intervention it was possible to identify a better score in the evaluation of diabetes general knowledge (GOT - Md1=6.5; Md2=11 e GET - Md1=7; Md2=9) e sobre a HAS (GOT - Md1=6.5; Md2=8 e GET - Md1=7 e Md2=7) when compared to initial scores. Concerning the emotional perception, the hypertension of both groups demonstrated a worse score by the end of the intervention (GET-Md1=53; Md2=48; GOT-Md1=52; Md2=45). Contrary to the fact, in the self-care scores, the diabetic participants of GOT presented higher scores (Md1=4,75; Md2=5,5). No difference was observed in the magnitude of the effect between the two interventions in any of the variables studied. The results allowed the elaboration of two educational resources that present strategies that facilitate popular health education for patients with DM and / or hypertension to increase general knowledge about the diseases and improve self-management of diabetes self-care.

KEYWORDS: Health education. Diabetes Mellitus. Systemic Arterial Hypertension. Self-care. Secondary Illness Prevention.

LISTA DE ABREVIATURAS

AF	Atividade Física;
AL	Alagoas;
ACS	Agente Comunitário de Saúde;
ATT-19	<i>Diabetes Attitudes Questionnaire</i> ;
CAPES/MEC	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
DNK-A	<i>Diabetes Knowledge Scale Questionnaire</i> ;
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível;
DCV	Doenças Cardiovasculares;
DM	Diabetes Mellitus;
DP	Desvio Padrão;
ESF	Estratégia de Saúde da Família;
ESM	<i>Questionnaire Care in Diabetes Self-Management</i> ;
EUA	Estados Unidos da América;
FACIMA/FAA/IESA	Faculdade da Cidade de Maceió
GET	Grupo de Oficinas Temáticas;
GOT	Grupo de Educação Tradicional;
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica;
MDM	Meta de Desenvolvimento do Milênio;
M	Média;
Md	Mediana;
MG	Minas Gerais;
MS	Ministério da Saúde;
ONU	Organização das Nações Unidas;
PA	Pressão Arterial;
PNL	Programação Neurolinguística;
PES	Produto Educacional em Saúde;
SUS	Sistema Único de Saúde;
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde;
UFAL	Universidade Federal de Alagoas;
UNCISAL	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas;
VE	Vídeo Educativo;

VIGITEL Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico;
WWW Rede Mundial de Computadores (do inglês: World Wide Web).

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes incluídos nos Grupos de Educação Tradicional (GET), Oficina Temática (GOT) e da amostra total, independente do grupo (Geral).....29
- Tabela 2. Valores de Mediana, maior valor e menor valor obtido pelos pacientes diagnosticados com Diabetes Mellitus, nos diferentes momentos e respectivos níveis de significância para o teste de Wilcoxon.....31
- Tabela 3. Valores de Mediana, maior valor e menor valor obtido pelos pacientes diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica, nos diferentes momentos e respectivos níveis de significância para o teste de Wilcoxon.....33

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Conteúdo do roteiro do VE, segundo categorias de assunto.....	68
---	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1	Cenário epidemiológico das afecções no Brasil e seus determinantes sociais.....	18
2.2	Fatores de Riscos, determinantes sociais das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).....	19
2.3	Programa HiperDia e a importância do conhecimento e autogerenciamento da doença	20
2.4	Estudos sobre ações educativas para pacientes com Diabetes e/ou HAS	23
3	OBJETIVOS	26
3.1	Objetivo Geral	26
4	MÉTODO	27
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
6	CONCLUSÃO	41
7	PRODUÇÃO TÉCNICA EDUCACIONAL	42
7.1	APRESENTAÇÃO DOS PRODUTOS EDUCACIONAIS	41
7.2	REFERENCIAL TEÓRICO DOS PRODUTOS EDUCACIONAIS	45
7.2.1	Princípios da Utilização do Produto Educacionais em Saúde (PES).....	45
7.2.2	Princípios da Utilização de Oficinas Temáticas como Recurso Educacional.....	46
7.2.3	Utilização do Manual Educativo para o Aprendizado em Saúde	48
7.2.4	Utilização do Vídeo Educativo para o Aprendizado em Saúde	49
7.3	REFERENCIAL METODOLÓGICO DOS PRODUTOS EDUCACIONAIS..	52
7.3.1	Método do produto educativo estruturado em forma de Manual.....	55
7.3.2	Método do produto educativo estruturado em forma de Vídeo(VE).....	62
8	CONCLUSÃO	68
	REFERÊNCIAS	69
	APÊNDICE A – Artigo Original	87
	APÊNDICE B - Parecer Consubstanciado do CEP	104
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	109

APÊNDICE D - Cartaz Convite	112
APÊNDICE E - Questionário de Conhecimento Geral acerca da Hipertensão Arterial	113
APÊNDICE F - Formulário sobre Aspectos Psicológicos e Emocionais do Hipertenso	115
APÊNDICE G - Questionário de Autocuidado com Hipertensão Arterial	117
APÊNDICE H – Manual Educativo para a Prevenção de Complicações do Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica: Sugestões de Oficina de Educação em Saúde	119
ANEXO A - <i>Diabetes Knowledge Scale Questionnaire (DKN-A)</i>	146
ANEXO B - <i>Diabetes Attitudes Questionnaire (ATT-19)</i>	148
ANEXO C - <i>Questionnaire Care in Diabetes Self-Management (ESM)</i>	150
ANEXO D - Normas da Revista para Submissão do Artigo	152

1 INTRODUÇÃO

Educação em saúde refere-se a quaisquer combinações de experiências de aprendizagem que facilitam ações comportamentais saudáveis adotadas por um indivíduo, um grupo ou uma comunidade (BORTOLI et. al., 2003). Embora, atualmente, a temática da educação em saúde esteja em evidência, sua prática acontece desde o séc. XVIII, no continente europeu.

Em uma perspectiva histórica, em sua origem, as práticas de educação em saúde foram essencialmente normalizadoras, reguladoras e marcadas por intervenções tradicionais com um discurso higienista e moralista. O Estado exercia a função de civilizar e moralizar as classes subalternas com o intuito de manter e desenvolver as forças produtivas. Com o surgimento da industrialização, na segunda metade do século XIX, as cidades europeias desenvolveram-se, houve então aglomeração nos bairros populares, favorecendo a precarização das condições de trabalho, de moradia e nutrição das classes populares o que provocou o surgimento de epidemias associadas a essas más condições de vida. As ações de disciplinamento entre a população com regras de higiene e de condutas morais fundamentadas na concepção de que o indivíduo é responsável por seus próprios problemas de saúde foram adotadas inicialmente nos Estados Unidos da América em 1909 e difundiram-se pelo resto do mundo (ALVES, 2005; SILVA et al., 2010; ALVES; AERTS, 2011).

O Brasil também seguiu a tendência de educação em saúde europeia, durante seu processo de industrialização apresentou um discurso sanitário que primava pela moralidade e disciplinarização higiênica, onde hospitais, hospícios, prisões e escolas eram considerados espaços de atenção, cuidado e educação à saúde. O fortalecimento do saber curativo dos profissionais era influenciado pelas ações educativas que visavam modificar os comportamentos considerados inapropriados bem como por abordagens direcionadas para a cura e controle sobre a doença, com ênfase no atendimento médico e na visão biologicista da doença (ALVES; AERTS, 2011; ALVES, 2005). Segundo Alves (2005), neste primeiro momento, as ações educativas em saúde não eram prioritárias, tinham como propósitos a obediência à normalização de condutas, sem espaços para refletir sobre problemas e necessidades sociais.

Na década de 40 ocorreram transformações no campo da educação em saúde, onde a população não assimilava mais passivamente as prescrições normativas elaboradas pelos profissionais de saúde. Na década de 60 com o advento da Medicina Comunitária, houve um apelo pela participação da comunidade no cuidado da saúde, partia-se do pressuposto que os indivíduos eram responsáveis pela resolução de seus problemas de saúde. A partir dos anos 70 houve movimentos sociais com a participação de intelectuais e populares que incorporaram as propostas pedagógicas de Paulo Freire como nova proposta para as práticas educativas em saúde que foram posteriormente denominadas por Educação Popular em Saúde (ALVES, 2005; SILVA et. al., 2010).

Desde então, verifica-se grande distanciamento das ações impositivas características do discurso higienista. Ampliou-se a compreensão sobre o processo saúde-doença. Em 1980 já havia a compreensão que as práticas pedagógicas persuasivas, com transmissão verticalizada de conhecimentos, refletida no autoritarismo entre o educador e o educando e na persistência negação da subjetividade nos processos educativos não corroboravam como modo facilitador de aprendizagem (ALVES, 2005; ALVES; AERTS, 2011; PEDROSA, 2007).

Atualmente a educação em saúde deve ser desenvolvida por meio de atividades sistematicamente planejadas e vivenciadas de forma voluntária com plena compreensão dos objetivos das ações educativas. Deve ser centrada na problematização do cotidiano, valorização das necessidades coletivas e individuais, constituindo-se assim como um processo destinado a manter e elevar o nível de saúde da população, assim como, reforçar a manutenção de hábitos positivos de saúde (REIS et al., 2010; ALVES; AERTS, 2011).

A Educação em saúde está inclusa nas ações de promoção de saúde que visam proporcionar conhecimentos que permitam o acesso à qualidade de vida, propicia a adoção de hábitos saudáveis e aceitação de novos valores, pois se torna um instrumento de transformação social (CARVALHO et al., 2006). Para isto, prioriza à promoção de informações e a motivação de hábitos para o indivíduo e/ou grupos populacionais, que mantenham a saúde e previnam doenças, assumindo a responsabilidade sobre suas atitudes, potencializando o protagonismo de sua própria história pautada na conquista de sua autonomia (REIS et al., 2010).

A criação de vínculos entre a ação do profissional de saúde e o pensar/fazer cotidiano da população, torna a educação em saúde uma vertente capaz de assumir

e melhorar as condições de vida de indivíduos e/ou grupos por meio de hábitos que o(s) permite(m) assimilar, construir e reconstruir suas experiências (REIS et al., 2010). Representa também uma prática educativa capacitada para assistência integral e contínua às famílias, por meio da identificação de circunstâncias de risco à saúde na comunidade adstrita e do enfrentamento dos determinantes no processo saúde-doença, amplificando as ações educativas que antecedem as doenças e estimulem a produção espontânea de mudanças comportamentais voltadas ao autocuidado (ALVES, 2005; ALVES; AERTS, 2011).

Machado e Wanderley (2011, p. 04) reforçam que a prática educativa em saúde:

[...] tem como eixo principal a dimensão do desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à melhoria da qualidade de vida e saúde da comunidade assistida pelos serviços [...] são práticas sociais inseparáveis e interdependentes que sempre estiveram articuladas, sendo consideradas elementos fundamentais no processo de trabalho dos profissionais da saúde.

Surge a partir destas reflexões um novo modelo de atuar em saúde em que prevalece a construção e planejamento de ações, orientado para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde da família. Este modelo foi proposto em 1994 enfatizando ações contínuas de forma resolutiva e voltado para os contextos individual e/ou coletivo com visão integral, conscientizadora e transformadora da realidade dos sujeitos (ANDRADE et al., 2013). Partindo desta premissa as ações de educação em saúde são planejadas de forma participativa e dialógica entre equipe de saúde e a população, refletindo sobre os problemas existentes e encontrando soluções flexíveis para as demandas com o intuito de favorecer a transformação da realidade (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2001).

Atualmente, as prioridades de saúde no Brasil para enfrentar e deter efetivamente as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) estão incorporadas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT que visa aumentar a capacidade técnica dos profissionais de saúde para aplicar ações estratégicas de vigilância e promoção da saúde (DUNCAN et al., 2012). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) orienta, dentre as abordagens para a mudança de comportamento e autocuidado apoiado no cuidado à pessoa com doença crônica, a criação de planos conjuntos de cuidados negociados entre profissionais da saúde e usuários, de forma

a estabelecer a identificação dos problemas e possíveis resoluções. Esta identificação poderá ser realizada de forma individual (visitas domiciliares e consultas), em grupos ou mesmo à distância (internet ou telefone) com o intuito de compreender as vulnerabilidades comportamentais existentes, como por exemplos, o uso adequado de medicação, cuidado com os pés diabéticos, efetivo autogerenciamento de aferição da pressão arterial e/ou da glicemia capilar, e favorecer novas aquisições de conhecimento. Assim, um dos pilares da educação para o autocuidado é, justamente, o planejamento e a inclusão de estratégias que possibilitem aos usuários aumentar seus conhecimentos sobre a doença, por meio de conteúdos conceituais que os levem a “[...] aprender a conhecer e aprender a fazer” (BRASIL, 2014, p. 114).

Nesse sentido entende-se que o aprendizado melhora a percepção do usuário sobre a sua realidade e o desperta para necessidade de assumir a responsabilidade dos seus problemas de saúde. Além disso, as ações educativas são motivadoras para o envolvimento nas mudanças de hábitos de vida, tais como consumo de refeições adequadas, adesão a programas de exercícios físicos estruturados e uso adequado de medicações controladas. (MOTTA et al., 2014; ALVES; AERTS, 2011).

Essa conscientização dos pacientes com Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é extremamente importante uma vez que, no Brasil as prevalências de HAS e DM são de 25,7% e 8,9%, respectivamente. Somase a estas altas prevalências o fato de pacientes diabéticos apresentarem maior prevalência de HAS (40%) que pacientes não diabéticos (BRASIL, 2014; 2016). Esta associação predispõe os indivíduos a maiores complicações tais como as doenças vasculares, cardiovasculares e renais que levam conseqüentemente a maiores custos com cuidados com a saúde e ao sofrimento humano (FREITAS; GARCIA, 2012; SOWERS; EPSTEIN, 1995).

Levando em conta esta problemática os objetivos desta dissertação são: discutir o processo de adoecimento de diabéticos e hipertensos; apresentar e avaliar dois tipos de intervenções educativas em um programa de educação em saúde para a prevenção de complicações sob a ótica do autocuidado. Para tal, a estrutura da dissertação apresenta o referencial teórico pertinente à temática, onde são discutidos o cenário epidemiológico das afecções no Brasil e seus determinantes sociais, os fatores de riscos e determinantes sociais das DCNT, o programa HiperDia e a importância do conhecimento e autogerenciamento da doença e são

apresentados os principais resultados de estudos sobre ações educativas. Após o aprofundamento da problemática, são descritos: objetivos gerais e específicos e o método adotado para a condução do estudo. Em seguida, são apresentados os principais resultados obtidos com as intervenções educativas que são discutidas à luz da literatura relevante permitindo apresentar respostas ao problema de pesquisa inicialmente posto.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 – Cenário epidemiológico das afecções no Brasil e seus determinantes sociais:

Historicamente o cenário epidemiológico brasileiro apresentou uma transição complexa entre as doenças infecciosas e doenças crônicas. Autores como Malta et al. (2006) e Barros et al. (2006) relataram que na década de 30 as doenças crônicas no Brasil, representavam apenas 12% ao mesmo tempo em que as doenças infecciosas atingiam cerca de 46% da população. No início deste século este cenário demonstrou um aumento expressivo no número de indivíduos acometidos por afecções crônicas.

Barros et al. (2006, p. 912) ressaltam que:

A transição epidemiológica observada é decorrente de três principais mudanças: a queda da mortalidade, a mudança do padrão de morbidade, com redução das doenças transmissíveis e aumento das doenças não transmissíveis, e o deslocamento da morbimortalidade para os grupos etários mais velhos.

As DCNT são compreendidas por “[...] afecções de saúde que acompanham os indivíduos por longo período de tempo, podendo apresentar momentos de piora (episódios agudos) ou melhora sensível” (BARROS et al., 2006, p. 912). Atualmente, as DCNT são consideradas como as principais causas de mortes no Brasil e no mundo. Além de levarem a mortes prematuras, suprimem a qualidade de vida, geram alto grau de limitação nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, bem como impactos econômicos para o indivíduo e para a coletividade em decorrência da permanente necessidade da inserção tecnológica (BRASIL, 2014; MALTA et al., 2016).

Quatro grupos de doenças crônicas respondem pela maioria de óbitos no mundo, a saber: doenças cardiovasculares (com destaque para HAS), câncer, doença do sistema respiratório e DM. Destes, 80% ocorrem em países de baixa ou média renda e atingem indivíduos com menos de 60 anos (DUNCAN et al., 2012; SCHMIDT et al., 2011). No Brasil estas doenças também são as principais causas de óbito, em 2007, elas corresponderam a 72,4% do total de mortes (BRASIL, 2014; MALTA et al., 2011; MIRANZI, 2008, CORRER et al., 2008 e COSTA et al., 2011).

Além da alta prevalência, a diabetes e a HAS estão entre os principais fatores de risco populacional para doenças cardiovasculares, atribuindo custos onerosos a

saúde pública. Apesar disso, essas doenças podem ser controladas mediante tratamento adequado (BRASIL, 2006; BRASIL, 2001). O Ministério da Saúde (2001) e Schmidt et al. (2009) referem que 11% da população brasileira é acometida por DM. Existe atualmente mais de 177 milhões de pessoas diabéticas em todo o mundo o que pode ser considerado uma epidemia global, soma-se a isto o fato da DM aumentar o risco para doenças do aparelho circulatório, tais como, HAS, acidente vascular cerebral, doenças cardíacas, retinopatia, danos nos nervos periféricos e problemas renais (BRASIL, 2006).

Dentre as doenças do aparelho circulatório, a HAS destaca-se por alta mortalidade e alta prevalência em adultos acima de 25 anos, o que significa, segundo a Organização Mundial de Saúde, valores acima dos 40% (WHO, 2018). De acordo com a última pesquisa da VIGITEL (2013), há uma prevalência de 24,1% de indivíduos hipertensos com idade igual ou superior aos 18 anos, esta percentagem aumenta à medida que se observam escalões etários mais velhos de forma isolada, como por exemplo, os que apresentam idade acima dos 65 anos, onde a prevalência é de 60,4% (MALTA et al., 2017).

2.2 - Fatores de Risco, determinantes das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT):

Fatores de risco tais como o consumo do tabaco, alimentação não saudável principalmente a ingestão de gorduras de origem animal, inatividade física e o consumo nocivo de álcool, são responsáveis, em sua maioria, pela epidemia de sobrepeso e obesidade (2,8 milhões de mortes/ano), aumento do colesterol e pela elevada prevalência de HAS e DM tipo 2 (BRASIL, 2014; MALTA, MORAIS NETO; SILVA JÚNIOR, 2011).

Esses fatores de risco parecem ser mais notórios em pessoas de baixa renda e com baixa escolaridade, pois são mais suscetíveis e com menor alcance aos serviços de saúde, gerando desigualdades e maior condição de pobreza (BRASIL, 2011; REGO, 1990; MALTA et al., 2011). Este impacto socioeconômico das DCNT está afetando o progresso das Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM) associadas à saúde e determinantes sociais (MALTA et al., 2011; REGO, 1990).

Em 2011, durante uma reunião na Organização das Nações Unidas (ONU), o governo brasileiro apresentou o seu Plano de Ações Estratégicas para enfrentar, gerenciar e deter as DCNT e seus fatores de risco até o ano de 2022. O plano

abrange prioridades de gestão de quatro grupos fundamentais de doenças crônicas, a saber: doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias e diabetes, bem como prioriza quatro fatores de risco considerados modificáveis: tabagismo, consumo de álcool, inatividade física e alimentação inadequada. Foram estabelecidos três eixos estratégicos: no primeiro eixo destacam-se a Vigilância, a Informação, a Avaliação e o Monitoramento; no segundo, a Promoção da Saúde e por fim, no terceiro eixo, o Cuidado Integral (BRASIL, 2011; MALTA et al., 2016).

Com a expansão da Atenção Primária observou-se a redução de aproximadamente 20,0% nas taxas de mortalidade provocadas por DCNT, o que pode ser atribuído a melhoria da assistência e redução do consumo do tabaco desde os anos 90, mostrando um importante avanço na saúde dos brasileiros (BRASIL, 2014).

Embora, tenha sido observada redução na mortalidade por doenças crônicas, sua morbimortalidade ainda é considerada bastante elevada e a prevenção das mesmas continua sendo uma prioridade do sistema de saúde. O foco específico dos programas de assistência deve ser consolidado por meio de políticas de saúde pública que objetivem reorganizar os serviços e propiciem a atenção continuada e qualificada aos portadores de DM e/ou HAS (CHAZAN; PEREZ, 2008). O Ministério da saúde (2014) evidencia que a atuação coordenada e preparada das equipes interdisciplinares, alcançam melhores resultados, pois apoiam e orientam as pessoas a lidar com suas condições.

2.3 - Programa HiperDia e a importância do conhecimento e autogerenciamento da doença:

As ações para conter o ônus das doenças crônicas no Brasil são consideradas políticas prioritárias de atenção básica a saúde. Neste sentido foi criado um sistema nacional de cadastramento informatizado de pessoas com diabetes e/ou hipertensão arterial atendidos nas redes de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (DATASUS, 2019), denominado HiperDia ou SisHiperDia pela Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. Este sistema foi criado em 2001 pela Portaria nº 235 do Ministério da Saúde, que estabelece diretrizes que reorganizam a atenção à população exposta por HAS e DM (BRASIL, 2001). Este sistema concebe informações de determinados agravos à saúde para um adequado

apoio à gestão do cuidado especializado nas redes de saúde por meio do cadastro no Cartão Nacional de Saúde da população brasileira (DATASUS, 2019).

O sistema orienta os gestores públicos no acompanhamento dos cadastrados, bem como na adoção de estratégias de intervenção que lhes garantam o recebimento adequado dos medicamentos prescritos, no acesso ao perfil epidemiológico da população com DM e/ou HAS, na elucidação de estratégias de saúde para a melhoria da qualidade de vida e na redução de custos sociais (ZILLMER et al., 2010; FERREIRA; FERREIRA, 2008; FOLETTTO; FERREIRA, 2009; RAMOS, 2008).

Assim como o HiperDia, o *Group Health Cooperative* desenvolveu um programa de gerenciamento em saúde para alcançar melhorias no controle de doenças crônicas nos Estados Unidos da América (EUA). Este programa americano atua por meio de ações planejadas que atendem continuamente às necessidades complexas dos pacientes, com foco na prevenção de exacerbações e complicações. Inclui avaliações sistemáticas das ações, atenção às diretrizes de tratamento e suporte comportamental para que cada paciente possa assumir o seu papel de autogerenciador e controlar a doença (WAGNER, 1998).

Krishnamurthy et al. (2019) e Wagner (1998) complementam que para efetivamente haver o controle das doença crônica os atendimentos devem se voltar às necessidades e preocupações reais dos pacientes, lidando diretamente com os fatores que influenciam a baixa adesão ao tratamento e que levam ao mau controle do diabetes e da hipertensão arterial, como exemplos: falta de ideia clara sobre a causa da doença, crenças culturais, estigma sobre a doença, práticas comportamentais, falta de acesso e adesão ao tratamento e receio sobre uso diário de medicamentos mesmo que não sintam sinais e sintomas da doença. A melhoria do controle da doença também dependerá do aumento da confiança em si de seus conhecimentos sobre a doença e de suas habilidades no autogerenciamento, o que significa adoção de comportamentos saudáveis em relação ao acesso aos cuidados de saúde.

Pacientes e famílias que enfrentam doenças crônicas têm necessidades diferentes e exigem interações planejadas e contínuas em seus cuidados, com foco na prevenção de exacerbações e complicações. Essas interações incluem avaliações sistemáticas, atenção às diretrizes de tratamento e conscientização do paciente quanto ao seu papel como autogerenciador, ou seja, desenvolver

habilidades para o enfrentamento dos cuidados com a saúde que serão alcançadas ao longo do tempo para que haja melhoria na relação custo-efetiva (WAGNER, 1998; KRISHNAMURTHY et al. 2019; VERAS, 2012). Este enfrentamento é caracterizado pelo engajamento do paciente em modificar o problema (doença), com o objetivo de controlar ameaças de complicações. Pode ser caracterizado também pela resposta emocional frente ao problema/estressor, por meio de atitudes de afastamento da fonte que lhe causa danos, ou mesmo regulando o dano caso haja um confronto (SEIDL et al., 2001).

O foco de enfrentamento das doenças deve ter o mesmo peso que os fatores de risco que levam a essas doenças, a saber: alcoolismo, tabagismo, estresse, inatividade física e alimentação inadequada (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; VIANA 2011; VERAS, 2012). Esses fatores de riscos retiram anos de vida dos doentes e suprimem a qualidade de anos a serem experienciadas na vida. Veras (2011) ressalta que as doenças crônicas detêm necessidades em comum, ou seja, [...] de uma resposta complexa e de longo prazo, coordenada por profissionais de saúde de formações diversas, com acesso aos medicamentos e equipamentos necessários, estendendo-se à assistência social.”

Uma vez que a literatura mostra que pacientes crônicos apresentam atitude emocional baixa demonstra-se a necessidade de estruturar ações de educação em saúde em grupos comunitários, pois a convivência entre eles com a mesma situação de doença pode proporcionar o compartilhamento de suas experiências e recebem apoio de uma equipe de saúde especializada para potencializar comportamentos saudáveis. Fuscaldi et al. (2011, p.856) reforçam sobre o comportamento referindo que:

Educar pessoas para conviver com uma doença crônica implica na avaliação dos aspectos psicossociais (crenças, auto eficácia, locus de controle, autoestima, prontidão para mudanças, entre outros), na busca de suporte social e no ensino de habilidades de enfrentamento necessárias para o manejo do diabetes nas mais variadas situações.

Portanto, conhecer as crenças em saúde possibilita ao indivíduo maior adesão ao tratamento, reconhecer as formas de riscos à saúde e empoderamento nas ações de cuidado desenvolvidas para o controle da doença (PIRES, MUSSI, 2008). O comportamento em entender e em lidar com os desafios impostos pela doença é gerado pela autoconfiança e autorespeito (autoestima), e isto repercutirá no estímulo às boas práticas de saúde, tais como, adesão à prática de exercícios

físicos, melhor controle da hemoglobina glicada, possuir papéis sociais, maior predisposição à felicidade e aumento do amor-próprio (FUSCALDI et al., 2011).

O autogerenciamento destes comportamentos inclui: atividade física, alimentação saudável culturalmente adaptada, administração de medicamentos, monitoramento da glicose sanguínea, autocuidado para resolução de problemas, redução de riscos de complicações agudas e crônicas e aspectos psicossociais decorrentes em conviver com doenças crônicas (STANDARDS NACIONAIS PARA EDUCAÇÃO EM AUTOGERENCIAMENTO DO DIABETES, 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014-2015; BUKHSH et al., 2018; MACHADO et al., 2016; LYNCH et al., 2014). As adesões consideradas mais difíceis pelos pacientes são seguir a dieta e realizar atividade física, mesmo entendendo que as mudanças comportamentais são necessárias para controlar a glicose e a pressão sanguínea (LYNCH et al., 2014).

Os comportamentos necessários para o gerenciamento do autocuidado, foram citados como princípios norteadores no Standards Nacionais para Educação em Autogerenciamento do Diabetes (2011) e considerados fundamentais e efetivos para melhorar os resultados clínicos e a qualidade de vida a curto prazo. Quando incorporados a estratégias comportamentais e psicossociais, os quais levam em consideração a cultura e a idade do paciente, tornam-se mediadores e moderadores para a educação do autogerenciamento do autocuidado (TORRES et al., 2011).

2.4 - Estudos sobre ações educativas para pacientes com Diabetes e/ou HAS:

As ações educativas em saúde, de acordo com Albuquerque e Stotz (2004, p. 259) são compreendidas quando “[...] tanto profissionais como usuários aprendem e ensinam, numa construção dialógica do conhecimento” assim, busca-se compreender as raízes dos problemas de saúde e desenvolver possíveis soluções para estes dilemas. Nessa perspectiva há o reconhecimento que o saber popular é planejado e utiliza-se de estratégias com alta capacidade de expressar a sua realidade. Deste modo a educação dialogada utiliza constantemente trocas de saberes científicos e populares, pois ambos ensinam e aprendem simultaneamente (LACERDA; RIBEIRO, 2011).

Conhecer adequadamente sobre a doença é um dos componentes chaves para o cuidado em saúde, e quanto maior for este conhecimento sobre a doença e

suas complicações maior a adesão ao tratamento e maiores serão os benefícios na diminuição das complicações associadas à doença e redução do número de óbitos (OBIRIKORANG et al., 2016). Desse modo, quer nos diversos grupos educativos, ou no contato dial entre profissionais de saúde e pacientes, a ação educativa torna-se uma oportunidade significativa para desenvolver o cuidado integral à saúde (ALMEIDA et al., 2014; ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004; ALVES, 2005).

Quando isto não ocorre de maneira esperada a transposição dos conhecimentos ainda permanecem no modelo hegemônico durante as práticas profissionais as quais ainda adotam uma postura verticalizada e geralmente comunicam-se com o indivíduo ou coletivo responsabilizando-o(s) por comportamentos inapropriados para a saúde plena (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004). Gazzinelli et al. (2005) reforçam que a gênese de se educar para saúde parte do pressuposto que problemas diversos resultam de uma educação insuficiente da população.

Quando os pacientes conhecem a doença e os respectivos tratamentos, ofertam melhores resultados gerais para a sua saúde. No entanto, existem barreiras que os impedem esta compreensão e dificultam o pleno engajamento no manejo da doença. Cerca de US\$ 73 bilhões são gastos com a saúde dos americanos e estes custos excessivos resultam da falta de compreensão das informações sobre saúde, também denominada baixa literacia em saúde (HANSEN et al., 2017). A alfabetização em saúde é considerada o melhor nível de capacidade que o indivíduo deve obter para tomar decisões apropriadas no gerenciamento de sua doença (HANSEN et al., 2017; PASKULIN et al., 2011).

Portanto, o processo educativo é destinado ao empoderamento do indivíduo que o auxilia no processo de construção de habilidades, atitudes e autoconhecimento necessários para tomadas de decisões mais assertivas acerca de sua saúde. Pacientes mais empoderados, interagem de forma mais eficaz com os profissionais de saúde e realizam as ações educativas com resultados mais apropriados para fomentar uma vida mais saudável (TADDEO et al., 2012).

Um estudo feito em São Paulo baseado em estratégias de ações educativas e terapêuticas com 191 pacientes diabéticos e hipertensos teve por objetivo melhorar os índices pressóricos arteriais e nível sérico de glicose. A equipe de saúde desenvolveu as atividades educativas dentro de uma padronização de condutas e

habilidades técnicas. A conclusão do estudo foi uma notável utilidade das ações educativas no controle das doenças crônicas (SILVA et al., 2006).

Um estudo qualitativo e descritivo analisou onze usuários hipertensos ou diabéticos cadastrados na ESF de Montes Claros-MG e selecionados para participar de ações educativas regulares por um período de um ano. O estudo foi realizado por meio de entrevista não estruturada para a compreensão do aprendizado e a troca de experiências dos usuários nas atividades educativas. Os autores observaram que a abordagem educativa deve fundamentar-se em uma visão global do sujeito no contexto biopsicossocial ultrapassando a linha da unicausalidade, buscando focar nas necessidades mais abrangentes dos sujeitos (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2014).

Os estudos citados sugerem que as intervenções educativas podem auxiliar no sentido de esclarecer os pacientes acerca de sua doença e auxiliar no autogerenciamento do autocuidado. Contudo, são poucos os estudos que avaliam a eficácia das diferentes intervenções de educação em saúde. Portanto, este estudo justificou-se pela necessidade de desenvolvimento e avaliação de duas intervenções de educação em saúde que auxiliem na prevenção e tratamento de DCNT que foram estruturadas principalmente para discussão e gerenciamento dos principais fatores de riscos considerados modificáveis (tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada, obesidade, dislipidemia e consumo abusivo de álcool) e auxílio na prevenção e tratamento de DCNT. Devido à complexidade e abrangência do tema, optou-se por incluir nesta pesquisa apenas pacientes com diagnóstico de Diabetes e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Avaliar os resultados de um Programa Educativo em Saúde, idealizado a partir da realidade de indivíduo hipertensos e/ou diabéticos, cadastrados no HiperDia de uma comunidade adstrita pela equipe de saúde, nos aspectos: conhecimento geral sobre os diferentes aspectos sobre Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, aspectos psicológicos e emocionais e autogerenciamento dos cuidados.

4 MÉTODO

Para a realização da pesquisa optou-se pelo estudo clínico de amostra conveniente, com indivíduos portadores de DM tipo 2 e/ou HAS, de ambos os sexos, com idade entre 40 e 70 anos, cadastrados no programa HiperDia de duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em Maceió, Alagoas. Para participar da pesquisa os pacientes deveriam ter grau de escolaridade acima do ensino fundamental e possibilidade de comparecer semanalmente às ações educativas. Não foram incluídos pacientes com incapacidade de leitura ou com complicações crônicas (definidas como insuficiência renal, cegueira, amputação de membros, entre outras).

A coleta de dados aconteceu entre janeiro e fevereiro de 2019. Inicialmente, deu-se a identificação de possíveis participantes da pesquisa nos cadastros da UBS por meio de encontros diários com os agentes comunitários de saúde (ACS) e posterior visita agendada em domicílio conjuntamente com os agentes para os devidos esclarecimentos sobre o estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Todos os participantes da pesquisa foram orientados quanto ao estudo-programa educacional em diabetes e/ou hipertensão. O tipo de intervenção educativa realizada em cada grupo foi determinado por um sorteio agendado previamente com todos os profissionais da UBS. No dia do sorteio um agente de saúde de cada ESF se propôs a escolher, de forma aleatória, um pedaço de papel que continha um dos nomes das atividades educacionais em saúde propostas pela pesquisa (oficinas temáticas ou educação tradicional) a ser realizada em seu território.

Assim, o grupo submetido às intervenções educativas por meio de oficinas temáticas foi denominado Grupo de Oficinas Temáticas (GOT). Este tipo de intervenção é definido como um processo ativo, inter-relacionado e contextualizado de construção do conhecimento, as ações são estruturadas baseadas na problematização, organização e aplicação dos conhecimentos (SILVA et al., 2014). Inicialmente foram convidados, por meio de cartaz convite (TEIXEIRA, 2011) (Apêndice D), 30 pacientes cadastrados no HiperDia neste território. Destes, apenas quatorze (14) atendeu aos critérios de inclusão.

O grupo submetido às intervenções educativas tradicionais foi denominado Grupo de Educação Tradicional (GET). Neste tipo de intervenção a relação existente entre quem ensina e quem aprende é pelo modelo da transmissão dos conhecimentos, sendo executada por meio da exposição oral dos conteúdos e planejamento por uma sequência predeterminada e independentemente do contexto social existente. As intervenções educativas deste grupo seguiram o modelo jesuítico, onde quem ensina expõe o conteúdo, levanta dúvidas dos aprendizes e realiza exercícios de fixação enfatizados pela repetição garantindo a memorização dos conteúdos. Para modernizar esta estratégia de ensino escolheu-se a forma expositiva dialogada, que enfatiza o planejamento do objeto de estudo elaborado pelo facilitador e pesquisador, apresenta o estudo a fim de mobilizar estruturas mentais e expõe o tema promovendo um ambiente de respeito e diálogo (PEREIRA, 2003; LOPES, 2012). Da mesma forma foram convidados, por meio de cartaz convite (TEIXEIRA, 2011), 30 pacientes cadastrados no HiperDia no segundo território. Destes, nove (09) atenderam aos critérios de inclusão.

Como referido previamente, os participantes foram alocados nos grupos mediante sorteio, onde todos os pacientes cadastrados na mesma ESF foram incluídos na mesma intervenção, assim, os pacientes da ESF 1, por exemplo, participaram da intervenção sorteada pelo ACS de seu território.

Ambas as intervenções incluíram encontros, em média, de uma hora de duração, um dia por semana. No GOT as atividades de educação em saúde foram realizadas por meio de oficinas temáticas e desenvolvidas da seguinte forma: primeiro, aquecimento dos participantes com a utilização de estratégias facilitadoras de expressão, segundo, a problematização das questões e processo de troca, por fim a análise da articulação do profissional a atenção integral ao indivíduo ou coletivo (RODRIGUES et al., 2009; ARAÚJO; SILVA, 2011) o que induziu a estruturação de dois produtos educativos singulares, tais como, um manual e um vídeo. As oficinas temáticas induzem os conhecimentos ao aprendiz de forma inter-relacionada e contextualizada e torna-o ativo na construção do seu conhecimento (SILVA et al., 2014)

Os participantes do GET participaram de atividades de educação tradicional em forma de aulas expositivas dialogadas com os mesmos temas abordados no GOT. Para as ações educativas nos grupos foram conduzidas inicialmente por dinâmica de aquecimento para facilitação da aprendizagem, denominada ação

estratégica facilitadora da expressão (ARAÚJO; SILVA, 2011; RODRIGUES; VIEIRA E TORRES, 2010) e posteriormente foram aplicadas as intervenções educativas que, assim como no GOT, contaram com a participação de profissionais da saúde (Nutricionistas, Profissional de Educação Física, Enfermeiras, Psicólogas, Fisioterapeuta e Médica) ligados ou não a Unidade de Saúde local.

Os encontros em grupo foram planejados procurando incorporar temas presentes nos instrumentos de avaliação aplicados na pesquisa. No primeiro encontro de cada grupo, antes das intervenções educacionais, foram colhidas informações sociodemográficas dos participantes, bem como histórico ocupacional (trabalho, lazer e autocuidado), história da doença e o tratamento associado à dieta e atividade física foram investigados e registrados em formulário específico.

Os temas discutidos nos dois grupos obedeceram ao roteiro compartilhado sobre as temáticas que vertem para três pilares da educação em saúde para pessoas com doenças crônicas, no que concerne ao DM e HAS. A saber: Conhecimento geral sobre a doença e prevenção das complicações agudas e crônicas; Percepções psicológicas e emocionais sobre a doença, e a importância das atividades de autocuidado por meio de uma dieta adequada, da prática regulares de atividades físicas.

No primeiro pilar da aprendizagem abordou-se em três encontros assuntos pertinentes ao formulário sobre o Autocuidado (ESM). Foram discutidos temas sobre: cuidados com a dieta (alimentação saudável, cuidados com refeições ricas em gorduras e aconselhamentos dietéticos específicos para os diabéticos e hipertensos), como ser fisicamente ativo (conceito sobre atividade física, exercício físico e crenças e percepção do seu corpo) (RODRIGUES, SOARES e BOOG, 2005; BUKHSH, et al., 2018; GLANZ; RIMER; VISWANATH, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014-2015).

O segundo pilar das intervenções educativas foi estruturado em três encontros para discussão sobre Percepção Emocional dos participantes (ATT 19) abordando assuntos como: Diabetes e/ou Hipertensão não tem cura: o que isto me atrapalha? Prontidão para mudanças e autoestima (autoconfiança e autorespeito) e ensino de habilidades necessárias para o enfrentamento do diabetes e da hipertensão arterial nas mais variadas situações (BUKHSH, et al., 2018; CARVALHO, 2014; SCHULTHEISZ; APRILE, 2013).

No terceiro pilar, foram abordados, também em três encontros, assuntos pertinentes ao formulário sobre Conhecimento Geral (DNK A): Falando sobre Diabetes Mellitus tipo II, falando sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e possíveis complicações associadas ao DM e a HAS e cuidados para resolução de problemas, redução de riscos de complicações agudas e crônicas (STANDARDS NACIONAIS PARA EDUCAÇÃO EM AUTOGERENCIAMENTO DO DIABETES, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; TORRES; HORTALE; SCHALL, 2003).

Antes de iniciar o programa educativo e um dia após o término da 10ª. sessão de cada grupo, com o objetivo de avaliar o conhecimento geral, os aspectos emocionais e psicológicos sobre a doença, e o autogerenciamento dos cuidados dos participantes com DM foram aplicados, respectivamente, os seguintes instrumentos:

Diabetes Knowledge Scale Questionnaire - DKN-A (Anexo A) – instrumento autopreenchível com um total de 15 itens de múltipla escolha que avalia o conhecimento geral sobre DM. Cada item é medido com escore um (1) para cada resposta correta e zero (0) para incorreta. Os itens de 1 a 12 requerem uma única resposta correta e os itens de 13 a 15 terão algumas respostas corretas e devem ser analisadas para a obtenção do escore um. Para caracterizar que o indivíduo tem conhecimento satisfatório sobre sua doença, ele precisa alcançar um total mínimo de oito pontos, pois, esta pontuação assegura que os pacientes adquiriram informações suficientes para a compreensão sobre sua doença, como por exemplos: fisiologia básica da ação da insulina, hipoglicemia, grupos de alimentos e suas substituições, gerenciamento de DM na intercorrência de alguma outra doença e princípios gerais dos cuidados da doença (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2005).

Diabetes Attitudes Questionnaire - ATT-19 (Anexo B) - Instrumento autopreenchível, com 19 itens que avalia os aspectos psicológicos e emocionais sobre a doença. Incluem seis fatores: a) estresse associado a DM, b) receptividade ao tratamento, c) confiança no tratamento, d) eficácia pessoal, e) percepção sobre a saúde, f) aceitação social. As questões são analisadas por meio da escala de Likert de cinco pontos (não concordo de jeito nenhum - escore 1; até concordo totalmente - escore 5). Para Maia (2015) o total da taxa-escore varia entre 19 a 95 pontos. Os avaliados necessitam conseguir um escore total mínimo de 70 pontos para que a sua atitude emocional sobre a doença seja considerada satisfatória.

Questionnaire Care in Diabetes Self-Management - ESM (Anexo C) é um instrumento que analisa as atividades de autocuidado nos indivíduos diabéticos, medindo a aceitação e aderência nas ações de diligência à saúde, no que concerne a dieta e atividade física. Contém oito questões fechadas e autopreenchíveis. Sua pontuação pode variar de um a oito pontos, e para evidenciar uma mudança positiva de comportamento dos participantes da pesquisa, estes deverão obter um escore mínimo de cinco pontos. A análise das alternativas foi definida levando-se em consideração o score que os participantes do estudo apresentaram ao responderem o instrumento, comparando a pontuação antes e após o programa educativo (CORTEZ et al. 2017; MAIA, 2015; TORRES et al., 2011; RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010).

Para avaliar as variáveis: conhecimento geral sobre hipertensão arterial, aspectos psicológicos e emocionais e gerenciamento do autocuidado em hipertensos, utilizou-se os mesmos instrumentos aplicados nos indivíduos diabéticos, adaptando-os para a realidade desta doença (Apêndice E, F e G).

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado utilizando o programa *BioEstat* 5.0. Os dados foram avaliados para verificar se atendiam aos pressupostos de testes paramétricos através do teste de normalidade Shapiro-Wilk. Duas variáveis não apresentaram distribuição normal em algum dos momentos, somando-se a isso o fato de ter uma amostra reduzida, optou-se pela utilização de teste não paramétrico de Wilcoxon, para observar mudanças entre o pré e pós-tratamento. Para avaliar se houve diferença entre o efeito das intervenções, primeiramente, se calculou o delta percentual (% Δ) para cada variável, de acordo com a seguinte equação:

$$\text{Equação (1)} \quad \% \Delta = (\text{valor final} - \text{valor inicial} / \text{valor inicial}) \times 100$$

Após calcular o % Δ , utilizou-se o teste de medianas para grupos independentes. Para análise exploratória dos dados e análise estatística inferencial, utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS - versão 20.0), adotando-se o nível de significância de $p \leq 0,05$.

Os dados das variáveis quantitativas são apresentados por meio da mediana (Md), maior valor (Mv) e menor valor (mv), em alguns casos por média e desvio

padrão ($M \pm DP$), e as variáveis categóricas por meio de frequências (absoluta e relativa).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 apresenta a caracterização dos participantes de cada grupo. Nove indivíduos diabéticos e/ou hipertensos participaram do GET, os quais tiveram dez encontros semanais, as quintas feiras, das 9h. às 10h. e quatorze indivíduos diabéticos e/ou hipertensos participaram dos encontros semanais do GOT, realizados as sextas feiras, das 9h às 10h.

Independente do grupo, a maioria dos componentes está aposentada e é do sexo feminino (65,27%). No geral, apresentam idades entre 41 e 81 anos ($68,06 \pm 8,32$ anos), o tipo mais comum de tratamento é a associação de dieta a medicamentos.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes incluídos nos Grupos de Educação Tradicional (GET), Oficina Temática (GOT) e da amostra total, independente do grupo (Geral).

Variáveis (N:23)	M \pm DP ou n (%)		
Grupo	GET	GOT	Geral
Participantes	9 (39,13%)	14 (60,87%)	23 (100%)
Idade (em anos)	62,83 \pm 8,95	71,43 \pm 6,06	68,06 \pm 8,32
Sexo			
Feminino	5 (55,55%)	10 (71,43%)	15 (65,22%)
Masculino	4 (44,45%)	4 (28,57%)	8 (34,78%)
Ocupação			
Ativo	3 (33,33%)	3 (21,43%)	6 (26,09%)
Inativo	6 (66,67%)	11 (78,57%)	17 (73,91%)
Doenças			
Hipertensão isolada	5 (55,55%)	5 (35,71%)	10 (43,48%)
Hipertensão + Diabetes	4 (44,45%)	9 (64,28%)	13 (56,52%)
Tratamento			
Dieta	0 (0%)	1 (7,14%)	1 (4,35%)
Dieta e medicamento oral	7 (77,78%)	13 (92,86%)	20 (86,95%)
Dieta, medicamento oral e insulina	1 (11,11%)	0 (0%)	1 (4,35%)
Não respondeu	1 (11,11%)	0 (0%)	1 (4,35%)

Legenda:

GET (Grupo Educação Tradicional)

GOT (Grupo Oficinas Temáticas)

As doenças mais prevalentes encontradas neste estudo refletem resultados semelhantes aos publicados em pesquisas sobre a população brasileira que possui diagnóstico de HAS (50,6%) (THEME FILHA et al., 2015) e DM associada a HAS (17, 9%) (BERGAMO FRANCISCO et al., 2018) acima dos 60 anos bem como em

peessoas que residem em instituições em Maceió-AL, onde 66,7% apresentaram HAS e 41% DM associada a HAS (RIBEIRO et al., 2017).

Como reportado nos dados, as mulheres foram maioria na participação das atividades de educação em saúde nos dois grupos, o que corrobora com estudos que relatam que esta população adere mais aos grupos de educação em saúde (65,22%) por se cuidarem mais (ALVES; CALIXTO, 2012). Siqueira et al. (2009) referem que as mulheres avaliam o seu estado de saúde de forma mais negativa e relatam possuir mais doenças crônicas que os homens. Porém a população feminina procura mais por serviços de saúde nas unidades locais e participam mais de grupos de educação em saúde (FOLETTTO, 2009; REGO, 1990), o que parece favorecer no aumento dos conhecimentos sobre a doença que possui com consequente melhora no autocuidado (BARROS et al., 2011; THEME FILHA et al., 2015).

Outro aspecto relevante evidenciado nesta pesquisa é a associação de morbidades, onde o número de pacientes que apresenta DM associada à HAS foi superior ao número de pacientes com HAS isolada. Foletto (2009) e Bassi et al. (2018) alertam para o fato de que esta associação (DM com HAS) aumenta o risco de morte cardíaca, por haver maior disfunção dinâmica da frequência cardíaca provocado por desequilíbrio autonômico do tônus vagal. Assim, ações que controlem essas condições reduzem significativamente a ocorrência de lesões cerebrais, cardíacas, vasculares e de óbitos (BRASIL, 2014; BERGAMO FRANCISCO et al., 2018).

Quanto ao tipo mais comum de tratamento, foi observado que a maioria dos participantes, independentemente de grupos, já realizava dieta e utilização de medicamentos antes das intervenções educativas. Provavelmente, isto se deve ao fato de que estes pacientes já são assistidos pela equipe de saúde local, para o cuidado no controle das doenças crônicas existentes, ou pelo fato, segundo Gomes-Villas Boas et al. (2011), de que a adesão se dá muitas vezes devido à presença de complicações agudas ou crônicas prejudiciais a capacidade de autocuidado.

A adesão às intervenções foi de 63% \pm 28%, não havendo diferença entre os grupos (GET – 54% \pm 29%; GOT – 68% \pm 28%). Os resultados relativos ao conhecimento geral sobre as doenças, autogerenciamento em saúde e percepção emocional e psicológica, obtidos antes e após as intervenções se encontram presentes nas tabelas dois e três; separados por tipos de comorbidades.

A tabela 2 apresenta os resultados dos escores obtidos pelos pacientes diagnosticados com DM que responderam aos diferentes instrumentos, antes e após as intervenções.

Tabela 2. Valores de Mediana, maior valor e menor valor nos aspectos conhecimento geral sobre diabetes, autocuidado e percepção emocional, obtidos pelos pacientes diagnosticados com Diabetes Mellitus nos diferentes momentos e respectivos níveis de significância para o teste de Wilcoxon.

Variáveis	GET (n=4)			GOT (n=9)		p
	Md1 mV- MV	Md2 mV-MV		Md1 mV-MV	Md2 mV-MV	
AUTOUIDADO DM	5,5 1,5-6,3	4,87 3,5-6,0	0,44	4,75 2,3-6,5	5,5 4,8-7,5	0,02
PERCEPÇÃO DM	52 43-60	56 42-68	0,11	55,5 50-62	53,5 47-57	0,63
CONHECIMENTO G DM	7 4-14	9 8-14	0,07	6,5 5-10	11 10-13	0,03

Legendas: GET (Grupo Educação Tradicional); GOT (Grupo Oficinas Temáticas); Md – Mediana; MV – maior valor; mV – menor valor; DM – Diabetes Mellitus, Md1 – Mediana na avaliação inicial, Md2– Mediana na avaliação final.

Para os pacientes diabéticos observou-se efeito apenas da intervenção de oficinas temáticas. Os pacientes do GOT apresentaram melhora no autocuidado ($p=0.02$) e maior conhecimento geral ($p=0.03$) após a intervenção.

No que se refere ao autocuidado o score mínimo desejado é de cinco pontos, apenas três (33,33%) pacientes do GOT e três (75%) pacientes do GET apresentavam essa pontuação antes das intervenções. Após as intervenções o número de pacientes com a pontuação sugerida passou para 8 no GOT (88,89%) e para dois no GET (50%).

Segundo Maia (2015), para a obtenção de nível satisfatório dos conhecimentos gerais sobre a sua doença, quando avaliados pelo DKN-A, o participante deve atingir o mínimo de oito pontos das 15 questões autopercebíveis. Também para esta variável, os resultados apresentados pela maioria dos pacientes com DM antes das intervenções estavam abaixo do recomendado nos dois grupos (GOT=55,6%; GET=75%).

De maneira semelhante, em um estudo desenvolvido em 2015 por Obirikorang e colaboradores, de caráter exploratório e descritivo, o DKN-A foi aplicado para determinar o nível de conhecimento sobre as complicações do diabetes mellitus em 630 pacientes, com média de idade de 55 anos, atendidos no

hospital da cidade de Sampa, localizada no país de Ghana. Observou-se que a maioria (60%) desses pacientes não apresentou conhecimento sobre as complicações mais comuns da doença. Cerca de 26,9% dos pacientes tinham conhecimento inadequado sobre pé diabético, hipertensão, neuropatia, excitação sexual hipoativa, cardiopatia e nefropatia. Os autores associaram o conhecimento inadequado às complicações que os participantes apresentavam (OBIRIKORANG et al., 2016).

Para reforçar a ideia de que ações educativas podem aumentar o conhecimento geral sobre as doenças, assim como observado neste estudo, Maia (2015), em seu desenho longitudinal de base quantitativa realizou práticas educativas utilizando o formulário DNK-A para sua avaliação, com uma amostra de 151 participantes diabéticos, com idades entre 30 a 85 anos ($M=63,1$), moradores na região leste de Belo Horizonte, Minas Gerais. As intervenções foram realizadas mediante proposta dialógica que abordavam experiências, conhecimentos, saberes sobre a doença e o papel da alimentação saudável e da atividade física, semelhantes às realizadas no GOT. O estudo demonstrou que ao final de 24 meses de intervenção os participantes apresentaram maior conhecimento geral da doença, inicialmente de $7,36(DP=2,77)$ para $8,83(DP=2,50)$ (MAIA, 2015).

É importante salientar que as ações educativas em grupo parecem ser mais efetivas neste aspecto que as ações individuais. Um estudo envolvendo 104 pacientes ($60,6 \pm 10,5$ anos), com diabetes do tipo II atendidos em um ambulatório de um hospital em Belo Horizonte, comparou a efetividade de estratégias de um programa educativo em diabetes, em grupo e individual. Os pacientes foram aleatoriamente alocados nos dois grupos nos quais eram desenvolvidas ações simultâneas de educação em saúde de forma dinâmica, lúdica e interativa. O acompanhamento dos envolvidos na pesquisa ocorreu durante seis meses, sendo eles avaliados por questionários específicos sobre conhecimentos em diabetes, atitudes psicológicas, mudança de comportamento, qualidade de vida. Foi observado que educação em grupo apresentou resultados melhores no controle glicêmico do que o individual (TORRES et al., 2009).

A tabela 3 apresenta os resultados dos escores obtidos pelos pacientes diagnosticados com HAS, que responderam aos diferentes instrumentos, antes e após as intervenções.

Para os pacientes hipertensos observou-se efeito de ambas as intervenções. Os pacientes do GOT, após a intervenção, apresentaram maior conhecimento geral ($p=0.002$) e maior autocuidado ($p=0.001$) por outro lado, apresentaram pior percepção ($p=0.03$). Os pacientes do GET, por sua vez, apresentaram maior conhecimento geral ($p=0,03$) e pior percepção.

Tabela 3. Valores de Mediana, maior valor e menor valor obtido pelos pacientes diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica, nos diferentes momentos e respectivos níveis de significância para o teste de Wilcoxon.

Variáveis	GOT (n=9)		<i>p</i>	GET (n=14)		<i>p</i>
	Md1 mV- MV	Md2 mV-MV		Md1 mV- MV	Md2 mV-MV	
AUTOUIDADO HAS	4,5 0,5-6,3	6 2,5-7,0	0,001	4,6 3,3-7,3	5,5 3,8-7,5	0,007
PERCEPÇÃO HAS	53 46-60	48 36-65	0,06	52 42-68	45 39-57	0,03
CONHECIMENTO G HAS	6,5 3-9	8 7-10	0,03	7 2-8	7 5-9	0,002

Legendas: GET (Grupo Educação Tradicional); GOT (Grupo Oficinas Temáticas); Md – Mediana; MV – maior valor; mV – menor valor; HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica, Md1 – Mediana na avaliação inicial, Md2– Mediana na avaliação final.

Um estudo publicado por Touse et al. (2016), de caráter quantitativo, transversal, realizado em cinco ESF, localizadas em Itaú de Minas, Brasil, avaliou atitudes psicológicas e emocionais em 524 indivíduos doentes cadastrados e acompanhados pelo HIPERDIA, por meio do ATT-19. Conforme o estudo, os sujeitos criam um “cartão de apresentação” negativo de si mesmos, rotulando-se de “sou doente” e não de “estou doente”. Isto se cria uma ideia de uma vivência definitiva com a doença e vem acompanhada de uma postura de indignação com o fato. Há também um senso comum dos doentes ao reconhecer as comorbidades advindas da doença. Os autores relatam que os pacientes sentem receio que possam surgir estas complicações, entretanto acreditam que o tratamento medicamentoso e não medicamentos tornam-se uma obrigação e uma restrição respectivamente. Essa pode ser a explicação para uma pior percepção da doença após a intervenção, observada no GET.

Destaca-se ainda que nenhum dos pacientes, independente do grupo apresentou uma pontuação satisfatória referente à percepção (avaliada pelo ATT-19) antes ou após as intervenções educativas. Maia (2015) refere que para a atitude

emocional sobre a doença ser considerada satisfatória deve-se alcançar escore total mínimo de 70 pontos.

No quesito autocuidado foi observado melhora significativa em ambos os grupos. O GET passou de 33,3% participantes com resultados satisfatórios (maior ou igual a 5 pontos) no pré-teste para 66,7% no pós-teste, enquanto a frequência de resultados satisfatórios no GOT foi de 35,7% no pré-teste para 85,7% no pós-teste.

Em ambos os grupos, para a variável conhecimentos gerais sobre HAS (avaliada pelo DNK-A), foi observado um maior percentual de pacientes, apresentando scores classificados como aceitáveis (igual ou maior a 8 pontos). O GOT iniciou a intervenção com 21,43% de pacientes hipertensos com conhecimento aceitável e terminou a intervenção com 71,43% enquanto o GET iniciou com 21,4% e terminou com 44,45% de pacientes hipertensos com conhecimento aceitável.

Torres, Hortale e Schall (2005) relatam que escores elevados de conhecimento geral e atitudes positivas em relação à doença demonstram maior compreensão dos pacientes sobre a importância da prevenção ou de fatores promotores da saúde. Isto eleva as possibilidades de controle das complicações da doença. Referem também que a utilização destes parâmetros permite que os profissionais de saúde avaliem os efeitos das práticas educativas desenvolvidas e estabeleçam reorientações de ações mais efetivas.

A tabela 4 apresenta a magnitude do efeito (% Δ) das intervenções para cada uma das variáveis deste estudo, bem como o resultado dos testes de medianas para grupos independentes.

Tabela 4. Comparação intergrupos do efeito relativo entre as intervenções educativas por meio de valores de Mediana, maior valor e menor valor, obtidos pelos pacientes diagnosticados com HAS e DM, nos diferentes momentos e respectivos níveis de significância para o Teste de Mediana de amostras independentes.

Variáveis	GET	GOT	P
	Md MV-mV	Md MV-mV	
% Δ AUTOCUIDADO DM	0,55% 133,33% - (-27,30%)	12,00% 120% - (-4%)	0,56
% Δ PERCEPÇÃO DM	-5% 0,00% - (-11,30%)	8% 30% - (-22%)	0,56
% Δ CONHECIMENTO G DM	43,18% 54% - 9%	12,50% 71% - (-11%)	1,00
% Δ AUTOCUIDADO HAS	25%	14%	0,68

	400%- (-24%)	87% - (-24%)	
%Δ PERCEPÇÃO HAS	-11,29%	-9,35%	1,00
	9,60%- (-30,00%)	25%-(-30%)	
%Δ CONHECIMENTO G HAS	20,00%	17%	0,68
	150,00%-12,50%	133%-0,00%	

Legendas: %Δ (Efeito das intervenções sobre as variáveis; GET (Grupo Educação Tradicional); GOT (Grupo Oficinas Temáticas); Md – Mediana; MV – maior valor; mV – menor valor; HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica; mV – menor valor; MV– maior valor.

Não foram observadas diferenças significativas no efeito das intervenções para nenhuma das variáveis analisadas no estudo, sendo assim, pode-se dizer que os grupos tiveram efeitos semelhantes sobre autocuidado, percepção e conhecimento sobre as doenças, em consonância com o estudo publicado em 2013 por Grilo e colaboradores, ao avaliarem o efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado de pacientes com diabetes. Os autores (GRILO et al., 2013) relataram que as variadas intervenções educativas testadas, tais como: educação individual, educação coletiva, sessões adaptadas para diferenças culturais de minorias étnicas, intervenções com uso de tecnologia como ferramenta educativa, utilização de técnicas de *empowering* por diferentes profissionais de saúde, leigos ou por seus pares como vetores do processo educativo, podem resultar em desfechos favoráveis no controle das habilidades para o autocuidado. Além disso, essas intervenções foram consideradas custo-efetivas podendo ser adaptadas as características locais, uma vez que não existe “[...] até o momento, um modelo universal que possa ser padronizado e reconhecido como eficaz para todos os indivíduos portadores da doença.” (GRILO et al., 2013, p. 401).

Por fim, Grilo et al. (2013) enfatizam que, 1) uma vez que, tanto as intervenções realizadas na forma individual como aquelas realizadas em grupos reduzem a HbA1c de forma semelhante, a última seria mais adequada para ser utilizada em saúde pública, por atingir um maior número de indivíduos; 2) o efeito das intervenções é proporcional ao tempo de exposição, portanto, maior tempo de contato com o educador devem ser inseridos no planejamento de um programa educativo; 3) a adaptação cultural e a utilização de tecnologia devem ser incorporadas ao processo; 4) o tipo de profissional responsável por fornecer a educação não parece influenciar nos resultados obtidos, e a utilização de agentes

comunitários de saúde e outros pacientes deve ser encorajada; e 5) deve-se incluir técnicas de *empowering* as quais delega-se autoridade e responsabilidade em todos os níveis de autocuidado, por meio de incentivos contínuos, municiamento de informações sobre as novidades no tratamento, e promovendo liderança, avaliando-se o desempenho no alcance das metas e proporcionando feedback.

6 CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que oficinas temáticas e educação tradicional em saúde são capazes de aumentar o conhecimento geral sobre as doenças em pacientes com diabetes e/ou hipertensão arterial e que a educação tradicional e oficinas temáticas induziram uma pior percepção da doença pelos pacientes, provavelmente por uma maior conscientização da gravidade da doença, perceberam que sem a possibilidade de cura haverá limitações permanentes em seu cotidiano. O curto período das intervenções educativas pode ter sido insuficiente para uma mudança de percepção emocional positiva e para maiores mudanças no autogerenciamento do autocuidado. Assim, sugere-se que sejam realizadas novas pesquisas e que estas incluam maior número de encontros, capacitação permanente da equipe de saúde para o controle das ações do autocuidado e de avaliação de indicadores objetivos para o controle das doenças tais como, medidas antropométricas, medidas de pressão arterial e controle glicêmico.

7 PRODUÇÃO TÉCNICA EDUCACIONAL

1 - Manual Educativo para Prevenção de Complicações do Diabete Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica: Sugestões de oficinas de educação em saúde.

2 – Vídeo: O que um profissional de saúde deve saber sobre como orientar atividade física para pacientes hipertensos?

7.1 APRESENTAÇÃO DOS PRODUTOS EDUCACIONAIS

O processo de estruturação de um Produto Educacional em Saúde (PES) resulta em um dispositivo que promove a socialização, o compartilhamento de saberes e fortalece a reciprocidade no apoio entre os participantes, contribuindo significativamente para as melhores condições de saúde da população (LEITE et al., 2018). Considerado como um instrumento que facilita a aprendizagem, deve estar adequado à realidade dos participantes, apropriável por quem o utiliza, ser capaz de estimular processos grupais, de estimular a auto capacitação, ter flexibilidade, ser readaptável à realidade local, permitir a participação da maioria dos participantes e ser reavaliado (FRAZÃO; NARVAI, 1996).

Entende-se que para permitir a participação de todos, o produto educacional estabelece um diálogo com ênfase nas crenças e necessidades locais. Portanto, abre-se espaços para a socialização e a reflexão crítica dos participantes, favorecendo uma propícia aprendizagem (SOARES et al., 2011). É uma ferramenta que tem a capacidade de contribuir para o acompanhamento dos pacientes pelos profissionais de saúde, e possibilita atividades educativas em grupos capazes de promover reflexões a respeito da doença, a importância do autocuidado para prevenir complicações agudas e crônicas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2015).

Direcionados para profissionais e estudantes da saúde, os produtos educacionais desta pesquisa descrevem ações educativas em saúde utilizadas em um ambiente de atenção básica para grupos de pessoas com DM e HAS, enfatizando o protagonismo no cuidar da saúde, afastando-se das atitudes comportamentais nocivas que agravam e debilitam a autonomia funcional do indivíduo. Por ser uma prática comum no SUS, Reberte, Hoga e Gomes (2012), relatam que os materiais educativos devem seguir princípios e formas de comunicação baseados na relação dialógica entre os participantes e a ação educativa. Frazão e Narvai (1996, p. 25) complementa esta reflexão, e coloca:

Para que a comunicação realmente se efetive e a aprendizagem ocorra é necessário que as relações que venham a se estabelecer entre o que já é conhecido e as novas informações sejam significativas. Não basta, portanto, que o indivíduo simplesmente memorize informações; memorizar informações não é o mesmo que apropriar-se de conhecimentos.

Os produtos educacionais deste estudo foram estruturados em forma de manual e em forma de vídeo, direcionados para profissionais de saúde da atenção básica que lidam constantemente com pacientes hipertensos e diabéticos, e organizados sistematicamente para o alcance dos objetivos do presente estudo.

O Produto, intitulado *Manual Educativo para a Prevenção de Complicações de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica: Sugestões de Oficinas de Educação em Saúde* descreve intervenções educativas, distribuídas e organizadas por meio de eixos temáticos integrativos, estruturados por componentes planejados e desenvolvidos com a finalidade de fomentar ações educacionais que aumentem o conhecimento geral e básico sobre as doenças crônicas (diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica). Disponível em meio eletrônico no repositório do Mestrado, no site da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (<https://mestrado.uncisal.edu.br/repositorio/>).

O Vídeo Educativo, intitulado *O que um profissional de saúde deve saber sobre como orientar atividade física para pacientes hipertensos?* foi desenvolvido com o objetivo de fomentar a prática de atividades físicas para pacientes diabéticos e hipertensos atendidos em Atenção Básica de Saúde, Disponível em meio eletrônico no repositório do Mestrado da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas e no site do Portal EduCAPES (<https://educapes.capes.gov.br/handle/capes/430935>).

7.2 REFERENCIAL TEÓRICO DOS PRODUTOS EDUCACIONAIS

7.2.1 - Princípios da Utilização do Produto Educativo em Saúde (PES):

O processo de construção de produtos educacionais obedece aos conhecimentos prévios do(s) sujeito(s), percebendo que todo indivíduo já detém um conhecimento, quer seja científico ou pelo senso comum. Configura-se, portanto, uma construção compartilhada de saberes embasados nas experiências vividas durante o processo educativo de sua existência. Dentre os papéis a desempenhar na prevenção da saúde, a educação em saúde possui grande valor no combate ao processo de adoecimento da população e mesmo quando a doença existe, torna-se significativa para o controle de agravos. O profissional/educador em saúde deve ser capaz de compreender as necessidades de saúde individuais e coletivas, abrir mão de recursos tecnológicos de alta complexidade para ceder lugar ao uso constante da criatividade e imaginação deste processo, produzindo ferramentas lúdicas e adaptáveis ao ambiente que possibilitam a facilitação do aprendizado.

As intervenções educacionais, estruturadas por oficinas temáticas, seguiram alguns princípios da educação que utilizam, para o processo ensino-aprendizagem, a exploração dos sentidos fundamentada pela teoria de Comenius (1957) e pelo conhecimento da Neurociência na educação (BLANCO; NAVAJAS, 2017), os quais determinam que para o aprendizado ser rápido, agradável e completo torna-se necessários que quem ensina deve seguir os passos da natureza, pois é um ambiente rico de estímulos sensoriais. .

Para Comenius (1957, p. 60):

[...] nada pode ser objeto da inteligência que primeiro não tenha sido objeto dos sentidos, a mente recebe dos sentidos a matéria de todos os seus pensamentos e não pode desempenhar a função de pensar senão por meio da sensação interna, ou seja, contemplando as imagens abstraídas das coisas.

Neste sentido as oficinas temáticas abordaram conhecimentos contextualizados que, de acordo com Silva et al. (2014), interagem utilizando a vivência dos fatos do cotidiano, estabelecendo ligações do tema com outros campos e permitindo que o aprendiz participe ativamente do processo do seu conhecimento.

Sobre os fundamentos para ensinar e aprender com facilidade, Comenius (1957, p. 77) discorre:

A fim de que todas essas coisas se imprimam mais facilmente, utilize-se, o mais que se puder, os sentidos. Por exemplo: associe-se sempre o ouvido à vista, a língua à mão; ou seja, não apenas se narre aquilo que se quer fazer aprender, para que chegue aos ouvidos, mas represente-se também graficamente, para que se imprima na imaginação por intermédio dos olhos. Os estudantes, por sua vez, devem aprender, ao mesmo tempo, a expor as ideias com a língua e a exprimi-las por meio de gestos, de modo que se não dê por terminado o estudo de nenhuma matéria, senão depois de ela estar suficientemente impressa nos ouvidos, nos olhos, na inteligência e na memória.

Portanto, defende-se que o saber tem início a partir dos sentidos, os quais são de tamanha importância que chegam a ser mais confiáveis que a própria memória, pois através deles se sabe para sempre. Acredita-se que o maior número de sentidos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem garante um maior sucesso na formação de conhecimento (COMENIUS, 1957; FERREIRA, 2018).

No que concerne a uma adequada comunicação e interações sociais no processo ensino-aprendizado Santos et al. (2019) coloca:

[...] é importante que possamos determinar inicialmente o estado de Ego mais disponível no indivíduo ou grupo que queremos comunicar. Assim, podemos complementar a comunicação. No entanto, nem sempre é fácil fazer esse diagnóstico, por isso é mais seguro estruturar nossa comunicação sempre utilizando os três estados do Ego, pois um deles certamente atenderá ao estado de disponibilidade de nosso interlocutor.

Silva (2006) explica também que a influência ofertada para a compreensão dos conhecimentos durante a comunicação com o indivíduo ou grupo não significa sloganizar, manipular e nem invadir o outro, e sim assumir e conduzir pessoas de forma ética durante o processo de educação.

7.2.2 - Princípios da Utilização de Oficinas Temáticas como Recurso Educacional:

A palavra oficina provém do francês “atelier” e significa estudo, obra, oficina. Surgiu na Idade Média onde artesãos tinham suas oficinas que propiciavam lugar de trabalho e aprendizagem. No Brasil, as oficinas surgiram a partir da década de 90 para o ensino das artes plásticas, literárias e teatrais (VERGOPOLAN, 2013).

Atualmente as oficinas temáticas procuram atuar nos conhecimentos de forma relacionada e contextualizada, incluindo o processo ativo dos participantes na construção de seu próprio conhecimento (SILVA et al., 2014). No contexto da saúde,

mostra-se uma ferramenta que propicia reflexão sobre a realidade dos pacientes e constrói conhecimentos sobre a área de abrangência dos profissionais de saúde envolvidos em unidades básicas de saúde (TORRES; ABURACHID; AMARAL; SOARES, 2007). Na formação docente interpreta-se como uma forma de ensinar e aprender, mediante ao trabalho coletivo (VERGOPOLAN, 2013).

Vergopolan (2013, p. 17484) ressalta a necessidade que os conteúdos ensinados

[...] assumam o papel de envolver todas as dimensões da pessoa, caracterizando as seguintes tipologias de aprendizagem: factual e conceitual (o que se deve aprender?); procedimental (o que se deve fazer?) e atitudinal (como se deve ser?).

As oficinas de educação em saúde são desenvolvidas para a construção coletiva do conhecimento apoderando-se de metodologias e de ferramentas tecnológicas que resgatem a cultura local, estimulam pensadores que são considerados formadores de opinião, desempenham ações preventivas, controlam e promovem vigilância de agravos, o que se espera de uma visão global do SUS. O objetivo principal das oficinas é desenvolver métodos e processos de educação em saúde que promovam o acesso e a apropriação dos conhecimentos em saúde. Além disto, produzem materiais que apoiam as práticas educativas desenvolvidas nos serviços de saúde em conjunto com a comunidade (FUNASA, 2001).

As temáticas inseridas nas oficinas educativas desenvolvidas neste estudo foram de importante valia para mensurar as contribuições das intervenções educativas inseridas no processo ensino/aprendizagem dos participantes diabéticos e/ou hipertensos residentes em comunidades. Não obstante, as aulas expositivas dialogadas desenvolvidas no estudo, utilizando as mesmas temáticas educativas, também foram capazes de aumentar significativamente os conhecimentos sobre as doenças.

O objetivo deste estudo foi então apresentar dois produtos educativos em forma de manual e vídeo, que descrevem intervenções e orientações educativas em saúde para prevenção de complicações agudas e crônicas do diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. Direcionados para profissionais e estudantes da saúde que atuam na atenção básica com o intuito de educar pacientes crônicos por meio de uma maior compreensão/conhecimento sobre sua(s) doença(s) (BRASIL, 2014; DIRETRIZES PARA EDUCAÇÃO DO PACIENTE COM DIABETES

MELLITUS, 2014-2015; VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL).

7.2.3 - Utilização do Manual Educativo para o Aprendizado em Saúde:

A utilização do manual como uma forma de propagação de educação em saúde funciona como um guia de instruções capacitando o indivíduo a ser participante ativo do processo de um novo conhecimento. Para Oliveira, Fernandes e Sawada (2008) a utilização do manual contribui para uma melhor qualidade de vida, melhor conexão entre profissional de saúde e público, promoção da saúde, prevenção além de estimular a autonomia do indivíduo tornando-o empoderado e compartilhador do conhecimento que lhe foi propagado.

A construção do manual como um recurso educativo deve funcionar como uma série de instruções de forma clara e objetiva e que tenha capacidade de prender o leitor para que se atente do começo ao fim, e, para isso, é necessária uma série de estruturações rigorosas, tornando-se assim uma grande ferramenta de conhecimento em sua complexidade. Maffra e Anjos (2018, p. 22) colocam que:

O manual, de forma simples, demonstra que o mapa conceitual pode ser usado em diversas situações e com diferentes finalidades, como uma ferramenta poderosa e profunda, que permite captura, representação e arquivamento do conhecimento, bem como a criação de novos conhecimentos e, deste modo, gerando uma aprendizagem significativa [...].

Para criação do manual, os objetivos devem ser traçados analisando sempre quem é o receptor, quem irá e como irá propagar o conhecimento. Além disso, é imprescindível adentrar no contexto biopsicossocial do público alvo que irá receber o manual, entender que sempre deve se desprender do meio tecnicista, e adentrar no nicho, isso faz com que o recurso se torne uma ferramenta muito mais poderosa, capaz de apresentar mudanças ainda melhores na qualidade de vida de quem o recebe. Para Echer (2005, p. 755), em um manual:

[...] é importante transformar a linguagem das informações encontradas na literatura, tornando-as acessíveis a todas as camadas da sociedade, independentemente do grau de instrução das pessoas.

Além da adequação da linguagem, torna-se necessária a fundamentação teórica e uma análise sistemática do que deve ser trabalhado durante a estruturação de um manual de educação em saúde. A criação do manual segundo Souza et al.

(2003) deve estabelecer parâmetros para sua eficácia no público proposto. Torna-se necessário, na produção, um critério rigoroso e indagações norteadoras onde se deve perguntar qual a problemática em que se deve trabalhar, qual o objetivo, para quem deve ser feito, o que deve e como deve ser explanado. Após o processo de produção são necessárias também novas perguntas: “Foi bem feito?”, “foi bem divulgado?”, “quais os resultados obtidos?” e “quais foram as dificuldades?”

Além de todos esses critérios deve-se também entender que a construção de um manual não deve ser restrita. Echer (2005) refere que a elaboração de um manual é um trabalho minucioso e rigoroso onde todos devem participar tanto o público alvo quanto os profissionais especialistas no uso de recursos e da informação. Além disso, é importante sempre estar aberto a críticas para que assim o recurso seja reformulado tantas vezes seja necessário para uma melhor eficácia.

7.2.4 - Utilização do Vídeo Educativo para o Aprendizado em Saúde:

Os recursos audiovisuais constituem um instrumento didático estratégico que incentiva uma educação mais acessível e de fácil comunicação. O uso do vídeo educativo (VE) é considerado um dos instrumentos didáticos que, quando utilizado de forma apropriada e integrada aos objetivos de aprendizagem, dinamiza o processo de ensino aprendizagem e visa educar de forma inovadora, dinâmica e atrativa, por meio de uma linguagem que possibilita o entusiasmo, a curiosidade e o interesse do educando (PAZZINI; ARAÚJO, 2013; MOREIRA et al., 2013; RAMOS et al. 2015).

Pazzini e Araújo (2013 apud MORAN, 1993, p. 02), referem que o vídeo:

[...] nos seduz, informa, entretém, projeta em outras realidades (no imaginário) em outros tempos e espaços. O vídeo combina a comunicação sensorial-cinética, com a audiovisual, a intuição com a lógica, a emoção com a razão. Combina, mas começa pelo sensorial, pelo emocional, para atingir posteriormente o racional.

Constitui-se também um instrumento didático e tecnológico para o desenvolvimento de ações educativas com foco na cultura de uma população, contribuindo para o aumento da consciência crítica sobre as condições de vida existentes e suas relações com a saúde. Promove subsídios necessários para intervir na promoção da saúde, melhoria da qualidade de vida, cidadania e controle

social com base nas informações adquiridas (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004; DALMOLIN, et al., 2016; MORAES, 2008).

Um estudo descritivo de abordagem qualitativa publicado por Dalmolin et al. (2016), investigou as percepções de um grupo de apoio a pessoas com colostomia do município de Santa Maria/RS por meio da utilização de um vídeo educativo como recurso para informar assuntos pertinentes aos cuidados com o estoma. Participaram voluntariamente do processo educativo oito pacientes colostomizados e oito familiares, os quais preencheram um questionário sobre dados socioeconômicos e demográficos e foram induzidos a um diálogo grupal para narrar as suas percepções e experiências sobre o cuidado e autocuidado do estoma e ao adoecimento do câncer. Após o momento dialógico os grupos assistiram ao vídeo educativo, com duração aproximada de 8 minutos, sobre situações reais de pessoas com colostomia por câncer e familiares que convivem com a doença. No contexto geral o estudo demonstrou que, de acordo com as falas dos participantes, o vídeo foi uma estratégia válida para a educação em saúde, por ser considerado de fácil compreensão, com som e imagens adequadas e que orienta com clareza o enfrentamento do autocuidado (DALMOLIN, et al., 2016).

Moreira et al. (2013, p. 402) relatam que:

O preparo para o autocuidado e a promoção da saúde perpassa as meras informações sobre como "prevenir" um agravo à saúde. Por isso, no que se refere à responsabilidade para a criação de ações para o cuidado, a instauração de um processo de conhecimento faz-se necessária para o desenvolvimento de um trabalho educativo com pessoas envolvidas na busca pela qualidade de vida.

Dentre as pessoas envolvidas no processo educativo, incluem-se principalmente os profissionais da saúde, os quais são estimulados sobre a importância de informar adequadamente à população que assistem, acerca da prevenção de complicações de doenças crônicas, promovendo atitudes mais autônomas e críticas, aumentando a confiança do paciente (MOREIRA et al., 2013). Apresentando um discurso científico, o vídeo é uma ferramenta educativa que tenta levar ao expectador informações sobre ciências, empregando uma linguagem técnica, mas acessível para se fazer entender (MORAES, 2008).

Para Moraes (2008) informar por meio de vídeo torna a informação em saúde onipresente e universal, divulgando informações, causando transformações fascinantes e salvando vidas. Na área da saúde destacam-se dois tipos de vídeos

educativos: os que são utilizados por campanhas de saúde, que duram até um minuto, produzidos pelo Ministério da Saúde (MS) e apresenta um teor persuasivo, e os vídeos de intervenção social, que apresentam uma duração média de veiculação de quinze minutos, produzidos também pelo MS e são direcionados para grupos específicos, com base nos programas de saúde para comunidades, onde são concebidas ações preventivas e promotoras da saúde. Embora o autor destaque a produção pelo MS vários pesquisadores não vinculados a esta instituição têm desenvolvido vídeos educativos.

Por exemplo, um estudo descrito em forma de relato de experiência, realizado por especialista em oncologia, buscou esclarecer, de maneira didática e por meio de um vídeo educativo, os procedimentos terapêuticos que seriam realizados em pacientes oncológicos, as principais complicações, os possíveis efeitos colaterais da quimioterapia e os cuidados que seriam necessários durante o tratamento. O vídeo educativo foi exibido na sala de espera, com duração de dez minutos e com a preocupação de transmitir leveza das informações, de não se tornar cansativo, de não diminuir a atenção e de conquistar a simpatia dos pacientes. O VE foi estruturado de acordo com seguinte roteiro: definição sobre quimioterapia; vias de administração; tempo de duração; possíveis efeitos colaterais; recomendações sobre a alimentação; e atenção sobre ações que não devem ser realizadas durante o tratamento e conselhos práticos. Os autores concluíram que o VE é um método de comunicação elementar para o processo de ensino-aprendizagem em saúde, enaltecendo uma atuação mais autônoma e ativa dos pacientes no processo saúde-doença (RAZERA et al., 2013).

Considerando que "[...] há que se fortalecer a formação e articulação dos sujeitos das práticas populares de saúde, dos educadores populares e dos profissionais que atuam nos serviços no sentido de mobilizar a população na construção de uma política nacional de educação popular" (BRASIL, 2007, p. 13), buscou-se neste produto educativo envolver profissionais de saúde, gestores e comunidade em algumas ações de educação popular em saúde, visando uma orientação mais eficaz de AF que facilite a adesão dos pacientes a essa intervenção terapêutica. Portanto, o objetivo deste produto educativo foi descrever a construção de um vídeo para informar a profissionais e estudantes da saúde como orientar atividade para hipertensos.

7.3 REFERENCIAL METODOLÓGICO DOS PRODUTOS EDUCACIONAIS

A construção dos produtos educacionais deste estudo de Mestrado em Ensino em Saúde e Tecnologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL) foram baseados no Método CTM3, (SANTOS et al 2019) que pressupõe 3 etapas, a saber: C-concepção do produto, T-referencial teórico, M3-referencial metodológico suportado por 3 teorias: o uso dos sentidos, permitindo a memorização do processo de ensino-aprendizagem, por meio da estimulação de várias áreas do cérebro (COMENIUS, 1957; BLANCO; NAVAJAS, 2017), pela Análise Transacional através do um dos instrumentos denominado Estrutura da Personalidade (estados de egos), descrita por Eric Berne em 1956, e pela estratégia da Programação Neurolinguística (PNL) criado por Richard Bandler e John Grinder (1970) através da estruturação de *Rapport* (DESCHAMPS; ROSE JÚNIOR, 2006; SANTOS et al. 2019; MANCILHA, 2008).

A ciência depende dos sentidos (auditivo, visual, olfativo, sinestésico e gustativo) para capturar informações, ou seja, quanto mais o saber provém deles, maior a eficiência na aprendizagem (BLANCO; NAVAJAS, 2017). Dessa forma, quanto mais se ensina apoiado na exploração dos sentidos mais facilmente os envolvidos na ação educativa terão a informação retida. Comenius (1957, p. 103) continua afirmando que os sentidos são de tamanha importância que chegam a ser mais confiáveis que a própria memória, onde coloca: “É porque os sentidos são o mais fiel dispenseiro da memória, essa demonstração sensível de todas as coisas tem por efeito que, tudo o que se sabe através dela, se sabe para sempre”.

Para a codificação sensorial, ou seja, para o conhecimento e reconhecimento de indivíduos ou valores, segundo Blanco e Navajas (2017), torna-se necessária a estimulação dos cinco sentidos, a saber: visão, audição, tato, olfato e paladar. Ferreira (2018) complementa este conceito referindo que a visão é maior sentido que há maior captação das informações, porém torna-se determinante que o indivíduo preste a devida atenção.

Outra base teórica fundamental para a estruturação dos produtos educacionais deste estudo foram as características da estrutura da personalidade humana, a qual faz parte de um dos dez fundamentos da Análise Transacional. Criada em 1956, pelo médico psiquiatra Eric Berne, é um método da psicologia que analisa os indivíduos pelos padrões de comportamento denominado estados de ego.

Os estados de ego dividem o aparelho psicológico em três instâncias: Estado de Ego Pai, considerado como Juízo de valor e classificado como nível 1, é representado por aprendizados adquiridos (regras, normas, limites, cuidados, atenção) de nossas figuras paternas; Estado de Ego Adulto, conhecido como racional e classificado como nível 2, representa o raciocínio lógico e não há lugar para emoções; O Estado de Ego Criança, conhecido como emocional, classificado como nível 3, é responsável pela alegria, prazer, naturalidade, criatividade, espontaneidade e fantasias revividos durante a infância (DESCHAMPS; ROSE JÚNIOR, 2006; GRÉGOIRE, 2007; BOSCHI, 2009, SANTOS et al. 2019).

O Estado de Ego Pai corresponde a conceitos apreendidos durante os primeiros anos de vida, transmitidos pelos pais, tios, avós, padrinhos, professores ou qualquer figura representativa de autoridade, por meio de gestos e posturas corporais que apresentam na sua vida cotidiana. Conceitos como moral, tradição, cultura, religião, julgamentos, preconceitos, patriotismo entre outros. É considerado um componente de personalidade e está contido na autoproteção (DESCHAMPS; ROSE JÚNIOR, 2006; GRÉGOIRE, 2007; BOSCHI, 2009; SANTOS et al. 2019).

O Estado de Ego Adulto foi classificado como nível 2, reconhecido por conceitos que apresentam funções semelhantes a um computador, ou seja, recebe, processa e compara informações recebidas, para então transpor uma resposta. É um componente da razão da pessoa e nele está o auto abastecimento (DESCHAMPS; ROSE JÚNIOR, 2006; GRÉGOIRE, 2007; BOSCHI, 2009; SANTOS et al. 2019).

O Estado de Ego Criança é o primeiro a existir e apresenta os conteúdos da primeira infância. Ele corresponde aos sentidos de vida, como exemplos estão os instintos (fome, sede, sexo etc.), as emoções, a curiosidade, a criatividade, a intuição. compõe a emoção da pessoa e nele está a auto realização (DESCHAMPS; ROSE JÚNIOR, 2006; GRÉGOIRE, 2007; BOSCHI, 2009; SANTOS et al. 2019).

Eric Berne formulou estes conceitos para auxiliar na visão do agir de cada indivíduo. Para o autor é subjetivo o comportamento do indivíduo em seu modo de pensar e sentir. O que ele diz e faz é comportamento objetivo e observável, e essa observação objetiva a compreensão do comportamento subjetivo. Ainda segundo este mesmo autor o ser humano com estados de ego equilibrados possui uma autoestima básica e apresentará um comportamento ajustado ao meio social, caso

contrário o comportamento irá refletir repetidamente a imaturidade (DESCHAMPS; ROSE JÚNIOR, 2006)

A terceira base teórica utilizada para a estruturação dos produtos educacionais foi a Programação Neurolinguística (PNL), criada por Richard Bandler e John Grinder (1970) onde as intervenções educativas foram estruturadas utilizando a técnica de *Rapport* promovendo empatia durante a comunicação para facilitar o aprendizado dos conhecimentos, apresentando-se o mais flexível possível para entrar na realidade de quem aprende. De acordo com Mancilha (2008, p. 04): “Para ter *rapport* com outra pessoa, é essencial respeitar seu modelo de mundo. A chave para ensinar e influenciar as pessoas é [...] entrar no seu modelo de mundo”. A PNL pressupõe que o indivíduo processa todas as informações por meio dos sentidos, e dá sentido ao mundo em que se vive (MANCILHA, 2008; SILVA, 2006).

O *Rapport* aplicado neste recurso educacional foi fundamentado no estabelecimento de linguagem inserida no mundo real, por meio do uso de palavras conhecidas pelos grupos.

Após revisão de literatura científica, os produtos educacionais foram elaborados por meio de um roteiro próprio, utilizando uma linguagem concisa e pertinente ao público alvo (profissionais de saúde), com informações científicas necessárias para o conhecimento geral sobre as doenças e a prevenção de suas complicações.

A partir disto, as oficinas temáticas foram planejadas e executadas por meio de rodas de conversas, dinâmicas de grupo, vídeo e jogos educacionais. Estruturadas inicialmente por uma problematização. Posteriormente, surgiu a organização dos conhecimentos e, por fim, a aplicação dos conhecimentos científicos que foram apresentados em forma de produtos educacionais ou em aula expositiva dialogada que puderam contribuir para a resolução dos problemas de saúde existentes (SILVA et al., 2014; CASTOLDI; POLINARSKI, 2009; SANTOS, et al. 2019).

O produto educativo, em forma de manual, apresenta nove intervenções educativas, de baixo custo financeiro, que facilitam o aprendizado e sob a óptica de não acarretar apatia dos participantes durante a ação. O produto em forma de vídeo apresenta dez cenas, contendo informações contextualizadas sobre como os profissionais de saúde devem orientar atividade física para hipertensos para estimular o autocuidado e prevenir complicações advindas da doença.

7.3.1 Método do produto educativo estruturado em forma de Manual:

O Manual destina-se a profissionais e estudantes da saúde e foi desenvolvido a partir de intervenções educativas desenvolvidas para a educação de pacientes diabéticos e/ou hipertensos, com o intuito de prevenir e controlar as complicações agudas e crônicas advindas das doenças crônicas. As ações educativas foram realizadas em duas comunidades adstritas em uma UBS em Maceió-AL. Os encontros foram planejados previamente com os profissionais da equipe de saúde de cada território com o intuito de realizar as intervenções educativas em grupos. Em um dos territórios as intervenções aconteceram por meio de oficinas temáticas e no outro por meio de aulas expositivas dialogadas, porém discutindo-se sempre os mesmos temas ao mesmo tempo. Os encontros foram realizados semanalmente, durante três meses, com sessenta minutos de duração cada intervenção e contou com a colaboração de profissionais convidados (nutricionistas, psicólogos, profissional de educação física e fisioterapeutas), alunos extensionistas e os profissionais das estratégias de saúde local (enfermeira, médica e agentes comunitários de saúde).

O produto educativo foi intitulado *Manual Educativo para a Prevenção de Complicações de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica: Sugestões de Oficinas de Educação em Saúde* (APÊNDICE H) e estruturado por meio de experiências exitosas vivenciadas em nove encontros com atividades aplicáveis tanto em forma de aulas expositivas dialogadas, como na educação tradicional, quanto por oficinas temáticas que propiciaram a estruturação de recursos educativos lúdicos para a discussão das temáticas. Composto por 27 páginas, utiliza técnicas educativas e padrões necessários à educação para o autocuidado, de acordo com as Diretrizes para Educação do Paciente com Diabetes Mellitus (2014-2015), a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014-2015; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016) e as Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, descritas no Caderno de Atenção Básica, n. 35 (BRASIL, 2014).

Elaborado em abril de 2019 com o intuito de facilitar o manejo de profissionais/educadores e estudantes da saúde que buscam a prevenção de doenças e o controle das complicações agudas e crônicas as quais tanto preocupam a saúde pública. A criação das imagens para o manual foi elaborada no programa

CoreIDRAW 2018. Para educar autogerenciadores crônicos este Manual abordou temáticas que obedeceram a um roteiro compartilhado sobre os temas que vertem para três pilares da educação em saúde: Conhecimento geral sobre a doença e prevenção das complicações agudas e crônicas; Percepções psicológicas e emocionais sobre a doença, e a importância das atividades de autocuidado por meio de uma dieta adequada, da prática regulares de atividades físicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014-2015; BUKHSH et al., 2018; BRASIL, 2014; STANDARDS NACIONAIS PARA EDUCAÇÃO EM AUTOGERENCIAMENTO DO DIABETES, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; TORRES; HORTALE; SCHALL, 2003).

Antes de explorar as temáticas, em cada sessão foi realizada uma estratégia facilitadora de expressão, que segundo Rodrigues, Vieira e Torres (2010) destinam-se a grupos de indivíduos com o intuito de aquecimento dos participantes. Para Souza et al. (2005) esta estratégia possibilita a quebra da relação vertical entre profissionais e os participantes da ação educativa e facilita a exteriorização sobre as dificuldades, expectativas e preocupações que impactam a saúde do indivíduo e/ou grupos.

No primeiro pilar da aprendizagem abordou-se em três encontros assuntos pertinentes ao formulário sobre o Autocuidado (ESM). Foram discutidos temas sobre: cuidados com a dieta (alimentação saudável, cuidados com refeições ricas em gorduras e aconselhamentos dietéticos específicos para os diabéticos e hipertensos), como ser fisicamente ativo (conceito sobre atividade física, exercício físico e crenças e percepção do seu corpo) (RODRIGUES, SOARES e BOOG, 2005; BUKHSH, et al., 2018; GLANZ; RIMER; VISWANATH, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014-2015). As intervenções educativas foram estruturadas inserindo os estados de ego, os cinco sentidos e o *Rapport*, sendo desenvolvidas da seguinte forma:

A primeira intervenção do pilar sobre Autocuidado teve como tema Cuidados com a dieta: Refeições ricas em gorduras e Alimentação saudável, Dietas para os diabéticos e hipertensos (BUKHSH et al., 2018). Desenvolvida por duas facilitadoras nutricionistas, que fazem Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela UNCISAL, as quais utilizaram como estratégia facilitadora de expressão o tema Nó Humano, com objetivo de estimular o espírito de equipe e a atenção do grupo (MACRUZ, 2007). A atividade educacional foi denominada Comida na mesa, com os

objetivos de discutir sobre dietas específicas para diabéticos e hipertensos, cujos objetivos foram orientar os participantes a construir, de forma generalizada, refeições que controlam a glicemia e a pressão sanguínea; promoveu orientações dietéticas com baixo teor de sódio e moderada em carboidratos, por meio da habilidade de ler rótulos de alimentos; e orientou a planejar as refeições, como por exemplo: comer 5 porções de vegetais e 5 frutas por dia (MOURA et al., 2008; BUKHSH et al., 2018; GLANZ et al., 2008).

A segunda intervenção do pilar sobre Autocuidado teve como tema Cuidados com a dieta: Ser Fisicamente Ativo: Atividade Física (AF), Exercício Físico e Crenças e percepção do seu Corpo (BUKSHH et al., 2018); Desenvolvida por um facilitador profissional de Educação Física, que utilizou como estratégia facilitadora de expressão o tema Acertando na Mosca, com objetivo de promover integração social, apresentando características de espírito de equipe, concentração e equilíbrio. (MACRUZ, 2007, p. 48). A atividade educacional foi denominada “O que é Atividade Física?” cujo objetivo foi de identificar o conhecimento prévio dos participantes com relação às atividades físicas e as dificuldades para realizá-las dentro do seu contexto (BROWN; GARCIA; KOUZEKANANI; HANIS, 2002; MONTEIRO et al. 2010; BRASIL, 2006).

A terceira intervenção do pilar sobre Autocuidado teve como tema: Automonitoração da Glicose sanguínea, da pressão arterial e de medicamentos (BUKSHH et al., 2018). Foi desenvolvida por duas facilitadoras enfermeiras da UBS, que utilizaram como estratégia facilitadora de expressão o tema: Toca do Coelho, com objetivo de promover aquecimento e descontração ao grupo com características de aumentar os reflexos e a atenção. A atividade educacional foi denominada: “Jogo de Imagem e Ação para Diabéticos e Hipertensos”, cujo objetivo foi de informar sobre insumos do tratamento do diabetes e da hipertensão arterial (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2015).

O segundo pilar das intervenções educativas foi estruturado em três encontros para as discussões sobre a percepção emocional dos participantes. Autores como, por exemplo: Schultheisz e Aprile (2013), Gobitta e Guzzo (2002) e Vitoreli, Pessini e Silva (2005), defendem que o processo de constituição da autoestima do indivíduo ocorre quando se estabelece uma conexão com o ambiente conforme ele amadurece, e assim vai se tornando mais claro que a sua existência é diferente das outras existências que lhe rodeiam, ou seja, constrói-se uma

identidade de seu próprio corpo para depois receber influências externas, tais como, relacionamentos familiares, educação formal, costumes diferentes, valores, regras e crenças. Com base nestas experiências o indivíduo se autoavalia de acordo com seus sentimentos, e rotula quando trazem benefícios ou malefícios. A partir desta percepção emocional ou ele aceita, melhorando a sua autoestima, ou rejeita, adotando um comportamento de esQUIVA e agravando uma crise emocional (depressão, autodesvalorização, condutas autodestrutivas e suicídio). As intervenções educativas foram estruturadas e desenvolvidas da seguinte forma:

A primeira intervenção do pilar sobre Percepção Emocional teve como tema: “Diabetes e/ou Hipertensão não tem cura. Em que isto me atrapalha?” cujo objetivo foi de fortalecer a identidade grupal (socialização). A ação educacional foi desenvolvida por duas facilitadoras psicólogas convidadas, que utilizaram como estratégia facilitadora de expressão o tema: Estrada da Formação, com o objetivo de estimular o autoconhecimento, a reflexão e a expressão gráfica.

A segunda intervenção do pilar sobre Percepção Emocional teve como tema: “Prontidão para mudanças e autoestima (autoconfiança e autorespeito)” (BUKSHS, et al., 2018). A ação educacional foi desenvolvida por uma psicóloga convidada, que utilizou como estratégia facilitadora de expressão o tema: “Dinâmica do espelho”, cujos objetivos foram: 1) auxiliar na ressignificação dos estímulos negativos e 2) potencializar a autoconfiança (CARVALHO, 2014). A atividade educacional desenvolvida foi denominada Batata Quente. Os objetivos desta intervenção foram discutir a importância do estilo de vida adotado pelos participantes e identificar se o grupo estaria pronto para as mudanças nas atitudes que poderiam contribuir para melhora de sua autoestima (PEREIRA et al., 2009).

A terceira intervenção do pilar sobre Percepção Emocional teve como tema: “Ensino de habilidades necessárias para o enfrentamento do diabetes e da hipertensão nas mais variadas situações” (BUKSHS, et al., 2018). A ação educacional foi desenvolvida por uma facilitadora psicóloga convidada, que utilizou como estratégia facilitadora de expressão o tema: “Laranja no pé”, cujo objetivo foi aguçAR o nível de atenção dos participantes e estimular o espírito de solidariedade. A atividade educacional “Como enfrentar as limitações do diabetes e da hipertensão arterial?” foi desenvolvida por meio de uma roda de conversa, cujos objetivos foram discutir os questionamentos dos formulários sobre percepção emocional do diabetes e hipertenso (ATT-19). As problemáticas abordadas foram: O que fazer quando

alguém chamar você de hipertenso e/ou diabético? Quais os sacrifícios e inconvenientes que você tem para controlar o diabetes e/ou hipertensão? O que faço para não ter vergonha em falar que tenho diabetes e/ou hipertensão? O que faço para levar uma vida normal com diabetes e/ou hipertensão? O que fazer para ter mais a atenção do meu médico? Quais as pessoas que posso falar abertamente sobre minha doença? e Diabetes e Hipertensão são motivos de condenação para a vida? Ao fim deste encontro, por orientação da nutricionista, cada participante recebeu uma amostra de 50 gramas de farinha da casca de maracujá para experimentar em casa, na tentativa de substituir a farinha de mandioca, alimento relatado pelos grupos durante as discussões que não deixariam de abolir em sua refeição (BRASIL, 2006).

No terceiro pilar, foram abordados, também em três encontros, assuntos pertinentes ao formulário sobre Conhecimento Geral (DNK A): falando sobre Diabetes Mellitus tipo II, falando sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e possíveis complicações associadas ao DM e a HAS e cuidados para resolução de problemas, redução de riscos de complicações agudas e crônicas (STANDARDS NACIONAIS PARA EDUCAÇÃO EM AUTOGERENCIAMENTO DO DIABETES, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; TORRES; HORTALE; SCHALL, 2003). As intervenções educativas foram estruturadas e desenvolvidas da seguinte forma:

A primeira intervenção do pilar sobre Conhecimento Geral teve como tema: Falando sobre Diabetes Mellitus tipo II (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014-2015). A ação educacional foi desenvolvida pela facilitadora pesquisadora, que utilizou como estratégia facilitadora de expressão o tema: Telefone sem fio, cujos objetivos foram: demonstrar a importância de receber uma informação segura e de repassar a mesma informação correta evitando propagar uma informação incorreta, despertando nos participantes a compreensão de que as informações corretas são aquelas ofertadas pelos profissionais da equipe de saúde da família e que não é apropriado repassar a terceiros as informações ouvidas de pessoas que geralmente não têm muita preocupação ou recurso para confirmar a veracidade do que falam. Não é raro, por exemplo, os indivíduos tomarem medicações não prescritas pelo médico ou comer alimentos que julgam curar a diabetes ou fazer dieta sem o devido acompanhamento do nutricionista, ou fazer exercícios sem orientação do profissional de educação

física ou do fisioterapeuta (CAMPOS; SILVEIRA, 2010). A atividade educacional desenvolvida foi denominada “Dado Colorido”, é uma adaptação de atividade realizada no estudo de Torres, Hortale e Schall (2003). O objetivo desta intervenção foi discutir os questionamentos dos formulários sobre conhecimento geral sobre DM e HAS (DNK-A). Os participantes foram convidados para jogar o dado para o alto, cada face do dado continha perguntas e respostas. Os questionamentos contidos nos dados abordavam: 1) No diabetes sem controle, o açúcar no sangue é: Normal, Baixo (Hipoglicemia) ou Alto (Hiperglicemia); 2) O controle mal feito da diabetes pode resultar numa chance maior de complicações mais tarde? Sim, Não ou Não Sei; 3) A faixa de variação normal de glicose no sangue é de: 70 – 110 mg/dl ou 70 – 140 mg/dl; 4) A manteiga é feita principalmente de: proteínas, carboidratos ou gordura; 5) O arroz é composto principalmente de: Proteínas, Carboidratos ou Gordura; 6) A presença de cetonas na urina é: um bom sinal ou um mal sinal. 7) Se uma pessoa que está tomando insulina e apresenta uma taxa alta de açúcar no sangue ou na urina, assim como presença de cetonas, ela deve: aumentar a insulina, diminuir a insulina ou manter a mesma quantidade de insulina e a mesma dieta, e fazer um exame de sangue e de urina mais tarde; 8) Se uma pessoa com diabetes está tomando insulina e fica doente ou não consegue comer a dieta receitada, ela deve: Parar de tomar insulina imediatamente, Continuar tomando a insulina ou Tomar outro remédio para diabetes; 9) Você pode comer o quanto você quiser dos seguintes alimentos: Maçã, Alface e agrião ou Carne ou mel? 10) Um quilo é: Uma unidade de peso ou Igual a 1000 gramas; 11) Quais das duas substituições de alimentos são corretas: Um pão francês é igual a quatro biscoitos de água e sal ou Um ovo é igual a uma porção de carne moída; 12) Se você não estiver com vontade de comer o pão francês permitido na dieta para o café da manhã, você pode: Comer quatro biscoitos de água e sal ou Trocar por dois pães de queijo médios.

A segunda intervenção do pilar sobre Conhecimento Geral teve como tema: “Falando sobre Hipertensão Arterial Sistêmica” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016); A ação educacional foi desenvolvida pela facilitadora pesquisadora, que utilizou como estratégia facilitadora de expressão o tema: “Dinâmica do Abraço”. Os objetivos desta ação foram: Incentivar o trabalho em equipe e estimular as sensações de afetividade entre os participantes. Esta ação foi desenvolvida por meio de um vídeo que apresentava uma música estimuladora de

abraço. Este vídeo foi publicado por Vasconcelos (2017) que relata que o abraço previne doenças e acelera o processo de recuperação do organismo. Para a Sociedade Brasileira de Inteligência Emocional (2019) o abraço traz benefícios ao corpo e ao emocional, através de alterações fisiológicas tais como: liberação de ocitocina e dopamina, redução do cortisol, da pressão arterial, da frequência cardíaca e melhora humoral, incentiva sensações táteis experienciadas durante a infância e recordados na vida adulta que são consideradas pelo sistema nervoso como protetores. A atividade educacional desenvolvida foi denominada “Trilha do Coração” cujos objetivos foram: conceituar pressão arterial, apresentar os fatores causais principais para o aumento da PA, explicar o significado de vasoconstrição e sua relação com HAS, explicar os efeitos dos medicamentos hipotensores sob orientação médica. Por fim, a facilitadora explicou as possíveis complicações da HAS, tais como, como infarto, (derrame) AVC entre outras situações que podem levá-los a perda de sua autonomia nas atividades diárias ou mesmo a perda da vida.

A pesquisadora contou com a colaboração dos alunos do projeto de extensão do curso de Fisioterapia da Faculdade da Cidade de Maceió (FACIMA/FAA/IESA), os quais confeccionaram os produtos educacionais e contribuíram para a execução das intervenções. Semanalmente havia encontros para a discussão do tema seguinte por meio de fundamentação teórica publicada na biblioteca virtual do Portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/MEC).

A terceira intervenção do pilar educacional sobre Conhecimento Geral teve como tema: “Possíveis complicações associadas ao DM e a HAS e Autocuidado o para resolução de problemas, redução de riscos de complicações agudas e crônicas” (STANDARDS NACIONAIS PARA EDUCAÇÃO EM AUTOGERENCIAMENTO DO DIABETES, 2010). A ação educacional foi desenvolvida por uma médica da UBS, que utilizou como estratégia facilitadora de expressão o tema: “Para quem você tira o chapéu?” cujo objetivo foi explorar os hábitos de vida que provocam malefícios e benefícios à saúde dos participantes (FINKLER; VIVIAN, 2018). A atividade educacional desenvolvida foi denominada: “Roleta das Complicações”. Os objetivos desta intervenção foram: apresentar as possíveis complicações provocadas por Diabetes Mellitus e por Hipertensão Arterial. Cada participante pôde girar a roleta dividida como uma pizza colorida. Cada parte da roleta continha uma cor diferente, e cada cor continha duas perguntas sobre as complicações mais comuns das

doenças, a saber: Retinopatia (cegueira), Insuficiência Renal, Dificuldades de cicatrização da pele, Infarto Cardíaco, Neuropatia Periférica (pé diabético), AVC (derrame), sinais e sintomas agudos do AVC, os serviços de urgência e emergência em caso de complicações mais sérias, hipoglicemia e quais seus efeitos e, por fim apresentaram-se as possíveis prevenções destas complicações (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2003).

Em todos os encontros foram necessários versatilidade de comunicação dos facilitadores da educação que procuraram utilizar a mesma linguagem dos participantes para interagirem durante a ação educacional. Os facilitadores fizeram uso de palavras-chave, para clarificar os valores culturais dos participantes durante as ações educativas (PNL por *Rapport*).

Identificam-se também os três estados de ego nos seguintes momentos estimuladores: Ego Pai, quando a narrativa dos facilitadores utilizavam-se palavras sobre cuidados com a dieta, atenção às dúvidas dos participantes, ensinando o automonitoramento da glicemia capilar e da pressão arterial, oportunizando-se a escuta cuidadosa entre os participantes e nas próprias experiências exitosas dos participantes que podem otimizar o autocuidado; Ego Adulto, durante as correções necessárias das dúvidas presentes nas discussões, exigindo-se conhecimentos prévios e especializados dos educadores, e, quando existiam, a exigência de respostas objetivas (sim ou não); e Ego Criança no uso de jogos com dados coloridos, de desenhos com lápis de cera coloridos, placas coloridas, jogos de imagem e ação e batata quente, utilização de figuras para colagens de gravuras, músicas e brincadeiras de super-heróis.

A exploração dos diferentes sentidos foi identificada da seguinte forma: para o auditivo, buscou-se utilizar músicas conhecidas pelo público e vídeo informativo; para o visual, uso de vídeo informativo, figuras coloridas, envelopes e fitas coloridos, embalagens de alimento, e gravuras para colagens; para o gustativo, utilizou-se em quase todas as ações, e ao seu término, doação de frutas indicadas para a alimentação saudável dos participantes (tangerina, maçã, peras, além de suco e amostras grátis de 50g de farinha de maracujá); para o tato, estimulou-se o uso manual de lápis e canetas coloridas, pilotos, quadros brancos, fitas coloridas, glicosímetro, estetoscópio, esfigmomanômetro, entre outros.

7.3.2 Método do produto educativo estruturado em forma de Vídeo Educativo (VE):

O vídeo educativo deste estudo destina-se a profissionais e estudantes da saúde e foi desenvolvido para estimular o combate a inatividade física de hipertensos, por meio de orientações de como recomendar de forma generalista a Atividade Física, em suas várias vertentes (domésticas, ocupacionais, lazer, transporte, autocuidados), incluídas nas principais diretrizes clínicas para prevenção e tratamento das DCV bem como para outras doenças crônicas não transmissíveis (RUIVO; ALCÂNTARA, 2012).

O vídeo educativo, intitulado “O que um profissional de saúde deve saber sobre como orientar atividade física para pacientes hipertensos?” foi desenvolvido com o objetivo de fomentar a prática de atividades físicas pelos pacientes diabéticos e hipertensos de uma Unidade Básica de Saúde, procurando utilizar recursos sensoriais audiovisuais, bem como a exploração dos estados de ego e inserção da programação neurolinguística por meio *Rapport*. Apresenta uma duração aproximada de cinco minutos e está disponível em meio eletrônico no repositório do Mestrado da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas e no site do Portal EduCAPES.

É composto por 10 cenas, divididas por categorias e suas respectivas descrições dos conteúdos, apresenta informações técnicas mais relevantes sobre Atividade Física para hipertensos e parâmetros seguros de treinamento para hipertensos, enfatizando a AF como promotora do autocuidado e protetora de complicações da HAS, de acordo com a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (MALACHIAS et al., 2016) e com as Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, descritas no Caderno de Atenção Básica, n. 35 (BRASIL, 2014).

Elaborado em agosto de 2018 com o intuito de facilitar o manejo de profissionais/educadores e estudantes da saúde que buscam a prevenção de doenças e o controle das complicações agudas e crônicas as quais tanto preocupam a saúde pública. A criação das imagens para o vídeo foi elaborada no programa *CorelDRAW* 2018 e a produção do vídeo no programa *Adobe After Effects* cc 2019. O VE foi desenvolvido em quatro fases conforme sugerido por de Oliveira; Piagge e Silva (2017): Fase 1- desenvolvimento do roteiro do VE: elaboração do roteiro, cujo conteúdo foi definido a partir de levantamento bibliográfico; Fase 2- gravação do vídeo. No decorrer do vídeo, são abordadas questões teóricas e práticas necessárias à orientação de atividades físicas para pacientes hipertensos. Fase 3- avaliação do roteiro do VE: O roteiro foi avaliado por um comitê de especialistas, em

número de três participantes, formado por profissionais da área, visando ajustes necessários para promover um processo de ensino aprendizagem significativos. A validação do conteúdo originou o roteiro final; Fase 4- análise do VE: A versão preliminar do vídeo foi avaliada pela autora e pelos especialistas que participaram da fase de validação de conteúdo.

A construção do VE se deu por gravação de imagens da própria autora e integrantes de sua família, utilizando recursos de uma câmera digital de celular do tipo *Iphone 8*, na zona rural do município de Traipu, Alagoas. Posteriormente, contou-se com a participação de um especialista em mídias, o qual realizou a confecção final da mídia digital descrita anteriormente. As cenas do vídeo foram elaboradas conforme as categorias e conteúdos descritos no quadro a seguir:

Quadro 1. Conteúdo do roteiro do VE, segundo categorias dos assuntos abordados.

Categorias	Conteúdos
Dados epidemiológicos	Surge uma imagem de notícia do Jornal O LÍDER, publicada em agosto de 2015, que informa que a Hipertensão Arterial é a considerada a maior causa de morte no mundo.
Conceito de Hipertensão Arterial	Hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 mmHg para valores sistólicos e/ou ≥ 90 mmHg para valores diastólicos.
Fatores de riscos para comorbidades	A inatividade física e os comportamentos sedentários estão associados a várias doenças crônicas: Diabetes; Câncer de colón e de mama; Obesidade; Depressão; e Doenças Cardiovasculares incluindo a Hipertensão.
Baixa adesão dos hipertensos para a prática de AF no Brasil	Relata-se que há uma baixa adesão dos hipertensos para a prática de AF e que os homens apesar de mais ativos apresentam menor adesão a programas estruturados sejam comunitários ou terapêuticos.
Despesas para o tratamento da Hipertensão no Brasil	Porém a adoção de um estilo de vida ativo pode reduzir os custos com cuidados a saúde em aproximadamente US\$592,00 por pessoa, por ano e as despesas farmacêuticas em US\$125,00.
Benefícios da prática de AF	Tratando-se dos benefícios para saúde cardiovascular os mais amplamente comprovados são: Controle do peso e gordura corporal; Redução dos níveis de colesterol total, LDL, e triglicérides; Aumento do colesterol HDL; Maior sensibilidade e produção de vasodilatadores; Redução da glicemia e aumento da sensibilidade a insulina; Redução da inflamação sistêmica; Aumento da aptidão cardiovascular; e Redução da PA.
Apesar do conhecimento desses benefícios, a população mundial torna-se cada vez mais inativa	Chama-se a atenção que globalmente, 1 em cada 4 adultos não são ativos o suficiente para preservar sua saúde cardiovascular.
Você sabia que uma em cada quatro pessoas se tornará mais fisicamente ativa se orientada	Agora que você conhece a importância da atividade física para hipertensos, conheça agora como recomendar de forma generalista a atividade física:

por um profissional de saúde?	<p>1) Você pode orientar o hipertenso para que realize por semana no mínimo 150 minutos de intensidade moderada de atividade física – isto equivale a 3 vezes por semana com 50 minutos cada dia ou 5 vezes por semana de 30 minutos;</p> <p>2) Pode esclarecer para o seu paciente hipertenso que ele pode incluir nestes 150 minutos, atividades de seu cotidiano, tais como, lavar roupas, varrer a casa, ir a padaria ou a farmácia caminhando ao invés de ir de carro, substituir o elevador por subir degraus de escadas, entre outros.</p> <p>3) Os 150 minutos semanais podem ser substituídos por pelo menos 75 minutos de intensidade vigorosa, contudo estas atividades físicas devem ser supervisionadas por profissionais habilitados.</p>
Como monitorar essas cargas de treinamento em idosos hipertensos?	<p>Uma forma muito simples que vem sendo utilizada para orientar e monitorar a intensidade de AF é o TESTE DA FALA, descrito da seguinte forma:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Se, ao falar durante as atividades, você consegue manter uma conversação normal, tranquila, provavelmente, estará em uma intensidade leve; II. Se conversa e respira com certo grau de esforço, a intensidade provavelmente é moderada; III. Caso não consiga manter uma conversação, a intensidade é vigorosa.
Considerações Finais	<p>Embora os profissionais de saúde estejam capacitados para orientar a população acerca das recomendações generalistas de AF. Apenas profissionais de Educação Física e, em alguns casos, Fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais são habilitados para PRESCRIÇÃO dos mesmos.</p> <p>Então, sempre que possível, os indivíduos hipertensos devem ser encaminhados para esses profissionais para que um planejamento individualizado e com maior chance de efetividade e adesão seja realizado.</p>

Sugere-se que a ação educativa seja iniciada com um momento de discussão com os profissionais da Unidade de Saúde, para uma reflexão sobre a capacitação e identificação de barreiras para orientação e adesão a prática de AF. Posteriormente, inicia-se a discussão projetando o vídeo educativo acerca da temática. O facilitador da discussão utiliza um roteiro flexível com algumas questões disparadoras. A saber: Os profissionais de saúde, independente da categoria, e demais componentes da Equipe de Saúde em Família (ESF) sentem-se capacitados para orientar ou facilitar de alguma forma a prática de AF? Quais as principais barreiras para orientação da AF? Na percepção dos profissionais de saúde, quais as principais barreiras para adesão da prática de AF pelos pacientes?

Sugere-se que essa discussão seja no formato de rodas de conversa e que tenham no máximo 12 componentes por sessão. Após essa discussão inicial, um relator, indicado pelo grupo deverá listar as barreiras identificadas. Em seguida, divide-se o grupo em subgrupos para que os mesmos pensem em estratégias que poderão auxiliar na superação das dificuldades mencionadas. Para o fechamento da

sessão, é importante que as sugestões de cada subgrupo sejam expostas para os demais e, que em comum acordo, haja uma pactuação de ações que o grupo deverá adotar ou providenciar para facilitar a adesão.

É possível que algumas ações consideradas necessárias não dependam apenas dos profissionais, por isso, é importante que o plano de ações seja encaminhado à gestão da Unidade Básica de Saúde, e que esta participe dos encontros de planejamento posteriores.

Para que o plano de ação seja efetivo, ele deve levar em consideração todos os atores envolvidos. Assim, em um segundo momento, é importante o envolvimento dos pacientes. É necessário entender o porquê eles não são fisicamente ativos. Neste momento, pode-se utilizar da ludicidade para compreender qual o conhecimento prévio do paciente acerca dos benefícios da AF para o controle da PA e identificar o que dificulta a realização das AF no seu dia-a-dia.

Criou-se, então, para esta finalidade, um jogo de perguntas e respostas com materiais bem simples e de baixo custo. Para sua replicação é preciso papel, cartolina ou papelão, cola ou fita adesiva, palitos de churrasco e revistas. Cada paciente/participante recebe duas plaquinhas, em uma escrita a palavra “sim” e em outra a palavra “não”. O facilitador da atividade educativa, após uma breve introdução acerca dos objetivos da atividade realiza perguntas com a finalidade de identificar o conhecimento prévio dos participantes e as dificuldades para realizá-las dentro do seu contexto. Exemplo: Você acha que a atividade física pode controlar sua PA? Esta figura representa uma AF? (apresentando ilustrações de revistas) Você realiza AF no seu dia-a-dia?

As perguntas devem ser escritas ou impressas em papel em tamanho suficientemente grande para que os participantes conseguissem ler posicionados em um círculo. Sugere-se fonte número 36 para recurso impresso. As placas foram confeccionadas em papelão ou em cartolina com dimensões de 15 cm de altura por 20 cm de comprimento. Sugere-se que se utilize cores diferentes de cartolina ou das letras para as placas “sim” e “não” (sim verde, não vermelho, por exemplo). As placas devem ser coladas ou fixadas com fita adesiva nos palitos de churrasco.

A cada pergunta, o participante irá levantar a resposta que se adequa a sua realidade (sim ou não). Respondidas todas as perguntas, o facilitador colocará no chão, no centro do espaço onde será realizada a roda de conversas, imagens que representem possíveis barreiras para prática (pouco recurso financeiro, falta de

espaços específicos, locais de difícil acesso, falta de segurança, falta de profissionais, medo de ter alguma intercorrência). Será solicitado que cada paciente escolha, pelo menos uma imagem, que representa a sua dificuldade para iniciar ou manter a prática de AF e que fale um pouco sobre essa dificuldade.

As dificuldades devem ser listadas pelo relator e servir também de informação para ações futuras que deverão ser planejadas junto com os profissionais e gestores da unidade, tais como, presença barreiras físicas nas ruas, falta de horário adequado, dificuldade na prescrição médica e iluminação inadequada das ruas.

Para finalizar o debate com os pacientes, apresentam-se diversas imagens de AF ou exercícios e orienta-se que os participantes apontem aquelas que eles gostariam de praticar. Essa informação também é útil para planejar programas que motivem os pacientes, que sejam atrativos para os mesmos.

Espera-se que ao final das ações de educação em saúde, ao escutar e contemplar todos os atores envolvidos no processo terapêutico, possa se obter informações suficientes para subsidiar um planejamento de programas mais efetivos de incentivo a prática de AF e fluxos de encaminhamento de pacientes para estes programas.

Os encontros devem ser evidenciados pela versatilidade de comunicação do facilitador que deve utilizar a mesma linguagem dos participantes durante a ação educativa. Os facilitadores da educação devem fazer uso de palavras-chave, para clarificar os valores dos participantes das ações educativas (PNL por *Rapport*).

As cenas do VE buscaram contemplar os três estados de ego (Pai, Adulto e Criança). Identifica-se cada um deles quando se buscou estimular, por exemplo, no Ego Pai a imagem do profissional visitando a família e disponibilizando orientações de cuidados com o corpo, atenção às dúvidas do hipertenso, orientando práticas generalistas de AF e oportunizando-se uma escuta cuidadosa entre terapeuta/paciente para otimizar o autocuidado; no Ego Adulto as correções necessárias das dúvidas presentes do paciente e dos familiares durante a visita domiciliar, exigindo-se conhecimentos prévios e especializados dos educadores e todas as informações de orientação generalista para AF relatadas no decorrer do VE; e no Ego Criança o uso da música, das imagens e dos atores que realizam AF em seu cotidiano.

8 CONCLUSÃO

Os recursos educativos em saúde deste estudo foram estruturados partindo das reflexões surgidas durante as abordagens educacionais vivenciadas, bem como no respeito a tipificação dos contextos e configurações singulares dos serviços de saúde. Sob a ótica da indução dos novos conhecimentos sobre as doenças o aprendiz se torna ativo no autocuidado, que reflete positivamente em sua autonomia e autoestima.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. S. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Rev. Health Care Interface – Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v. 8, n. 15, mar/ago, p. 79-85, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a06v8n15.pdf>.
- ALMEIDA et al., Percepção e perspectivas de gestantes sobre o processo do parto a partir de oficinas educativas. **Rev. Min. Enferm.**, Minas Gerais, v. 15, n. 1, p. 79-85, 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/11>.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Rev. Comunicação, Saúde, Educação**, Interface (Botucatu) [online], v.9, n.16, p.39-52, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>.
- ALVES, G. G., AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Ciênc. & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-25, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a34.pdf>.
- ALVES, B. A.; CALIXTO, A. A. T. F. C. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **J Health Sci Inst**. São Paulo, v. 30, n. 3, p. 255-60, 2012. Disponível em: https://200.136.76.129/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/03_jul-set/V30_n3_2012_p255a260.pdf.
- ANDRADE et al. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. **Rev. O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 04, p. 439-449, 2013. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155558/A09.pdf.
- ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 626-32, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/14.pdf>.
- BARROS, M. B. A.; FRANCISCO, P. M. S. B.; ZANCHETTA, L. M.; CÉSAR, C. L. G. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3755-68, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a12v16n9.pdf>.

BARROS, M. B.; CÉSAR, C.L.; CARANDINA, L.; TORRE, G. D.; Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Rev. Ciênc. Saúde & Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 04, p. 911–26. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32329>. Acesso em: Jun/2017.

BASSI, D. et al. Efeitos da Coexistência de Diabetes Tipo 2 e Hipertensão sobre a Variabilidade da Frequência Cardíaca e Capacidade Cardiorrespiratória. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 111, n. 1, p. 64-72, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v111n1/pt_0066-782X-abc-111-01-0064.pdf.

BERGAMO FRANCISCO, P. M. S.; SEGRI, N. J.; BORIM, F. S. A.; MALTA, D. C. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3829-40, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3829.pdf>.

BLANCO, O. G. P.; NAVAJAS, P. F. NEUROCIÊNCIA E OS CINCO SENTIDOS NA EDUCAÇÃO. **Revista de Pós-graduação Multidisciplinar**, v. 1, n. 1, p. 361-368, jun, 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/ansel/Downloads/document%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ansel/Downloads/document%20(1).pdf)

BORTOLI, D.; LOCATELLI, F.A.; FADEL, C.B.; BALDANI, M.H. Associação entre percepção de saúde bucal e indicadores clínicos e subjetivos: estudo em adultos de um grupo de educação continuada da terceira idade. **Rev. Pública. UEPG, Ciência Biológica e Saúde**: Ponta Grossa, v. 9, n. ¾, p. 56-65. 2003.

BOSCHI, G.B. ANÁLISE TRANSACIONAL E INTERPRETAÇÃO CONSTITUCIONAL, **Rev. Thesis**, São Paulo, ano VI, n. 11, p. 24-63, 1º semestre, 2009. Disponível em: http://www.cantareira.br/thesis2/ed_11/3_glauco.pdf

BRASIL **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, 35, 2014. Acesso em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Hábitos dos brasileiros impactam no crescimento da obesidade e aumenta prevalência de diabetes e hipertensão**. Brasília: Ministério da Saúde; EVIPNet Brasil, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. Hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Morbidade auto referida segundo o VIGTEL, 2009**.

Cadastro de Portadores do SIS-HIPERDIA, 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/pdf/vigitel.pdf>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 16. DIABETES MELLITUS. Brasília; 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus_cab16.pdf

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Desenvolvimento de Práticas a Atenção Básica. **Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): Protocolo 1.** Caderno 7. Brasília, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 235, DE 20 DE FEVEREIRO DE 2001.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0235_20_02_2001.html

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/918_cartilha_dcnt.pdf.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. DEPARTAMENTO DE APOIO À GESTÃO PARTICIPATIVA. **Caderno de educação popular e saúde. Série B, Textos Básicos de Saúde,** Biblioteca Virtual em Saúde, Brasília, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf.

BROWN, S. A.; GARCIA, A. A.; KOUZEKANANI, K.; HANIS, C. L.; Culturally Competent Diabetes Self-Management Education for Mexican Americans. **Diabetes Care**, v. 25, n. 2, 2002. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/25/2/259.full-text.pdf>.

BUKSH, A. et al. Association of diabetes-related self-care activities with glycemic control of patients with type 2 diabetes in Pakistan. **Patient Prefer Adherence**. v. 12, p. 2377–85. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6235006/>

CAMPOS, M. B.; SILVEIRA, M. S. **Construindo Relações – Gerando Conhecimento: dinâmicas de trabalho em grupo em ambientes virtuais de ensino e de aprendizagem**. Anais da Jornada de Atualização em Informática na Educação. Práticas em Informática na Educação: Minicursos do Congresso Brasileiro de Informática na Educação, v. 1, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.br-ie.org/pub/index.php/pie/article/view/1310/1141>.

CARVALHO, V. L. R.; MESAS, A.E.; ANDRADE, S.M. Aplicação e análise de uma atividade de educação em saúde bucal para idosos. **Rev. Espaço para a Saúde**, Londrina, v.7, n.2, 2006.

CARVALHO, E. **A SALA DE AULA COMO ESPAÇO DE RESSIGNIFICAÇÃO DA LUDICIDADE E DA AMOROSIDADE NA FORMAÇÃO DOCENTE**. Dissertação de Mestrado em Educação, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/7114/CARVALHO%2c%20ELVIO%20D%20E.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

CARVALHO FILHA, F. S. S.; NOGUEIRA, L. T.; VIANA, L. M.M. HIPERDIA: ADESÃO E PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS ACOMPANHADOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12(n. esp.), p. 930-6, 2011. Acesso em: [file:///C:/Users/singeleza/Downloads/4380-7844-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/singeleza/Downloads/4380-7844-1-SM%20(1).pdf).

CASTOLDI, R.; POLINARSKI, C.A. A Utilização de Recursos Didático-Pedagógicos na Motivação da Aprendizagem. **I Simpósio Nacional de Ensino de Ciência e Tecnologia**, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, 2009. Disponível em: <https://atividadeparaeducacaoespecial.com/wp-content/uploads/2014/09/recursos-didatico-pedag%C3%B3gicos.pdf>

CHAZAN, A. C.; PEREZ, E. A. Avaliação da implantação do sistema informatizado de cadastro e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HiperDia) nos municípios do estado do Rio de Janeiro. **Rev. APS**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 10-16, 2008. Disponível em: <http://www.seer.ufjf.br/files/journals/3/articles/197/public/197-833-1-PB.pdf>. Acesso em: Jun/2017.

COMENIUS, J. A. **Didáctica Magna**. Lisboa: Fundação Caloust Guibenkian, 1957. Disponível em: <http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/didaticamagna.pdf>

CORRER, C. J.; PONTAROLO, L.; MELCHORS, A. C.; ROSSIGNOLI, P.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; RADOMINSKI, R. B. Tradução para o Português e Validação do Instrumento Diabetes Quality of Life Measure (DQOL-Brasil). **Arq.**

Bras. Endocrinologia e Metabologia. São Paulo, v. 52, n. 3, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n3/a12v52n3.pdf>. Acesso em: Jun/2017.

CORTEZ et al. Evaluating the effectiveness of an empowerment program for self-care in type 2 diabetes: a cluster randomized trial. **BMC Public Health.** v.17, n.41, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5219728/pdf/12889_2016_Article_3937.pdf

COSTA, J. A.; BALGA, R. S. M.; ALFENAS, R. C. G.; COTTA, R. M. M. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Rev. Ciênc. & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.2001-2009, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n3/34.pdf>. Acesso em: Jun/2017.

CYRINO, A. P.; SCHRAIBER, L. B.; TEIXEIRA, R. R. A Educação para o autocuidado no diabetes mellitus tipo 2: da adesão ao “empoderamento”. **Rev. Interface – Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 93-106. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a09.pdf>.

DALMOLIN, A.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; COPPETTI, L. C.; ROSSATO, G. C.; GOMES, J. S.; SILVA, M. Vídeo educativo como recurso para educação em saúde a pessoas com colostomia e familiares. **Rev. Gaúcha Enferm.** [Internet]. V. 37(esp), e68373, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v37nspe/0102-6933-rngen-1983-14472016esp68373.pdf>.

DATASUS, **Departamento de informática do SUS.** Disponível em <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>. Acesso em: abril de 2019.

DESCHAMPS, S. R.; ROSE JÚNIOR, D. Os aspectos psicológicos da personalidade e da motivação no voleibol masculino de alto rendimento. **Rev. Elet. Efdeportes.com.** v. 10, n. 92, 2006. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd92/motiv.htm>.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 46(Supl), p. 126-34. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/17.pdf>.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev. Latino-americana de Enferm.** Ribeirão Preto, SP, v. 13, n. 5, p. 754-757, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a22.pdf>.

FERREIRA, C. L. R. A.; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde - análise a partir do sistema HiperDia. **Rev. Arq. Bras. Endoc & Metab.**, São Paulo, v. 53, n.1, p. 80-86, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v53n1/v53n1a12.pdf>.

FERREIRA, C. R. P. **O MAPEAMENTO MENTAL COM O USO DA TECNOLOGIA PARA APOIAR ENSINO APRENDIZAGEM.** Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização. Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2018. Disponível em: http://repositorio.roca.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/11166/1/CT_TCTE_I_2017_7.pdf

FLINKER, A. L. Q.; VIVIAN, A. G. Grupo focal de psicologia em pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev. Aletheia**, v.51, n.1-2, p.80-96, 2018. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/view/4906>.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. **PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL EM ESCOLAS.** In: Disciplina de Odontologia Preventiva e Saúde Pública: Manual do Aluno (Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública - FSP -, Universidade de São Paulo - USP -, org.), São Paulo, p. 1-28, 1996. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/DPromo.pdf>.

FREITAS, L. R. S, GARCIA, L.P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde.** Brasília, v. 21, n. 1, p.7-19, jan-mar, 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v21n1/v21n1a02.pdf>.

FOLETTTO, K. C. **Perfil Epidemiológico, Estado Nutricional e Fatores Associados à Hipertensão e Diabetes Mellitus em Idosos cadastrados no HiperDia no município de Caxias do Sul (RS).** Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2009. Dissertação de Especialização em Saúde Pública. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/17942>.

FUNASA, MINISTÉRIO DA SAÚDE, FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE. EDUCAÇÃO EM SAÚDE. **Oficinas de educação em saúde e comunicação. Vamos fazer juntos**, Brasília, 1 ed., 2001. Disponível em: https://mosquito.saude.es.gov.br/Media/dengue/Arquivos/Oficinas_Educacao.pdf.

FUSCALDI, F. S.; BALSANELLI, A. C. S.; GROSSI, S. A. A. Lócus de controle em saúde e autoestima em portadores de diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Esc. Enferm.**

USP, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 855-61. 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a09.pdf>.

GAZZINELLI et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005. Disponível em:
http://www.ufrgs.br/cuidadocomapele/arquivos/textos_para_leitura/educacao_em_saude/Educacao_em_saude_conhecimentos.pdf.

GLANZ, K.; RIMER, B. K.; VISWANATH, K. **HEALTH BEHAVIOR AND HEALTH EDUCATION: Theory, Research, and Practice**. 4TH EDITION, Editors Foreword by C. Tracy Orleans, San Francisco, Califórnia, 2008. Disponível em:
http://fhc.sums.ac.ir/files/salamat/health_education.pdf

GOBITTA, M.; GUZZO, R. S. L. Estudo Inicial do Inventário de Auto-Estima (SEI) Forma A. **Rev. Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2002, v. 15, n. 1, p. 143-150, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n1/a16v15n1>.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C. et al. ADESÃO À DIETA E AO EXERCÍCIOS DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS. **Rev. Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 272-9, 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a08v20n2>.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Educação em Saúde: Planejando as ações educativas – teoria e prática. Manual para a operacionalização das ações educativas no SUS**. São Paulo, 2001. Disponível em:
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4599423/mod_resource/content/0/Planejando%20o%20ac%CC%A7oes%20educativas%20SP.pdf.

GRÉGOIRE, J. ESTADOS DEL EGO COMO NEXOS VIVIENTES ENTRE LAS EXPERIENCIAS DEL PASADO Y EL PRESENTE. **Rev. Análisis Transaccional y Psicología Humanista**, n. 57, 2007. Disponível em:
http://com.aespat.es/Revista/Revista_ATyPH_57.pdf

GRILO et al. Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, n. 59, v. 4, 2013. Disponível em:
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0104423013000936?token=51176463628824492B8B44B5E28E41AC9F241982282560083AC6F475B755AAF28A395960DABF4F16E13B2472602623E7>.

HANSEN, R. A.; WILLIAMSON, M.; STEVENSON, L.; BRANDY R. D.; EVANS, R. L. Disseminating Comparative Effectiveness Research Through Community-based Experiential Learning. **American Journal of Pharmaceutical Education**, n. 81, v. 1, Article 9, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5339595/>.

HUANG, X. B.; TANG, W. W.; LIU, Y.; HU, R.; OUYANG, L. Y.; LIU, J. X.; LI, X. J.; YI, Y.J.; WANG, T. D.; ZHAO, S. P. Prevalence of diabetes and unrecognized diabetes in hypertensive patients aged 40 to 79 years in southwest China. **PLoS One**. 2017 Feb 13;12(2):e0170250. doi: 10.1371/journal.pone.0170250. PubMed PMID: 28192474; PubMed Central PMCID: PMC5305248.

KRISHNAMURTHY et al. Designing a comprehensive Non-Communicable Diseases (NCD) programme for hypertension and diabetes at primary health care level: evidence and experience from urban Karnataka, South India. **Rev. BMC Public Health**, 19:409, 2019. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-6735-z>

LACERDA, D. A. L. de; RIBEIRO, K. S. Q. S. **FISIOTERAPIA NA COMUNIDADE**, Ed. Universitária da UFPB, João Pessoa, 2011.

LEITE, S. S. et al. Construção e validação de Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 71, supl.4, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt_0034-7167-reben-71-s4-1635.pdf

LOPES, T. O. **Aula expositiva dialogada e aula simulada: comparação entre estratégias de ensino na graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. São Paulo. Dissertação de Mestrado. 2012.. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-16052012-104658/pt-br.php>.

LYNCH, E. B. et al. A Self-Management Intervention for African Americans With Comorbid Diabetes and Hypertension: A Pilot Randomized Controlled Trial. **Prev. Chronic Dis**. v. 29, n.11, may, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24874782>.

MACHADO, A. G. M.; WANDERLEY, L. C. S. **Educação em Saúde**. São Paulo, UNASUS: UNIFESP. 2011.

MACHADO, A. P. et al. Educational strategies for the prevention of diabetes, hypertension, and obesity. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 62, n.8, 2016.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v62n8/0104-4230-ramb-62-08-0800.pdf>.

MACHADO, J. C.; COTTA, R. M. M.; MOREIRA, T. R.; SILVA, L. S. da. Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 611-620, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2016.v21n2/611-620/pt>

MACRUZ, F. M. S. et. al. **JOGOS DE CINTURA**. 9. Ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MAIA, M. A. **Associação entre o tempo de contato na prática educativa e seu impacto no conhecimento, atitude e autocuidado em Diabetes Mellitus**. Belo Horizonte, MG. Dissertação apresentada às provas de Mestrado em Enfermagem, 2015.

MAFFRA, S. M.; ANJOS, M. B. Ensinando/aprendendo sobre mapas conceituais - convite ao uso de um manual como orientador de práticas pedagógicas. **Rev. Práxis**, Rio de Janeiro, p. 21-31, jun. 2018. Disponível em: <http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/praxis/article/view/749/1613>.

MALACHIAS, M.V.B. et al. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 107, Supl.3, p. 1-83, 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf

MALTA, D. C.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JÚNIOR, J. B. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**. [online]. Brasília, v.15, n.3, set. 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a06.pdf>. Acesso em: Jun/2017.

MALTA, D.; OLIVEIRA, T. P.; SANTOS, M. A. S.; ANDRADE, S. A. C. A.; SILVA, M. M. A. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, n. 25, v. 2, p. 373-90, 2016. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012001000007&lng=en. Acessado em: Mai/2019.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JÚNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**. [online]. Brasília, v. 20, n.4, p. 425-438, 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>. Acesso em: Jun/2017.

MALTA, D. C., et al. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Rev. Saúde. Pública**, São Paulo, v. 51, Supl. 1, p.11. jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000006>.

MALTA, D. C. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 373-390, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n2/2237-9622-ress-25-02-00373.pdf>.

MANCILHA, J. **Programação neurolinguística aplicada ao ensino e à aprendizagem**. São Paulo: INAP, 2008. Disponível em: <http://files.tecinfo2012.webnode.com/200000026-ba6cfbb66a/Apostila%20De%20Programa%20C3%A7ao%20Neurolinguistica.pdf>.

MENESES et al. AÇÕES EDUCATIVAS PARA TERCEIRA IDADE. **Rev. da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, v. 14, n. 2, p. 417-427, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027986017.pdf>.

MILITÃO, A. **S.O.S Dinâmica de Grupo**. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2002.

MIRANZI, S. S. C.; FERREIRA, F. S.; IWAMOTO, H. H.; PEREIRA, G. A.; MIRANZI, M. A. S. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Rev. Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis. v. 17, n. 4, p. 672-9, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/07.pdf>.

MONTEIRO, L. Z. et al. Redução da Pressão Arterial, do IMC e da Glicose após Treinamento Aeróbico em Idosas com Diabetes Tipo 2. **Rev. Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 95, n. 5, p. 563-570. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n5/aop13110.pdf>.

MORAES, A.F. A diversidade cultural presente nos vídeos em saúde. **Rev. Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n. 27, p.811-22, out./dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/icse/2008.v12n27/811-822/pt>

MOREIRA, C. B.; BERNARDO, E. B. R.; CATUNDA, H. L. O. et al. Construção de um Vídeo Educativo sobre Detecção Precoce do Câncer de Mama. **Rev. Bras. de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 401-407, 2013. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/10-artigo-construcao-video-educativo-sobre-deteccao-precoce-cancer-mama.pdf.

MOTTA, M.D.C.; PETERNELLA, F.M.N.; SANTOS, A.L.; TESTON, E.F.; MARCON, S.S. Educação em Saúde Junto a Idosos com Hipertensão e Diabetes: Estudo Descritivo. **Rev. Uningá Review**. Paraná, v. 18, n. 2, p. 48-53, abr-jun2014. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140501_121328.pdf

MOURA, E. R. F.; BEZERRA, C. G.; OLIVEIRA, M. S.; DAMASCENO, M. M. C. Validação de jogo educativo destinado à orientação dietética de portadores de diabetes mellitus. **Rev. APS**, Juiz de Fora, MG, v. 11, n. 4, p. 435-443, 2008. Disponível em: <file:///C:/Users/ansel/Downloads/14153-Texto%20do%20artigo-59440-1-10-20090118.pdf>.

OBIRIKORANG, Y.; OBIRIKORANG, C.; ANTO, E. O.; ACHEAMPONG, E.; BATU, E. N.; STELLA, A. D.; CONSTANCE, O.; BRENYA, P. K. Knowledge of complications of diabetes mellitus among patients visiting the diabetes clinic at Sampa Government Hospital, Ghana: a descriptive study. **BMC Public Health**. v. 6, n.16. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27457072>.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Rev. Texto & Contexto Enfermagem**. [online]. Universidade Federal de Santa Catarina, v. 17, n. 1, p. 115-123, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/13.pdf>.

OLIVEIRA, K. C. S.; ZANETTI, M. L. Conhecimento e atitude de usuários com Diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2011, v. 45, n. 4. p. 862-8. Disponível em: <http://www.journals.usp.br/reeusp/article/view/40776>.

De OLIVEIRA, C. S.; PIAGGE, C. S. L. D.; SILVA, A. O. **Elaboração de um vídeo educativo para execução da higiene bucal da pessoa idosa com dependência funcional**. In: VII fórum nacional de mestrados profissionais em enfermagem, 2016, Curitiba. Anais... Curitiba: 2016. p. 212-216. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7654/6623>.

PASKULIN et al. Adaptação de um instrumento que avalia alfabetização em saúde das pessoas idosas. **Rev. Acta Paul. Enferm**. São Paulo, v. 24, n..2, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/18.pdf>.

PAZZINI, D. N. A.; ARAÚJO, F. V. **O uso do vídeo como ferramenta de apoio ao ensino-aprendizagem**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Mídias na Educação), Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria (RS), 2013. Disponível em:

https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/729/Pazzini_Darlin_Nalu_Avila.pdf?sequence=1.

PEDROSA, J. I. S. Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: BRASIL. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf.

PEREIRA, D. A. et al. Efeito de intervenção educativa sobre o conhecimento da doença em pacientes com diabetes mellitus. **Rev. Latino Am. Enferm.** Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a08v20n3.pdf

PEREIRA, F. R. L.; TORRES, H. C.; CÂNDIDO, N. A.; ALEXANDRE, L. R. PROMOVENDO O AUTOCUIDADO EM DIABETES NA EDUCAÇÃO INDIVIDUAL E EM GRUPO. **Rev. Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, PR, v. 8, n. 4, p. 594-599, 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/ansel/Downloads/9686-34642-1-PB.pdf>.

PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13(Sup 2), p. 2257-67. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a30.pdf>.

RAMOS, A. L. S. L. **Prevalência de Fatores de Risco Cardiovasculares e Adesão ao Tratamento em Pacientes Cadastrados no Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) em Unidade de Fortaleza**, Ceará, 2002-2005. Dissertação de Mestrado. Fiocruz, 2008. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5472/2/1065.pdf>. Acesso em: abril de 2019.

RAMOS, M. E. B.; MAIA, L.C.; ALVES, B.C.R. et al. Promoção de saúde: Criação de vídeo para educação em saúde. Vinculado ao Projeto de Extensão UFRJ. **Rev. Interagir: pensando a extensão**, n. 20, p. 39-52, 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/ansel/Downloads/15583-70979-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/ansel/Downloads/15583-70979-1-PB%20(2).pdf).

RAZERA, A. P. R.; BUETTO, L. S.; LENZA, N. F. B.; SONOBE, H. M. Vídeo educativo; estratégias de ensino-aprendizagem para pacientes em tratamento quimioterápico. **Rev. Ciênc. Cuid. Saúde**. Marigá (PR) v. 13, n. 1, p. 173-8, jan-mar, 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19659>.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Rev. Latino-Am.**

Enfermagem, [online]. v. 20, n 1, p. [08 telas], 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_14.pdf.

REGO, R. A. et al. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. **Rev. Saúde Pub.** [online]. v. 24, n. 04, p. 277-85.1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v24n4/05.pdf>.

REIS, D. M. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Rev. Ciênc. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 269-276. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a32v15n1.pdf>.

REIS, O. M.; BACHION, M. M.; NAKATANI, A. Y. K. Preparo de médicos para o atendimento a diabéticos no Programa Saúde da Família e suas percepções sobre as dificuldades de adesão ao tratamento. **Rev. Acta Sci. Health Sci**, Maringá, v. 27, n. 2, p. 119-129. 2005.

RIBEIRO, R. L. S.; BAZÍLIO, D. V.; BATISTA, R. S. L.; CAVALCANTE, T. M.; OLIVEIRA, M. V. P. **HIPERTENSÃO E DIABETES: DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS EM MACEIÓ/AL**. Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. Ed. Realize, 2017. Disponível em: https://editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV075_MD4_SA2_I D586_23102017235845.pdf.

RODRIGUES, A. C. S.; VIEIRA, G. L. C.; TORRES, H. C. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 531-7, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/41.pdf>.

RODRIGUES, E. M.; SOARES, F. P. de T. P.; BOOG, M. C. F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional1. **Rev. Nutr.**, Campinas, n. 18, v. 1, p.119-128, jan./fev., 2005. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/34481/1/S1415-52732005000100011.pdf>

RUIVO, J. A.; ALCÂNTARA, P. Hipertensão arterial e exercício físico. **Rev. Port. Cardiol.**, v. 31, n. 2, p.151-158, 2012. Disponível em: <http://www.revportcardiol.org/pt-hipertensao-arterial-e-exercicio-fisico-articulo-S0870255111001107>.

SANTOS, A. A. et al. Integrated Model of Course Based on Edu-Communication and Psycho-Communication in Learning. **Rev. Creative Education**, v. 10, p. 1080-1090, 2019. Disponível em: <http://m.scirp.org/papers/92975>.

SAKS, M.; ALLSOP, J. **Pesquisa em saúde: métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. Tradução de Carolina Andrade. São Paulo: Roca, 2011.

SCHMIDT, M. I., et al., Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Rev. Lancet**. [online]. v.377, n.9781, p.1949-62. 2011. Disponível em: <http://dms.ufpel.edu.br/ares/handle/123456789/222?show=full>.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B. B.; HOFFMANN, J. F.; MOURA, L.; MALTA, D. C.; CARVALHO, R. M. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto referida, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública** [online], v. 43, Suppl. 2, p. 74-82. 2009. Extraído em: Jan/2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s2/ao801.pdf>.

SCHULTHEISZ, T. S. V.; APRILE, M. R. Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. **Rev. Equilíbrio Corporal e Saúde**, v. 5, n. 1, p.36-38, 2013. Disponível em: <http://revista.pgsskroton.com.br/index.php/reces/article/view/22/19>.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, DIRETORIA DE CICLOS DE VIDA E PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE, GERÊNCIA DE CICLOS DE VIDA, COORDENAÇÃO CENTRAL DE DIABETES. **DIABETES MELLITUS: FERRAMENTAS EDUCATIVAS PARA ATIVIDADES EM GRUPO**. Brasília, 2015. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/DIABETES_MELLITUS_FERRAMENTAS_EDUCATIVAS_PARA_ATIVIDADES_EM_GRUPOS1-1.pdf.

SILVA, C.M.C.; MENEGHIN, M.C.; PEREIRA, A.C. MIALHE, F.L. Educação em Saúde: Uma reflexão histórica de suas práticas. **Rev. Ciênc. & Saúde Coletiva**, n. 15, v. 05, p. 2540-49. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a28.pdf>.

SILVA, G. S. et al. Oficina temática: uma proposta metodológica para o ensino do modelo atômico de Bohr. **Rev. Ciênc. Educ.** Bauru, SP., v. 20, n. 2, p. 481-495, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ciedu/v20n2/1516-7313-ciedu-20-02-0481.pdf>.

SILVA, T. R. et al. Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma

Unidade Básica de Saúde. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 3, p.180-189, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n3/15.pdf>.

SILVA, W. B. **A pedagogia dialógica de Paulo Freire e as contribuições da programação neurolinguística: uma reflexão sobre o papel da comunicação na educação popular**. Dissertação de Mestrado em Educação. Universidade Federal da Paraíba. 2006. Disponível em: http://www.acervo.paulofreire.org:8080/jspui/bitstream/7891/4302/1/FPF_PTPF_01_0950.pdf

SIQUEIRA, F. V.; NAHAS, M. V.; FACCHINI, L. A.; SILVEIRA, D. S.; PICCINI RX, TOMASI E. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 203-13, 2009.

Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2009.v25n1/203-213/pt>

SOARES, S. M.; BARBOSA SILVA, L.; BARBOSA SILVA, P. A.; PEREIRA DE MEDEIROS, F. O teatro em foco: estratégia lúdica para o trabalho educativo na saúde da família. **Rev. Enferm.**, Universidade Federal do Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 818-824, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a22v15n4.pdf>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **DIRETRIZES PARA EDUCAÇÃO DO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS, 2014-2015**. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-tipo-1/015-Diretrizes-SBD-Diretrizes-Para-Educacao-pg257.pdf>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. **7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL**. v.107, n. 3, Supl. 3, 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL. 2019. Disponível em: <http://www.sbie.com.br/conheca-a-sbie/>.

SOUZA, K. R. et al. O desenvolvimento compartilhado de impressos como estratégia de educação em saúde junto a trabalhadores de escolas da rede pública do Estado do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 495-504, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n2/15415.pdf>.

SOUZA, A.C.; COLOMÉ, I. C. S.; COSTA, L. E. D.; OLIVEIRA, D. L. L. C. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 26, n. 02, p. 147-

53, 2005. Disponível em:
<file:///C:/Users/ansel/Desktop/VÍDEO/SOUZA%20et%20al.%202005.pdf>

SOWERS, J.R.; EPSTEIN, M. Diabetes mellitus and associated hypertension, vascular disease, and nephropathy. **An update Hypertension**. v. 26, n. 06, p. 869–879, 1995. Disponível em:
<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.HYP.26.6.869>.

STANDARDS NACIONAIS PARA EDUCAÇÃO EM AUTOGERENCIAMENTO DO DIABETES. **Diabetes Care**, n. 06, p.294-299. 2011. Disponível em:
http://www.anad.org.br/wp-content/uploads/2015/07/diretriz_dc_06-2011.pdf

TADDEO, P. S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Rev. Ciênc. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.11, p.2923-2930, 2012. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a08.pdf>.

TEIXEIRA, G. M. **Programa educativo na prevenção de LER/DORT: uma avaliação com técnicos de enfermagem**. Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, p. 80, 2011.

THEME FILHA et al. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 18, n. 2 (Suppl), p. 83-96, 2015. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00083.pdf>.

TORRES, H. C.; ABURACHID, D. F. F.; AMARAL, M. A.; SOARES, S. M. Oficinas de Educação em Saúde: Uma Estratégia Educativa no Controle do Diabetes Mellitus Tipo II no Programa Saúde da Família em Belo Horizonte/ Brasil. **Rev. Diabetes Clínica**, ANAD, v. 02, 2007.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. **Rev. Saúde Pública**. n. 39, v. 6, p. 906-11, 2005. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n6/26984.pdf>.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cad. Saúde Pública**. v. 19, n. 4, p.:1039-47, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16853.pdf>.

TORRES, E. C. et al. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p.291-8, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n2/05.pdf>.

TORRES, H. C.; PEREIRA, F. R. L.; ALEXANDRE, L. R. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2*. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p.1077-82, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a07.pdf>.

TORRES, H. C.; MONTEIRO, M. R. P.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE/MG. **REME - Rev. Min. Enf.** v. 10, n. 4, p. 402-406, 2006. Disponível em: <file:///C:/Users/ansel/Downloads/v10n4a14.pdf>

VASCONCELOS. **Dinâmica do abraço**. 2017. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=0iJ8_GtXy4c&app=desktop.

VERAS, R. P. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. **Rev. Saúde Pública** [online], v. 46, n. 6, p. 929-34, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n6/01.pdf>.

VERGOPOLAN, R. **OFICINAS TEMÁTICAS: PROPOSTA PARA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO PEDAGÓGICO DO SUPERVISOR BOLSISTA DO PIBID**. XI CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2013. Disponível em: https://educere.bruc.com.br/CD2013/pdf/7214_5423.pdf.

VITORELI, E.; PESSINI, S.; SILVA, M. J. P. A auto-estima de idosos e as doenças crônico-degenerativas. **Rev. Bras. de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 2, n. 1, p. 102-114, 2005. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/20>.

WAGNER, E. H. Chronic disease management: What Will It Take To Improve Care for Chronic Illness? **Eff. Clin. Pract.** American College of Physicians–American Society of Internal Medicine, v. 1, p. 2–4, 1998. Disponível em: <https://ecp.acponline.org/augsep98/cdm.pdf>.

WILD, S.; ROGLIC, G.; GREEN, A.; SICREE, R. KING, H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**, v. 27, n. 5, p. 1047–1053, 2004. Disponível em: <https://care.diabetesjournals.org/content/27/5/1047.full-text.pdf>.

ZILLMER, J. G. V.; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R. M.; LIMA, L. M. de. Avaliação da Completude das Informações do HiperDia em uma Unidade Básica do Sul do Brasil. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS. v. 31, n. 2, p. 240-6, 2010. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/11967>. Acesso em: abril de 2019.

APÊNDICE A – Artigo Original**PROGRAMA EDUCATIVO NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL.****EDUCATIONAL PROGRAM IN PREVENTION OF NON-TRANSMISSIBLE CHRONIC DISEASES: DIABETES AND ARTERIAL HYPERTENSION.****RESUMO**

Por meio da observação da importância da educação popular em saúde para a prevenção da saúde dos pacientes com doenças crônicas, principalmente Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, ambas com alta prevalência na sociedade brasileira, o presente estudo busca avaliar os resultados de um Programa Educativo em Saúde, idealizado a partir da realidade de moradores diabéticos e/ou hipertensos da cidade de Maceió-AL, levando em consideração os aspectos: Conhecimento Geral sobre as doenças, Aspectos Psicológicos e Emocionais envolvidos e autogerenciamento no cuidado, utilizando instrumentos de avaliação que possibilitam avaliar programas educativos e possíveis efeitos do processo de ensino e aprendizagem. Trata-se de estudo clínico de amostra conveniente, com indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 40 a 70 anos, divididos em dois grupos cujas intervenções foram realizadas por meio de oficinas temáticas e educação tradicional, com metodologias desenvolvidas especificamente para determinada população. Para avaliação foram aplicados questionários antes e após a realização das intervenções educativas em cada grupo. Optou-se pela utilização de teste não paramétrico Wilcoxon para observar mudanças ($p \leq 0,05$). Após a realização das intervenções educativas foi possível identificar que houve melhora do conhecimento geral sobre a diabetes e hipertensão, e autocuidado nos participantes diabéticos. Com relação à percepção emocional, os pacientes com hipertensão isolada demonstraram um pior escore ao final da intervenção. Os resultados obtidos permitiram a elaboração de recursos educacionais que apresentam estratégias facilitadoras da educação popular em saúde para pacientes com DM e/ou HAS para aumentar conhecimento geral sobre as doenças e melhorar o autogerenciamento do autocuidado.

Palavras-Chave: Educação em saúde. Diabetes Mellitus. Hipertensão Arterial Sistêmica. Autocuidado. Prevenção Secundária de doenças.

ABSTRACT

Through the observation of the importance of health education to improve the quality of life of patients with chronic diseases, especially hypertension and Diabetes Mellitus both with high prevalence in Brazilian Society. The present study seeks to evaluate the results of a health education program, conceived from the reality of hypertensive and/or diabetic residents of the city of Maceió-AL, taking into account aspects: General knowledge about Diabetes Mellitus and Hypertension, Psychological and emotional Aspects involved and self-managing care through assessment tools used widely to analysis of the quality of life of patients with Diabetes Mellitus. It is convenient sample clinical study, with individuals of both sexes, aged between 40 and 70 years, divided into two groups whose interventions

were made through thematic workshops and traditional education respectively, with methodologies developed specifically for a given population. To evaluation questionnaires were applied before and after the implementation of educational interventions in each group. We opted for the use of non-parametric Wilcoxon test to observe changes ($p \leq 0.05$). After educational intervention was possible to identify that there was improvement of the General knowledge about diabetes and hypertension, and self-care in diabetic participants. With regard to emotional perception, patients with isolated hypertension showed a worse score at the end of the intervention. The results obtained allowed the elaboration of educational resources that present strategies that facilitate popular health education for patients with DM and / or hypertension to increase general knowledge about the diseases and improve self-management of self-care.

Keywords: Health education. Diabetes Mellitus. Systemic Arterial Hypertension. Self-Care. Secondary Illness Prevention.

INTRODUÇÃO

Educação em saúde refere-se a quaisquer combinações de experiências de aprendizagem que facilitam ações comportamentais saudáveis adotadas por um indivíduo, um grupo ou uma comunidade (BORTOLI et al., 2003). Sua prática acontece desde o séc. XVIII, no continente europeu, porém atualmente esteja em evidência, por ser desenvolvida mediante as atividades sistematicamente planejadas e vivenciadas de forma voluntária e com plena compreensão dos objetivos das ações educativas. Devem ser centrada na problematização do cotidiano, valorização das necessidades coletivas e individuais, constituindo-se assim como um processo destinado a manter e elevar o nível de saúde da população, assim como, reforçar a manutenção de hábitos positivos de saúde (REIS et al., 2010; ALVES; AERTS, 2011).

A Educação em saúde está inclusa nas ações de promoção de saúde que visam proporcionar conhecimentos que permitam o acesso a qualidade de vida, propicia a adoção de hábitos saudáveis e aceitação de novos valores, pois torna-se um instrumento de transformação social (CARVALHO et al., 2006). Para isto prioriza à promoção de informações e a motivação de hábitos para o indivíduo e/ou grupos populacionais, que mantenham a saúde e previnam doenças, assumindo a responsabilidade sobre suas atitudes, potencializando o protagonismo de sua própria história pautada na conquista de sua autonomia (REIS et al., 2010).

A criação de vínculos entre a ação do profissional de saúde e o pensar/fazer cotidiano da população, torna a educação em saúde uma vertente capaz de assumir

e melhorar as condições de vida de indivíduos e/ou grupos por meio de hábitos que o(s) permite(m) assimilar, construir e reconstruir suas experiências (REIS et al., 2010). Representa também uma prática educativa capacitada para assistência integral e contínua às famílias, por meio da identificação de circunstâncias de risco à saúde na comunidade adstrita e do enfrentamento dos determinantes no processo saúde-doença, amplificando as ações educativas que antecedem as doenças e estimulem a produção espontânea de mudanças comportamentais voltadas ao autocuidado (ALVES, 2005; ALVES; AERTS, 2011).

Surge a partir destas reflexões um novo modelo de atuar em saúde em que prevalece a construção e planejamento de ações, orientado para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde da família. Este modelo foi proposto em 1994 enfatizando ações contínuas, de forma resolutiva e voltadas para os contextos individual e/ou coletivo com visão integral, conscientizadora e transformadora da realidade dos sujeitos (ANDRADE et al., 2013). Partindo desta premissa as ações de educação em saúde são planejadas de forma participativa e dialógica entre equipe de saúde e a população, refletindo sobre os problemas existentes e encontrando soluções flexíveis para as demandas com o intuito de favorecer a transformação da realidade (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2001).

Nesse sentido entende-se que o aprendizado melhora a percepção do usuário sobre a sua realidade e o desperta para necessidade de assumir a responsabilidade dos seus problemas de saúde. Além disso, as ações educativas são motivadoras para o envolvimento nas mudanças de hábitos de vida, tais como consumo de refeições adequadas, adesão a programas de exercícios físicos estruturados e uso adequado de medicações controladas (MOTTA et al., 2014; ALVES; AERTS, 2011).

Essa conscientização dos pacientes com Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é extremamente importante uma vez que, no Brasil as prevalências de HAS e DM são de 25,7% e 8,9%, respectivamente. Soma-se a estas altas prevalências o fato de pacientes diabéticos apresentarem maior prevalência de HAS (40%) que pacientes não diabéticos (BRASIL, 2014; 2016). Esta associação predispõe os indivíduos a maiores complicações tais como as doenças vasculares, cardiovasculares e renais que levam conseqüentemente a maiores custos com cuidados com a saúde e ao sofrimento humano (FREITAS; GARCIA, 2012; SOWERS; EPSTEIN, 1995).

METODOLOGIA

Para a realização da pesquisa optou-se pelo estudo clínico de amostra conveniente, com indivíduos portadores de DM tipo 2 e/ou HAS, de ambos os sexos, com idade entre 40 e 70 anos, cadastrados no programa HiperDia de duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em Maceió, Alagoas. Para participar da pesquisa os pacientes deveriam ter grau de escolaridade acima do ensino fundamental e possibilidade de comparecer semanalmente às ações educativas. Não foram incluídos pacientes com incapacidade de leitura ou com complicações crônicas (definidas como insuficiência renal, cegueira, amputação de membros, entre outras).

A coleta de dados aconteceu entre janeiro e fevereiro de 2019. Inicialmente, deu-se a identificação de possíveis participantes da pesquisa nos cadastros da UBS por meio de encontros diários com os agentes comunitários de saúde (ACS) e posterior visita agendada em domicílio conjuntamente com os agentes para os devidos esclarecimentos sobre o estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Todos os participantes da pesquisa foram orientados quanto ao estudo-programa educacional em diabetes e/ou hipertensão. O tipo de intervenção educativa realizada em cada grupo foi determinado por um sorteio agendado previamente com todos os profissionais da UBS. No dia do sorteio um agente de saúde de cada ESF se propôs a escolher, de forma aleatória, um pedaço de papel que continha um dos nomes das atividades educacionais em saúde propostas pela pesquisa (oficinas temáticas ou educação tradicional) a ser realizada em seu território.

Assim, o grupo submetido às intervenções educativas por meio de oficinas temáticas foi denominado Grupo de Oficinas Temáticas (GOT). Este tipo de intervenção é definido como um processo ativo, inter-relacionado e contextualizado de construção do conhecimento, as ações são estruturadas baseadas na problematização, organização e aplicação dos conhecimentos (SILVA et al., 2014). Inicialmente foram convidados, por meio de cartaz convite (TEIXEIRA, 2011) (Apêndice D), 30 pacientes cadastrados no HiperDia neste território. Destes, apenas quatorze (14) atenderam aos critérios de inclusão.

O submetido às intervenções educativas tradicionais, foi denominado Grupo de Educação Tradicional (GET). Neste tipo de intervenção a relação existente entre quem ensina e quem aprende é pelo modelo da transmissão dos conhecimentos, sendo executada por meio da exposição oral dos conteúdos e planejamento por uma sequência predeterminada e independentemente do contexto social existente. As intervenções educativas deste grupo seguiram o modelo jesuítico, onde quem ensina expõe o conteúdo, levanta dúvidas dos aprendizes e realiza exercícios de fixação enfatizados pela repetição garantindo a memorização dos conteúdos. Para modernizar esta estratégia de ensino escolheu-se a forma expositiva dialogada, que enfatiza o planejamento do objeto de estudo elaborado pelo facilitador e pesquisador, apresenta o estudo a fim de mobilizar estruturas mentais e expõe o tema promovendo um ambiente de respeito e diálogo (PEREIRA, 2003; LOPES, 2012). Da mesma forma foram convidados, por meio de cartaz convite (TEIXEIRA, 2011), 30 pacientes cadastrados no HiperDia no segundo território. Destes, nove (09) atenderam aos critérios de inclusão.

Ambas as intervenções incluíram encontros, em média, de uma hora de duração, um dia por semana. No GOT as atividades de educação em saúde foram realizadas por meio de oficinas temáticas e desenvolvidas da seguinte forma: primeiro, aquecimento dos participantes com a utilização de estratégias facilitadoras de expressão, segundo, a problematização das questões e processo de troca, por fim a análise da articulação do profissional a atenção integral ao indivíduo ou coletivo (RODRIGUES et al., 2009; ARAÚJO; SILVA, 2011) o que induziu a estruturação de dois produtos educativos singulares, tais como, um manual e um vídeo. As oficinas temáticas induzem os conhecimentos ao aprendiz de forma inter-relacionada e contextualizada e torna-o ativo na construção do seu conhecimento (SILVA et al., 2014)

Os participantes do GET participaram de atividades de educação tradicional em forma de aulas expositivas dialogadas com os mesmos temas abordados no GOT. Para as ações educativas nos grupos foram conduzidas inicialmente por dinâmica de aquecimento para facilitação da aprendizagem, denominada ação estratégica facilitadora da expressão (ARAÚJO; SILVA, 2011; RODRIGUES; VIEIRA E TORRES, 2010) e posteriormente foram aplicadas as intervenções educativas que, assim como no GOT, contaram com a participação de profissionais da saúde

(Nutricionistas, Profissional de Educação Física, Enfermeiras, Psicólogas, Fisioterapeuta e Médica) ligados ou não a Unidade de Saúde local.

Os encontros em grupo foram planejados procurando incorporar temas presentes nos instrumentos de avaliação aplicados na pesquisa. No primeiro encontro de cada grupo, antes das intervenções educacionais, foram colhidas informações sociodemográficas dos participantes, bem como histórico ocupacional (trabalho, lazer e autocuidado), história da doença e o tratamento associado à dieta e atividade física foram investigados e registrados em formulário específico.

Os temas discutidos nos dois grupos obedeceram ao roteiro compartilhado sobre as temáticas que vertem para três pilares da educação em saúde para pessoas com doenças crônicas, no que concerne ao DM e HAS. A saber: Conhecimento geral sobre a doença e prevenção das complicações agudas e crônicas; Percepções psicológicas e emocionais sobre a doença, e a importância das atividades de autocuidado por meio de uma dieta adequada, da prática regular de atividades físicas.

Antes de iniciar o programa educativo e um dia após o término da 10ª. sessão de cada grupo, com o objetivo de avaliar o conhecimento geral, os aspectos emocionais e psicológicos sobre a doença, e o autogerenciamento dos cuidados dos participantes com DM foram aplicados, respectivamente, os seguintes instrumentos: *Diabetes Knowledge Scale Questionnaire* (DKN-A), *Diabetes Attitudes Questionnaire* (ATT-19) e *Questionnaire Care in Diabetes Self-Management* (ESM). Para avaliar as variáveis: conhecimento geral sobre hipertensão arterial, aspectos psicológicos e emocionais, e gerenciamento do autocuidado em hipertensos, utilizou-se instrumentos semelhantes aplicados nos indivíduos diabéticos, adaptando-os para a realidade desta doença.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado utilizando o programa *BioEstat* 5.0. Os dados foram avaliados para verificar se atendiam aos pressupostos de testes paramétricos através do teste de normalidade Shapiro-Wilk. Duas variáveis não apresentaram distribuição normal em algum dos momentos, somando-se a isso o fato de ter uma amostra reduzida, optou-se pela utilização de teste não paramétrico de Wilcoxon, para observar mudanças entre o pré e pós-tratamento. O nível de significância adotado foi de $p \leq 0,05$.

Os dados das variáveis quantitativas são apresentados por meio da mediana (Md), maior valor (Mv) e menor valor (mv), em alguns casos por média e desvio

padrão ($M \pm DP$), e as variáveis categóricas por meio de frequências (absoluta e relativa).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 apresenta a caracterização dos participantes de cada grupo. Nove indivíduos diabéticos e/ou hipertensos participaram do GET, os quais tiveram dez encontros semanais, as quintas feiras, das 9h. às 10h. e quatorze indivíduos diabéticos e/ou hipertensos participaram dos encontros semanais do GOT, realizados as sextas feiras, das 9h às 10h.

Independente do grupo, a maioria dos componentes está aposentada e é do sexo feminino (65,27%). No geral, apresentam idades entre 41 e 81 anos ($68,06 \pm 8,32$ anos), o tipo mais comum de tratamento é a associação de dieta a medicamentos.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes incluídos nos Grupos de Educação Tradicional (GET), Oficina Temática (GOT) e da amostra total, independente do grupo (Geral).

Variáveis (N:23)	M \pm DP ou n (%)		
	GET	GOT	Geral
Grupo			
Participantes	9 (39,13%)	14 (60,87%)	23 (100%)
Idade (em anos)	62,83 \pm 8,95	71,43 \pm 6,06	68,06 \pm 8,32
Sexo			
Feminino	5 (55,55%)	10 (71,43%)	15 (65,22%)
Masculino	4 (44,45%)	4 (28,57%)	8 (34,78%)
Ocupação			
Ativo	3 (33,33%)	3 (21,43%)	6 (26,09%)
Inativo	6 (66,67%)	11 (78,57%)	17 (73,91%)
Doenças			
Hipertensão isolada	5 (55,55%)	5 (35,71%)	10 (43,48%)
Hipertensão + Diabetes	4 (44,45%)	9 (64,28%)	13 (56,52%)
Tratamento			
Dieta	0 (0%)	1 (7,14%)	1 (4,35%)
Dieta e medicamento oral	7 (77,78%)	13 (92,86%)	20 (86,95%)
Dieta, medicamento oral e insulina	1 (11,11%)	0 (0%)	1 (4,35%)
Não respondeu	1 (11,11%)	0 (0%)	1 (4,35%)
Adesão	54% \pm 29%	68% \pm 28%	63% \pm 28%

Legenda:

GET (Grupo Educação Tradicional)

GOT (Grupo Oficinas Temáticas)

As doenças mais prevalentes encontradas neste estudo refletem resultados semelhantes aos publicados em pesquisas sobre a população brasileira que possui diagnóstico de HAS (50,6%) (THEME FILHA et al., 2015) e DM associada a HAS (17, 9%) (BERGAMO FRANCISCO et al., 2018) acima dos 60 anos bem como em pessoas que residem em instituições em Maceió-AL, onde 66,7% apresentaram HAS e 41% DM associada a HAS (RIBEIRO et al., 2017).

Como reportado nos dados, as mulheres são maioria na participação das atividades de educação em saúde nos dois grupos, o que corrobora com estudos que relatam que esta população adere mais aos grupos de educação em saúde (65,22%) por se cuidarem mais (ALVES; CALIXTO, 2012). Siqueira et al. (2009) referem que as mulheres avaliam o seu estado de saúde de forma mais negativa e relatam possuir mais doenças crônicas que os homens. Porém a população feminina procura mais por serviços de saúde nas unidades locais e participam mais de grupos de educação em saúde (FOLETTTO, 2009; REGO, 1990), o que parece favorecer no aumento dos conhecimentos sobre a doença que possui com consequente melhora no autocuidado (BARROS et al., 2011; THEME FILHA et al., 2015).

Outro aspecto relevante evidenciado nesta pesquisa é a associação de morbidades, onde o número de pacientes que apresenta DM associada a HAS foi superior ao número de pacientes com HAS isolada. Foletto (2009) e Bassi et al. (2018) alertam para o fato de que esta associação (DM com HAS) aumenta o risco de morte cardíaca, por haver maior disfunção dinâmica da frequência cardíaca provocado por desequilíbrio autonômico do tônus vagal. Assim, ações que controlem essas condições reduzem significativamente a ocorrência de lesões cerebrais, cardíacas, vasculares e de óbitos (BRASIL, 2014; BERGAMO FRANCISCO et al., 2018).

Quanto ao tipo mais comum de tratamento, foi observado que a maioria dos participantes, independentemente de grupos, já realizava dieta e utilização de medicamentos antes das intervenções educativas. Provavelmente, isto se deve ao fato de que estes pacientes já são assistidos pela equipe de saúde local, para o cuidado no controle das doenças crônicas existentes, ou pelo fato, segundo Gomes-Villas Boas et al. (2011), de que a adesão se dá muitas vezes devido à presença de complicações agudas ou crônicas prejudiciais a capacidade de autocuidado.

Os resultados relativos ao conhecimento geral sobre as doenças, autogerenciamento em saúde e percepção emocional e psicológica, obtidos antes e

após as intervenções se encontram presentes nas tabelas dois e três; separados por tipos de comorbidades.

A tabela 2 apresenta os resultados dos escores obtidos pelos pacientes diagnosticados com DM que responderam aos diferentes instrumentos, antes e após as intervenções.

Tabela 2. Valores de Mediana, maior valor e menor valor obtido pelos pacientes diagnosticados com Diabetes Mellitus, nos diferentes momentos e respectivos níveis de significância para o teste de Wilcoxon.

Variáveis	GET (n=4)			GOT (n=9)		p
	Md1 mV- MV	Md2 mV-MV		Md1 mV-MV	Md2 mV-MV	
AUTOCUIDADO DM	5,5 1,5-6,3	4,87 3,5-6,0	0,44	4,75 2,3-6,5	5,5 4,8-7,5	0,02
PERCEPÇÃO DM	52 43-60	56 42-68	0,11	55,5 50-62	53,5 47-57	0,63
CONHECIMENTO G DM	7 4-14	9 8-14	0,07	6,5 5-10	11 10-13	0,03

Legendas: GET (Grupo Educação Tradicional); GOT (Grupo Oficinas Temáticas); Md – Mediana; MV – maior valor; mV – menor valor; DM – Diabetes Mellitus.

Para os pacientes diabéticos observou-se efeito apenas da intervenção de oficinas temáticas. Os pacientes do GOT apresentaram melhora no autocuidado ($p=0.02$) e maior conhecimento geral ($p=0.03$) após a intervenção.

No que se refere ao autocuidado o score mínimo desejado é de cinco pontos, apenas três (33,33%) pacientes do GOT e três (75%) pacientes do GET apresentavam essa pontuação antes das intervenções. Após as intervenções o número de pacientes com a pontuação sugerida passou para 8 no GOT (88,89%) e para dois no GET (50%).

Segundo Maia (2015), para a obtenção de nível satisfatório dos conhecimentos gerais sobre a sua doença, quando avaliados pelo DKN-A, o participante deve atingir o mínimo de oito pontos das 15 questões autopreenchíveis. Também para esta variável, os resultados apresentados pela maioria dos pacientes com DM antes das intervenções estavam abaixo do recomendado nos dois grupos (GOT=55,6%; GET=75%).

De maneira semelhante, em um estudo desenvolvido em 2015 por Obirikorang e colaboradores, de caráter exploratório e descritivo, o DKN-A foi aplicado para determinar o nível de conhecimento sobre as complicações do

diabetes mellitus em 630 pacientes, com média de idade de 55 anos, atendidos no hospital da cidade de Sampa, localizada no país de Ghana. Observou-se que a maioria (60%) desses pacientes não apresentou conhecimento sobre as complicações mais comuns da doença. Cerca de 26,9% dos pacientes tinham conhecimento inadequado sobre pé diabético, hipertensão, neuropatia, excitação sexual hipoativa, cardiopatia e nefropatia. Os autores associaram o conhecimento inadequado às complicações que os participantes apresentavam (OBIRIKORANG et al., 2016).

Para reforçar a ideia de que ações educativas podem aumentar o conhecimento geral sobre as doenças, assim como observado neste estudo, Maia (2015), em seu desenho longitudinal de base quantitativa realizou práticas educativas utilizando o formulário DNK-A para sua avaliação, com uma amostra de 151 participantes diabéticos, com idades entre 30 a 85 anos ($M=63,1$), moradores na região leste de Belo Horizonte, Minas Gerais. As intervenções foram realizadas mediante proposta dialógica que abordavam experiências, conhecimentos, saberes sobre a doença e o papel da alimentação saudável e da atividade física, semelhantes às realizadas no GOT. O estudo demonstrou que ao final de 24 meses de intervenção os participantes apresentaram maior conhecimento geral da doença, inicialmente de 7,36(DP=2,77) para 8,83 (DP=2,50) (MAIA, 2015).

É importante salientar que as ações educativas em grupo parecem ser mais efetivas neste aspecto que as ações individuais. Um estudo envolvendo 104 pacientes ($60,6 \pm 10,5$ anos), com diabetes do tipo II atendidos em um ambulatório de um hospital em Belo Horizonte, comparou a efetividade de estratégias de um programa educativo em diabetes, em grupo e individual. Os pacientes foram aleatoriamente alocados nos dois grupos nos quais eram desenvolvidas ações simultâneas de educação em saúde de forma dinâmica, lúdica e interativa. O acompanhamento dos envolvidos na pesquisa ocorreu durante seis meses, sendo eles avaliados por questionários específicos sobre conhecimentos em diabetes, atitudes psicológicas, mudança de comportamento, qualidade de vida. Foi observado que educação em grupo apresentou resultados melhores no controle glicêmico do que o individual (TORRES et al., 2009).

A tabela 3 apresenta os resultados dos escores obtidos pelos pacientes diagnosticados com HAS, que responderam aos diferentes instrumentos, antes e após as intervenções.

Tabela 3. Valores de Mediana, maior valor e menor valor obtido pelos pacientes diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica, nos diferentes momentos e respectivos níveis de significância para o teste de Wilcoxon.

Variáveis	GET (n=9)			GOT (n=14)		
	Md1 mV- MV	Md2 mV-MV	<i>p</i>	Md1 mV- MV	Md2 mV-MV	<i>p</i>
AUTOCUIDADO HAS	4,5 0,5-6,3	6 2,5-7,0	0,001	4,6 3,3-7,3	5,5 3,8-7,5	0,007
PERCEPÇÃO HAS	53 46-60	48 36-65	0,06	52 42-68	45 39-57	0,03
CONHECIMENTO G HAS	6,5 3-9	8 7-10	0,03	7 2-8	7 5-9	0,002

das: GET (Grupo Educação Tradicional); GOT (Grupo Oficinas Temáticas); Md – Mediana; MV – maior valor; mV – menor valor; HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica.

Para os pacientes hipertensos observou-se efeito de ambas as intervenções. Os pacientes do GOT, após a intervenção, apresentaram maior conhecimento geral ($p=0.002$) e maior autocuidado ($p=0.001$) por outro lado, apresentaram pior percepção ($p=0.03$). Os pacientes do GET, por sua vez, apresentaram maior conhecimento geral ($p=0,03$) e pior percepção.

Um estudo publicado por Touse et al. (2016), de caráter quantitativo, transversal, realizado em cinco ESF, localizadas em Itaú de Minas, Brasil, avaliou atitudes psicológicas e emocionais em 524 indivíduos doentes cadastrados e acompanhados pelo HIPERDIA, por meio do ATT-19. Conforme o estudo, os sujeitos criam um “cartão de apresentação” negativo de si mesmos, rotulando-se de “sou doente” e não de “estou doente”. Isto se cria uma ideia de uma vivência definitiva com a doença e vem acompanhada de uma postura de indignação com o fato. Há também um senso comum dos doentes ao reconhecer as comorbidades advindas da doença. Os autores relatam que os pacientes sentem receio que possam surgir estas complicações, entretanto acreditam que o tratamento medicamentoso e não medicamentos tornam-se uma obrigação e uma restrição respectivamente. Essa pode ser a explicação para uma pior percepção da doença após a intervenção, observada no GET.

Destaca-se ainda que nenhum dos pacientes, independente do grupo apresentou uma pontuação satisfatória referente à percepção (avaliada pelo ATT-19) antes ou após as intervenções educativas. Maia (2015) refere que para a atitude emocional sobre a doença ser considerada satisfatória deve-se alcançar escore total mínimo de 70 pontos.

No quesito autocuidado foi observado melhora significativa em ambos os grupos. O GET passou de 33,3% participantes com resultados satisfatórios (maior ou igual a 5 pontos) no pré-teste para 66,7% no pós-teste, enquanto a frequência de resultados satisfatórios no GOT foi de 35,7% no pré-teste para 85,7% no pós-teste.

Em ambos os grupos, para a variável conhecimentos gerais sobre HAS (avaliada pelo DNK-A), foi observado um maior percentual de pacientes, apresentando scores classificados como aceitáveis (igual ou maior a 8 pontos). O GOT iniciou a intervenção com 21,43% de pacientes hipertensos com conhecimento aceitável e terminou a intervenção com 71,43% enquanto o GET iniciou com 21,4% e terminou com 44,45% de pacientes hipertensos com conhecimento aceitável.

Torres, Hortale e Schall (2005) relatam que escores elevados de conhecimento geral e atitudes positivas em relação à doença demonstram maior compreensão dos pacientes sobre a importância da prevenção ou de fatores promotores da saúde. Isto eleva as possibilidades de controle das complicações da doença. Referem também que a utilização destes parâmetros permite que os profissionais de saúde avaliem os efeitos das práticas educativas desenvolvidas e estabeleçam reorientações de ações mais efetivas.

A tabela 4 apresenta os resultados comparativos do efeito das intervenções para cada uma das variáveis deste estudo.

Tabela 4. Comparação intergrupos do efeito relativo entre as intervenções educativas por meio de valores de Mediana, maior valor e menor valor, obtidos pelos pacientes diagnosticados com HAS e DM, nos diferentes momentos e respectivos níveis de significância para o Teste de Mediana de amostras independentes.

Variáveis	GET	GOT	P
	Md MV-mV	Md MV-mV	
%Δ AUTOCUIDADO DM	0,55% 133,33% - (-27,30%)	12,00% 120% - (-4%)	0,559
%Δ PERCEPÇÃO DM	-5% 0,00% - (-11,30%)	8% 30% - (-22%)	0,559
%Δ CONHECIMENTO G DM	43,18% 54% - 9%	12,50% 71% - (-11%)	1
%Δ AUTOCUIDADO HAS	25% 400%- (-24%)	14% 87% - (-24%)	0,68
%Δ PERCEPÇÃO HAS	-11,29% 9,60%- (-30,00%)	-9,35% 25%-(-30%)	1
%Δ CONHECIMENTO G HAS	20,00% 150,00%-12,50%	17% 133%-0,00%	0,68

Legendas: %Δ (Efeito das intervenções sobre as variáveis; GET (Grupo Educação Tradicional); GOT (Grupo Oficinas Temáticas); Md – Mediana; MV – maior valor; mV – menor valor; HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica; mV – menor valor; MV – maior valor.

Não foram observadas diferenças significativas no efeito das intervenções para nenhuma das variáveis analisadas no estudo, sendo assim, pode-se dizer que os grupos tiveram efeitos semelhantes sobre autocuidado, percepção e conhecimento sobre as doenças, em consonância com o estudo publicado em 2013 por Grilo e colaboradores, ao avaliarem o efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado de pacientes com diabetes. Os autores (GRILO et al., 2013) relataram que as variadas intervenções educativas testadas, tais como: educação individual, educação coletiva, sessões adaptadas para diferenças culturais de minorias étnicas, intervenções com uso de tecnologia como ferramenta educativa, utilização de técnicas de *empowering* por diferentes profissionais de saúde, leigos ou por seus pares como vetores do processo educativo, podem resultar em desfechos favoráveis no controle das habilidades para o autocuidado. Além disso, essas intervenções foram consideradas custo-efetivas podendo ser adaptadas as características locais, uma vez que não existe “[...] até o momento, um modelo universal que possa ser padronizado e reconhecido como eficaz para todos os indivíduos portadores da doença.” (GRILO et al., 2013, p. 401).

Por fim, Grilo et al. (2013) enfatizam que, 1) uma vez que, tanto as intervenções realizadas na forma individual como aquelas realizadas em grupos reduzem a HbA1c de forma semelhante, a última seria mais adequada para ser utilizada em saúde pública, por atingir um maior número de indivíduos; 2) o efeito das intervenções é proporcional ao tempo de exposição, portanto, maior tempo de contato com o educador devem ser inseridos no planejamento de um programa educativo; 3) a adaptação cultural e a utilização de tecnologia devem ser incorporadas ao processo; 4) o tipo de profissional responsável por fornecer a educação não parece influenciar nos resultados obtidos, e a utilização de agentes comunitários de saúde e outros pacientes deve ser encorajada; e 5) deve-se incluir técnicas de *empowering* as quais delega-se autoridade e responsabilidade em todos os níveis de autocuidado, por meio de incentivos contínuos, municiamento de informações sobre as novidades no tratamento, e promovendo liderança, avaliando-se o desempenho no alcance das metas e proporcionando feedback.

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que oficinas temáticas e educação tradicional em saúde são capazes de aumentar o conhecimento geral sobre as doenças em pacientes com diabetes e/ou hipertensão arterial e que a educação tradicional e oficinas temáticas induziram uma pior percepção da doença pelos pacientes, provavelmente por uma maior conscientização da gravidade da doença, perceberam que sem a possibilidade de cura haverá limitações permanentes em seu cotidiano. O curto período das intervenções educativas pode ter sido insuficiente para uma mudança de percepção emocional positiva e para maiores mudanças no autogerenciamento do autocuidado. Assim, sugere-se que sejam realizadas novas pesquisas e que estas incluam maior número de encontros, capacitação permanente da equipe de saúde para o controle das ações do autocuidado e de avaliação de indicadores objetivos para o controle das doenças tais como, medidas antropométricas, medidas de pressão arterial e controle glicêmico.

REFERÊNCIAS

- ALVES, G. G., AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Ciênc. & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-25, 2011.
- ALVES, B. A.; CALIXTO, A. A. T. F. C. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **J Health Sci Inst**. São Paulo, v. 30, n. 3, p. 255-60, 2012.
- ANDRADE et al. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. **Rev. O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 04, p. 439-449, 2013..
- ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 626-32, 2012.
- BARROS, M. B. A.; FRANCISCO, P. M. S. B.; ZANCHETTA, L. M.; CÉSAR, C. L. G. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3755-68, 2011.
- BASSI, D. et al. Efeitos da Coexistência de Diabetes Tipo 2 e Hipertensão sobre a Variabilidade da Frequência Cardíaca e Capacidade Cardiorrespiratória. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo, v. 111, n. 1, p. 64-72, 2018.

BERGAMO FRANCISCO, P. M. S.; SEGRI, N. J.; BORIM, F. S. A.; MALTA, D. C. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3829-40, 2018.

BORTOLI, D.; LOCATELLI, F.A.; FADEL, C.B.; BALDANI, M.H. Associação entre percepção de saúde bucal e indicadores clínicos e subjetivos: estudo em adultos de um grupo de educação continuada da terceira idade. **Rev. Pública. UEPG, Ciência Biológica e Saúde**: Ponta Grossa, v. 9, n. ¾, p. 56-65. 2003.

BRASIL **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, 35, 2014.

CARVALHO, V. L. R.; MESAS, A.E.; ANDRADE, S.M. Aplicação e análise de uma atividade de educação em saúde bucal para idosos. **Rev. Espaço para a Saúde**, Londrina, v.7, n.2, 2006.

FREITAS, L. R. S, GARCIA, L.P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 21, n. 1, p.7-19, jan-mar, 2012.

FOLETTTO, K. C. **Perfil Epidemiológico, Estado Nutricional e Fatores Associados à Hipertensão e Diabetes Mellitus em Idosos cadastrados no HiperDia no município de Caxias do Sul (RS)**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2009. Dissertação de Especialização em Saúde Pública.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C. et al. ADESÃO À DIETA E AO EXERCÍCIOS DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS. **Rev. Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 272-9, 2011.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Educação em Saúde: Planejando as ações educativas – teoria e prática. Manual para a operacionalização das ações educativas no SUS**. São Paulo, 2001.

GRILO et al. Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, n. 59, v. 4, 2013. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0104423013000936?token=51176463628824492B8B44B5E28E41AC9F241982282560083AC6F475B755AAF28A395960DABF4F16E13B2472602623E7>.

LOPES, T. O. **Aula expositiva dialogada e aula simulada: comparação entre estratégias de ensino na graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. São Paulo. Dissertação de Mestrado. 2012.

MAIA, M. A. **Associação entre o tempo de contato na prática educativa e seu impacto no conhecimento, atitude e autocuidado em Diabetes Mellitus**. Belo Horizonte, MG. Dissertação apresentada às provas de Mestrado em Enfermagem, 2015.

MOTTA, M.D.C.; PETERNELLA, F.M.N.; SANTOS, A.L.; TESTON, E.F.; MARCON, S.S. Educação em Saúde Junto a Idosos com Hipertensão e Diabetes: Estudo Descritivo. **Rev. Uningá Review**. Paraná, v. 18, n. 2, p. 48-53, abr-jun2014.

OBIRIKORANG, Y.; OBIRIKORANG, C.; ANTO, E. O.; ACHEAMPONG, E.; BATU, E. N.; STELLA, A. D.; CONSTANCE, O.; BRENYA, P. K. Knowledge of complications of diabetes mellitus among patients visiting the diabetes clinic at Sampa Government Hospital, Ghana: a descriptive study. **BMC Public Health**. v. 6, n.16. 2016.

PEREIRA, D. A. et al. Efeito de intervenção educativa sobre o conhecimento da doença em pacientes com diabetes mellitus. **Rev. Latino Am. Enferm**. Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, 2003.

REGO, R. A. et al. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. **Rev. Saúde Pub**. [online]. v. 24, n. 04, p. 277-85.1990.

REIS, D. M. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Rev. Ciênc. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 269-276. 2010.

RIBEIRO, R. L. S.; BAZÍLIO, D. V.; BATISTA, R. S. L.; CAVALCANTE, T. M.; OLIVEIRA, M. V. P. **HIPERTENSÃO E DIABETES: DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS EM MACEIÓ/AL**. Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. Ed. Realize, 2017.

RODRIGUES, A. C. S.; VIEIRA, G. L. C.; TORRES, H. C. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 531-7, 2010.

RODRIGUES, E. M.; SOARES, F. P. de T. P.; BOOG, M. C. F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional¹. **Rev. Nutr.**, Campinas, n. 18, v. 1, p.119-128, jan./fev., 2005.

SILVA, G. S. et al. Oficina temática: uma proposta metodológica para o ensino do modelo atômico de Bohr. **Rev. Ciênc. Educ**. Bauru, SP, v. 20, n. 2, p. 481-495, 2014.

SIQUEIRA, F. V.; NAHAS, M. V.; FACCHINI, L. A.; SILVEIRA, D. S.; PICCINI RX, TOMASI E. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 203-13, 2009.

SOWERS, J.R.; EPSTEIN, M. Diabetes mellitus and associated hypertension, vascular disease, and nephropathy. **An update Hypertension**. v. 26, n. 06, p. 869–879, 1995.

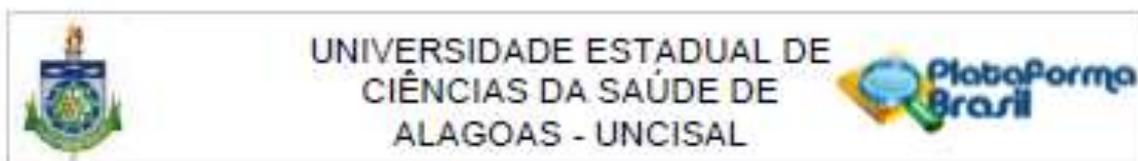
TEIXEIRA, G. M. **Programa educativo na prevenção de LER/DORT: uma avaliação com técnicos de enfermagem**. Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, p. 80, 2011.

THEME FILHA et al. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 18, n. 2 (Suppl), p. 83-96, 2015.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. **Rev. Saúde Pública.** n. 39, v. 6, p. 906-11, 2005.

TORRES, E. C. et al. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Rev. Saúde Pública,** v. 43, n. 2, p.291-8, 2009.

APENDICE B - Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROGRAMA EDUCATIVO NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL

Pesquisador: MARIA DE FATIMA MACHADO REYS ROCHA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 93930918.3.0000.5011

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.933.138

Apresentação do Projeto:

Historicamente o cenário epidemiológico brasileiro apresenta uma transição complexa entre as doenças infecciosas e doenças crônicas. Autores como Maíta et al. (2006) e Barros et al. (2006) relatam que a partir da década de 30 as doenças crônicas, representavam apenas 12% ao mesmo tempo em que as doenças infecciosas atingiam cerca de 46% da população. Porém no início deste século este cenário demonstrou uma expressiva e crescente inversão no número de indivíduos acometidos por afecções crônicas, tornando-se essas as causas principais de óbitos em todas as

regiões brasileiras. Barros et al (2006, p. 912) ressaltam que: A transição epidemiológica observada é decorrente de três principais mudanças: a

queda da mortalidade, a mudança do padrão de morbidade, com redução das doenças transmissíveis e aumento das doenças não-transmissíveis, e o deslocamento da morbimortalidade para os grupos etários mais velhos. As doenças crônicas são compreendidas por "[...] afecções de saúde que acompanham os indivíduos por longo período de tempo, podendo apresentar momentos de piora (episódios agudos) ou melhora sensível" (BARROS et al., 2006, p. 912). Consideradas como uma das maiores causas de mortes, além de levarem a mortes prematuras, suprimem a qualidade de vida,

geram alto grau de limitação nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, bem como impactos econômicos para o indivíduo e para a coletividade, agravando as desigualdades e aumentando a pobreza (BRASIL, 2014). Maíta et al. (2006) corroboram em seu relato justificando

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113

Bairro: PRADO

CEP: 57.010-300

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3315-8787

Fax: (82)3315-8787

E-mail: comitedeetic@uncisal@gmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
ALAGOAS - UNCISAL



Continuação do Parecer: 2.933.130

que as doenças crônicas requerem gastos onerosos para o Sistema Único de Saúde (SUS), pois, quando não controladas de forma adequada, exigem altos custos para a assistência médica, em decorrência da permanente necessidade da inserção tecnológica. Durante a década de 30 no Brasil, as doenças infecciosas responderam por 46% das mortes nas capitais brasileiras, e em meados de 2007, essas doenças infecciosas e parasitárias decresceram para 10% da população acometida. Neste mesmo período de 2007 cerca de 72% das mortes foram atribuídas às Doenças Crônicas

Não Transmissíveis (DCNT), destas destacam-se: as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias crônicas, o diabetes, o câncer, entre outras (MALTA et al., 2011; SCHMIDT et al., 2011). Fatores de risco, tais como, o consumo do tabaco, a alimentação não saudável principalmente a ingestão de gorduras de origem animais, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, são responsáveis, em sua maioria, pela epidemia de sobrepeso e obesidade (2,8 milhões de mortes/ano), pela elevada prevalência de hipertensão arterial e aumento do colesterol. Afeta, principalmente,

pessoas de baixa renda, mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso a serviços de saúde. Além disso, a presença dessas doenças cria um círculo vicioso, levando essas pessoas ao maior estado de pobreza (REGO, 1990; MALTA et al., 2011). Os autores supracitados ainda salientam que há grande evidência que correlaciona os determinantes sociais, como educação, ocupação, renda, gênero e etnia, aos fatores de risco e a prevalência de DCNT, sendo necessário o conhecimento de sua magnitude e de sua maior prevalência. O impacto socioeconômico das DCNT está afetando o progresso das Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM), que abrangem temas como saúde e determinantes sociais (educação e pobreza). Essas metas têm sido afetadas, na maioria dos países, pelo crescimento da epidemia de DCNT e seus fatores de risco (MALTA et al. 2011; REGO, 1990). Em 2011 o governo federal apresentou o seu Plano de Ações Estratégicas para o enfrentar, gerenciar e deter as DCNT e seus fatores de risco, 2011-2022 durante uma reunião na Organização das Nações Unidas (ONU) e abrange prioridades de gestão de quatro grupos fundamentais de doenças crônicas, a saber: cardiovasculares, câncer, respiratória e diabetes, e quatro fatores de risco modificáveis prioritários, os quais destacam-se: tabagismo, consumo de álcool, inatividade física e alimentação inadequada, por meio de três eixos estratégicos: no primeiro eixo destacam-se a Vigilância, a Informação, a Avaliação e o Monitoramento; no segundo, a Promoção da Saúde e por fim, no terceiro eixo Cuidado Integral (MALTA et al. 2016). Portanto, o estudo justifica-se pela necessidade urgente em deter o crescimento dos agravos das DCNT, no que concerne para este momento de pesquisar indivíduos portadores de diabetes e/ou hipertensão arterial sistêmica, por meio de ações de estratégias integradas e sustentáveis de

Endereço: Rua Jorge de Lima, 115

Bairro: PRADO

CEP: 57.010-300

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3315-6767

Fax: (82)3315-6767

E-mail: comitedeeticuncisal@gmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
ALAGOAS - UNCISAL



Continuação do Parecer: 2.933.138

prevenção e controle dessas afecções, estruturadas principalmente sobre seus principais fatores de riscos considerados modificáveis, a saber: tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada, obesidade, dislipidemia, consumo abusivo de álcool, entre outros.

Este estudo clínico aleatório tem por objetivo avaliar os resultados de um Programa Educativo em Saúde, idealizado a partir da realidade dos indivíduos e do grupo cadastrados no HiperDia de uma comunidade adscrita pela equipe de saúde, nos aspectos: conhecimento geral sobre os diferentes aspectos sobre Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, aspectos psicológicos e emocionais e autogerenciamento dos cuidados. Para tanto, serão realizados semanalmente, em dois grupos distintos de participantes, oficinas temáticas ou educação tradicional sobre

Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica. A análise dos resultados dos processos educativos, no que tange aos conhecimentos e compreensão adquiridos sobre sua doença, será realizada o programa BioEstat 5.0. Os dados serão avaliados se atendem aos pressupostos de testes paramétricos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

- Avaliar os resultados de um Programa Educativo em Saúde, idealizado a partir da realidade dos indivíduos e do grupo cadastrados no HiperDia de uma comunidade adscrita pela equipe de saúde, nos aspectos: conhecimento geral sobre os diferentes aspectos sobre Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, aspectos psicológicos e emocionais e autogerenciamento dos cuidados.

Objetivos Específicos

- Investigar o nível de conhecimentos gerais adquiridos pelos sujeitos sobre o Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial;
- Analisar a percepção nos aspectos psicológicos e emocionais sobre a(s) doença(s);
- Analisar o autogerenciamento (adesão à dieta e atividade física) dos participantes da pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco

Como não haverá procedimentos invasivos os riscos possíveis se restringem aos riscos emocionais, uma vez que o conhecimento acerca das complicações de sua doença poderá levar a ansiedade e sentimentos depressivos. Contudo, para minimizar esses riscos a USF conta com o

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113

Bairro: PRADO

CEP: 57.010-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3315-8787

Fax: (82)3315-8787

E-mail: comitedeetic@uncisal@gmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
ALAGOAS - UNCISAL



Continuação do Parecer: 2.933.130

apolo médico e do psicólogo da equipe do NASF.

Benefícios

Os benefícios para o paciente, são os esclarecimentos sobre os diversos aspectos de sua doença e com isso uma maior adesão ao tratamento e ao autogerenciamento da doença. Em termos de saúde pública, novas intervenções capazes de aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento levarão a redução de comorbidades e menos despesas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo se encontra de acordo com a Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem pendências

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Nesta oportunidade, lembramos que o pesquisador tem o dever de durante a execução do experimento, manter o CEP informado através do envio a cada seis meses, de relatório consubstanciado acerca da pesquisa, seu desenvolvimento, bem como qualquer alteração, problema ou interrupção da mesma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1145408.pdf	17/08/2018 09:17:47		Aceito
Outros	autorizacaoms.pdf	17/08/2018 09:16:43	MARIA DE FATIMA MACHADO REYS ROCHA	Aceito
Outros	declaracaopsicologa.pdf	17/08/2018 09:14:50	MARIA DE FATIMA MACHADO REYS ROCHA	Aceito
Outros	declaracaomedica.pdf	17/08/2018 09:13:14	MARIA DE FATIMA MACHADO REYS ROCHA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoceppdf.pdf	18/07/2018 10:32:48	MARIA DE FATIMA MACHADO REYS ROCHA	Aceito

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113

Bairro: PRADO

CEP: 57.010-300

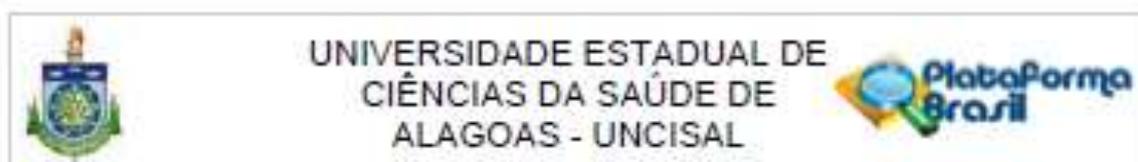
UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3315-8787

Fax: (82)3315-8787

E-mail: comitedeetic@uncisal@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.933.136

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoedesquisa.docx	17/06/2018 17:58:57	MARIA DE FATIMA MACHADO REYS ROCHA	Aceito
Outros	questionarioesmhas.docx	17/06/2018 17:56:37	MARIA DE FATIMA MACHADO REYS ROCHA	Aceito
Outros	questionarioesmdm.docx	17/06/2018 17:55:30	MARIA DE FATIMA MACHADO REYS ROCHA	Aceito
Outros	questionarioatthas.docx	17/06/2018 17:54:31	MARIA DE FATIMA MACHADO REYS ROCHA	Aceito
Outros	questionarioattdm.docx	17/06/2018 17:53:42	MARIA DE FATIMA MACHADO REYS ROCHA	Aceito
Outros	questionarioodnhas.docx	17/06/2018 17:49:40	MARIA DE FATIMA MACHADO REYS ROCHA	Aceito
Outros	questionarioodndm.docx	17/06/2018 17:48:28	MARIA DE FATIMA MACHADO REYS ROCHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEdocx.docx	17/06/2018 17:23:09	MARIA DE FATIMA MACHADO REYS ROCHA	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_PARA_A_REALIZACAO_DE_PESQUISA_2.jpg	08/06/2018 20:14:51	MARIA DE FATIMA MACHADO REYS ROCHA	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_PARA_A_REALIZACAO_da_pesquisa_UBS.pdf	08/06/2018 20:07:02	MARIA DE FATIMA MACHADO REYS ROCHA	Aceito
Outros	TERMO_DE_RESPONSABILIDADE.jpg	08/06/2018 20:01:41	MARIA DE FATIMA MACHADO REYS ROCHA	Aceito
Outros	DECLARACAO_Conflito_de_Interesse.pdf	08/06/2018 19:58:22	MARIA DE FATIMA MACHADO REYS ROCHA	Aceito
Cronograma	CronogramaPesquisaMestrado.docx	04/06/2018 17:31:00	MARIA DE FATIMA MACHADO REYS ROCHA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Jorge de Lima, 115
 Bairro: PRAZO CEP: 57.010-900
 UF: AL Município: MACEIO
 Telefone: (82)3315-8787 Fax: (82)3315-8787 E-mail: comitedeetic@uncisal@gmail.com

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



ESTADO DE ALAGOAS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS – UNCISAL

Campus Governador Lamenha Filho - Rua Jorge de Lima, 113 - Trapiche da Barra - Maceió/AL. CEP 57.010-300
Fone: (82) 3315-6787 - CNPJ 12.517.793/0001-08

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”

1. O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo “PROGRAMA EDUCATIVO NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL”, que será realizada na UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JOSÉ recebi da Sra. FLÁVIA ACCIOLY CANUTO WANDERLEY (orientadora), docente, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

2. Este estudo se destina a avaliar os resultados de um Programa Educativo em Saúde, idealizado a partir da realidade dos indivíduos e do grupo cadastrados no HiperDia de uma comunidade adscrita pela equipe de saúde, nos aspectos: conhecimento geral sobre os diferentes aspectos sobre Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, aspectos psicológicos e emocionais e autogerenciamento dos cuidados; considerando que a importância deste estudo é a necessidade de reduzir a prevalência, incidência e agravos causados pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis; os resultados que se desejam alcançar são que ambos os grupos concluam a intervenção tendo um maior conhecimento sobre suas doenças e maior adesão às intervenções terapêuticas, o que poderá melhorar a qualidade de vida; tendo início planejado para começar em 06 de agosto de 2018, após a aprovação pelo sistema CEP/CONEP e terminar em novembro de 2018.

3. O (a) Senhor (a) participará do estudo da seguinte maneira: participará de uma intervenção educativa em grupos, por sorteio, com uma hora de duração, um dia por semana, com atividades de educação em saúde sobre Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica. Antes e após a participação da intervenção educativa responderá questionários sobre conhecimento geral sobre Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica, autogerenciamento do cuidado e aspecto psicológico sobre a doença. Como não haverá procedimentos invasivos os riscos possíveis se restringem aos riscos emocionais, uma vez que o conhecimento acerca das complicações de sua doença poderá levar a ansiedade e

sentimentos depressivos. Contudo, para minimizar esses riscos a USF conta com o apoio médico e do psicólogo da equipe do NASF

4. Os benefícios para o paciente, são os esclarecimentos sobre os diversos aspectos de sua doença e com isso uma maior adesão ao tratamento e ao autogerenciamento da doença. Em termos de saúde pública, novas intervenções capazes de aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento levarão a redução de comorbidades e menos despesas.

5. Durante todo o estudo, a qualquer momento que se faça necessário, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

6. A qualquer momento, o (a) Senhor (a) poderá recusar a continuar participando do estudo e, retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo. A divulgação dos resultados será realizada somente entre profissionais e no meio científico pertinente.

7. O (a) Senhor (a) deverá ser ressarcido (a) por qualquer despesa que venha a ter com a sua participação nesse estudo e, também, indenizado por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas é garantida a existência de recursos.

8. O (a) Senhor (a) tendo compreendido o que lhe foi informado sobre a sua participação voluntária no estudo *“PROGRAMA EDUCATIVO NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL”*, consciente dos seus direitos, das suas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que terá com a sua participação, concordará em participar da pesquisa mediante a sua assinatura deste Termo de Consentimento.

Ciente, _____ DOU O MEU
CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço do(a) participante voluntário(a):

Residência: (rua).....Bloco:

Nº:, complemento:Bairro:

Cidade:CEP:Telefone:

Ponto de referência:

Contato de urgência (participante): Sr(a):

Domicílio: (rua, conjunto).....Bloco:

Nº:, complemento:Bairro:

Cidade:CEP:Telefone:

Ponto de referência:

Nomes e Endereços dos Pesquisadores Responsáveis:

MARIA DE FÁTIMA MACHADO REYS ROCHA

Endereço: Avenida Dom Antonio Brandão, n. 384, Cond. Grand Parque, bloco Bambu, ap. 1904, Farol, Maceió, Alagoas. Fone: 98133 7694

FLÁVIA ACCIOLY CANUTO WANDERLEY

Endereço: Rua Esther Silveira Costa, n. 18, apto. 305, Edif. Mirante Garden, Farol

Fone: (82) 9909-8004

Instituição:

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNCISAL: Rua Dr Jorge de Lima, 113. Trapiche da Barra, CEP.: 57010-382. Maceió, Alagoas.

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa, pertencente UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNCISAL: Rua Dr Jorge de Lima, 113. Trapiche da Barra, CEP.: 57010-382. Sala 203, segundo andar, Prédio Sede. Telefone: 3315 6787. Correio eletrônico: comitedeeticaucisal@gmail.com . Website: <https://cep.uncisal.edu.br/>
Horário de funcionamento: diariamente no horário de 13:00 as 19:00 horas.

Maceió, _____ de _____ de _____

Assinatura do pesquisador principal

Assinatura ou impressão digital do(a)
voluntário(a) ou responsável legal

Assinatura de testemunha

Assinatura de testemunha

APÊNDICE D - Cartaz Convite**ESTADO DE ALAGOAS****UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS – UNCISAL**

Campus Governador Lamenha Filho - Rua Jorge de Lima, 113 - Trapiche da Barra - Maceió/AL. CEP 57.010-300

Fone: (82) 3315-6787 - CNPJ 12.517.793/0001-08

**CONVITE AOS PACIENTES DIABÉTICOS E
HIPERTENSOS**

**Você está sendo convidado a participar de uma
pesquisa que tem como objetivo avaliar os resultados
de um Programa Educativo em Saúde, idealizado a
partir da sua realidade.**

**SUA PARTICIPAÇÃO É LIVRE E NÃO TEM FINS
FINANCEIROS**

**Para maiores informações coloque o seu nome e contato na
lista ao lado**

Maria de Fátima Machado Reys Rocha

98133-7694

fatimamrr@gmail.com

APÊNDICE E - Questionário de Conhecimento Geral acerca da Hipertensão Arterial



ESTADO DE ALAGOAS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS – UNCISAL

Campus Governador Lamenha Filho - Rua Jorge de Lima, 113 - Trapiche da Barra - Maceió/AL. CEP 57.010-300

Fone: (82) 3315-6787 - CNPJ 12.517.793/0001-08

FORMULÁRIO SOBRE O CONHECIMENTO GERAL ACERCA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Idade:	Sexo: ()M ()F	Data: / /
Há quanto tempo você tem Hipertensão Arterial Sistêmica?		
Como ela é tratada? (Marque um)	(A) Dieta (B) Dieta e Medicamento Oral	
Profissão:		

INSTRUÇÕES: Este é um pequeno questionário para descobrir o quanto você sabe sobre hipertensão. Se você souber a resposta certa faça um círculo em volta da letra na frente dela. Se você não souber a resposta, faça um círculo em volta da letra a frente de “Não sei”.

1. Na hipertensão SEM CONTROLE, o sal deveria:

- (A) Ser evitado
- (B) Fazer uso normal
- (C) Fazer uso pouco
- (D) Não sei

- (A) 120 mmHg.
- (B) 130 mmHg.
- (C) 140 mmHg.
- (D) Não sei.

2. Qual destas afirmações é VERDADEIRA?

- (A) Não importa se a sua hipertensão não está sob controle, desde que você não enfarte.
- (B) É melhor parar o remédio para evitar a hipotensão.
- (C) O controle mal feito da hipertensão pode resultar numa chance maior de complicações mais tarde.
- (D) Não sei.

4) Identifique abaixo a alternativa que NÃO se considera fator de risco para Hipertensão:

- (A) Sedentarismo
- (B) Excesso de gordura corporal
- (C) Excesso de fome
- (D) Não sei

3) A faixa de variação NORMAL da pressão sistólica (máxima) nos vasos sanguíneos é de:

5) Quais são as medidas de circunferência abdominal que pode levar ao risco de Obesidade?

- (A) ≥ 90 cm nos homens ou ≥ 70 cm nas mulheres
- (B) ≥ 94 cm nos homens ou ≥ 80 cm nas mulheres
- (C) ≥ 80 cm nos homens ou ≥ 60 cm nas mulheres

(D) Não sei

6) A presença de diminuição do vaso sanguíneo (vasoconstricção) é:

- (A) Um bom sinal.
- (B) Um mal sinal.
- (C) Encontrado normalmente em quem não tem hipertensão.
- (D) Não sei.

7) Quais das possíveis complicações abaixo NÃO estão geralmente associados à hipertensão

- (A) Alterações na fome.
- (B) Alterações nos rins.
- (C) Alterações no coração
- (D) Não sei.

8) Se uma pessoa que está tomando remédio para a pressão apresenta uma taxa alta de pressão no vaso sanguíneo, ela deve:

- (A) Aumentar quantidade de remédio.
- (B) Diminuir a quantidade de remédio.
- (C) Manter a mesma quantidade de remédio e a mesma dieta, e fazer um exame de sangue e de urina mais tarde.
- (D) Não sei.

9) Se uma pessoa hipertensa está tomando remédio para a pressão e fica doente ou não consegue comer a dieta prescrita:

- (A) Ela deve parar de tomar remédio imediatamente.
- (B) Ela deve continuar a tomar o remédio.
- (C) Ela deve usar outro remédio hipotensor para pressão alta em vez de seu remédio.
- (D) Não sei.

10) Se você sente que a hipotensão está começando, você deve

- (A) Tomar remédio para aumentar a pressão imediatamente.
- (B) Deitar-se e descansar imediatamente.
- (C) Comer ou beber algo salgado imediatamente.
- (D) Não sei.

11) Você pode comer o quanto você quiser dos seguintes ALIMENTOS:

- (A) Macarrão.
- (B) Alface e Agrião
- (C) Carne

- (D) Defumados
- (E) Não sei.

12) Quando devemos ser encaminhados para os serviços de urgência e emergência?

- (A) ao apresentar cefaleia, dor no peito, dispnéia (cansaço) e obnubilação (vista ofuscada).
- (B) quando a minha pressão estiver alta mesmo sem sentir nada.
- (C) quando eu achar necessidade sem antes apresentar qualquer sintoma
- (D) não procuro ajuda médica em nenhuma destas situações anteriores.

APÊNDICE F - Formulário sobre Aspectos Psicológicos e Emocionais do Hipertenso



ESTADO DE ALAGOAS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS – UNCISAL

Campus Governador Lamenha Filho - Rua Jorge de Lima, 113 - Trapiche da Barra - Maceió/AL. CEP 57.010-300

Fone: (82) 3315-6787 - CNPJ 12.517.793/0001-08

FORMULÁRIO SOBRE ASPECTOS PSICOLÓGICOS E EMOCIONAIS DO HIPERTENSO

INSTRUÇÕES: ESTE FORMULÁRIO CONTÉM 19 PERGUNTAS PARA VER COMO VOCÊ SE SENTE SOBRE O HIPERTENSO EM SUA VIDA. COLOQUE UM X NA OPÇÃO QUE CORRESPONDE A SUA RESPOSTA.

1. Se eu não tivesse HIPERTENSÃO, eu seria uma pessoa bem diferente:

- (A) Não concordo de jeito nenhum.
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

2. Não gosto que me chame de HIPERTENSO

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

3) Ter HIPERTENSÃO foi a pior coisa que aconteceu na minha vida

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

4) A maioria das pessoas tem dificuldade em se adaptar ao fato de ter HIPERTENSÃO:

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.

(D) Concordo.

(E) Concordo totalmente.

5) Costumo sentir vergonha por ter HIPERTENSÃO

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

6) Parece que não tem muita coisa que eu possa fazer para controlar a minha HIPERTENSÃO

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

7) Há pouca esperança de levar uma vida normal com HIPERTENSÃO

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

8) O controle adequado da HIPERTENSÃO envolve muito sacrifício e inconvenientes

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

9) Procuro não deixar que as pessoas saibam que tenho HIPERTENSÃO

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

10) Ser diagnosticado com HIPERTENSÃO é o mesmo que ser condenado a uma vida de doença

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

11) Minha dieta de HIPERTENSO não atrapalha muito minha vida social

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

12) Em geral, os médicos precisam ser muito mais atenciosos ao tratar pessoas com HIPERTENSÃO

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

13) Ter HIPERTENSÃO durante muito tempo muda a personalidade da pessoa

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

14) Tenho dificuldade em saber se estou bem ou doente

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

15) HIPERTENSÃO não é realmente um problema por que pode ser controlado

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

16) Não há nada que você possa fazer, se você tiver HIPERTENSÃO

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

17) Não há ninguém com quem eu possa falar abertamente sobre a minha HIPERTENSÃO

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

18) Acredito que convivo bem com a HIPERTENSÃO

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

19) Costumo achar que é injusto que eu tenha HIPERTENSÃO e outras pessoas tenham uma saúde muito boa

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

APÊNDICE G - Questionário de Autocuidado com Hipertensão Arterial



ESTADO DE ALAGOAS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS – UNCISAL

Campus Governador Lamenha Filho - Rua Jorge de Lima, 113 - Trapiche da Barra - Maceió/AL. CEP 57.010-300

Fone: (82) 3315-6787 - CNPJ 12.517.793/0001-08

Questionário de Autocuidado com Hipertensão Arterial

INSTRUÇÕES: Obrigada por preencher este formulário. As perguntas abaixo dizem respeito a suas atividades de autocuidado com a hipertensão nos últimos 7 dias. Por favor, responda as perguntas com o máximo de cuidado e honestidade possível.

DIETA

1) Com qual **frequência** você seguiu a dieta recomendada nos últimos 7 dias?

Nenhuma	1 – 2 vezes	3 – 4 vezes	5 – 6 vezes	7 vezes ou mais
1	2	3	4	5

2) Com qual **frequência** você conseguiu limitar suas calorias (diminuindo alimentos que contém sal e massa) como recomendado para uma alimentação saudável no controle de Hipertensão?

Nenhuma	1 – 2 vezes	3 – 4 vezes	5 – 6 vezes	7 vezes ou mais
1	2	3	4	5

3) Na última semana quantas vezes você incluiu nas suas refeições **alimentos saudáveis ricos em fibras**, tais como: FRUTAS FRESCAS, LEGUMES FRESCOS, PÃO INTEGRAL OU FEIJÃO?

Nenhuma	1 – 2 vezes	3 – 4 vezes	5 – 6 vezes	7 vezes ou mais
1	2	3	4	5

4) Na última semana, quantas vezes você incluiu nas suas **refeições alimentos ricos em gorduras**, tais como: MANTEIGA, ÓLEO, MAIONESE, FRITURAS, MOLHO DE SALADA, BACON, OUTRAS CARNES COM GORDURA OU PELE?

Nenhuma	1 – 2 vezes	3 – 4 vezes	5 – 6 vezes	7 vezes ou mais
1	2	3	4	5

5) **Na última semana**, quantas vezes você incluiu doces e sobremesas, tais como: bolos, gelatina, refrigerantes (comum, não *diet*), biscoitos?

Nenhuma	1 – 2 vezes	3 – 4 vezes	5 – 6 vezes	7 vezes ou mais
1	2	3	4	5

ATIVIDADE FÍSICA

6) **Em quantos dos últimos sete (7) dias da semana** você fez pelo menos 20 minutos de exercício físico?

Nenhuma	1 – 2 vezes	3 – 4 vezes	5 – 6 vezes	7 vezes ou mais
1	2	3	4	5

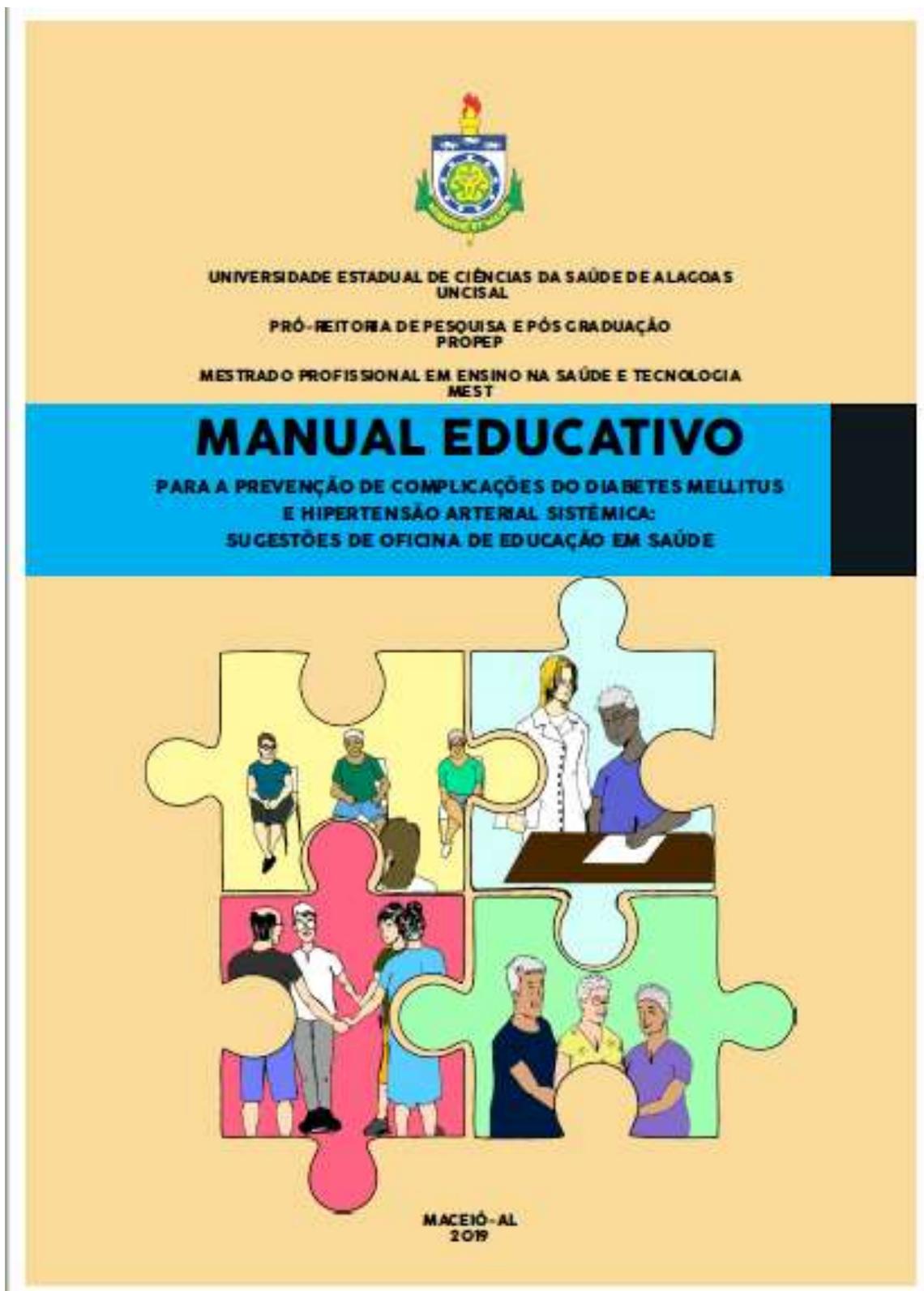
7) **Com qual frequência nos últimos sete (7) dias** você fez exercícios físicos recomendados para o controle da HIPERTENSÃO como, por exemplo: 30 minutos de caminhada, natação, hidroginástica ou outra?

Nenhuma	1 – 2 vezes	3 – 4 vezes	5 – 6 vezes	7 vezes ou mais
1	2	3	4	5

8) **Em quantos dos últimos sete (7) dias** você fez os exercícios físicos recomendados para o controle de Hipertensão, além das atividades domésticas ou daquelas que fazem, parte do seu cotidiano de trabalho?

Nenhuma	1 – 2 vezes	3 – 4 vezes	5 – 6 vezes	7 vezes ou mais
1	2	3	4	5

APÉNDICE H – Manual Educativo para a Prevenção de Complicações do Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica: Sugestões de Oficina De Educação Em Saúde



Manual apresentado à banca de defesa com vista à
obtenção do grau de Mestre em Ensino na Saúde e
Tecnologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde
de Alagoas



AUTORAS:

Maria de Fátima Machado Reis Rocha - Mestranda -
Universidade Estadual de Ciências da Saúde
de Alagoas (UNCSAL);

Professora Doutora Flávia Accioly Canuto Wanderley
Orientadora - Universidade Estadual de Ciências da Saúde
de Alagoas (UNCSAL);

Professora Doutora Almira Alves dos Santos
Co-orientadora - Universidade Estadual de Ciências da Saúde
de Alagoas (UNCSAL).

COLABORADOR:

Adônis Vinícius Santos - Discente do curso de Fisioterapia -
Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
(UNCSAL).

ILUSTRADOR:

Jaír Barros de Castro Rodrigues.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	05.
2. INTRODUÇÃO	06.
3. PILARES DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	09.
3.1. INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS SOBRE AUTOCUIDADO	09.
3.1.1. INTERVENÇÃO 1 - CUIDADOS COM A DIETA: REFEIÇÕES RICAS EM GORDURA E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, DIETA PARA OS DIABÉTICOS E HIPERTENSOS	09.
3.1.2. INTERVENÇÃO 2 - SER FÍSICAMENTE ATIVO: ATIVIDADE FÍSICA (AF), EXERCÍCIO FÍSICO E CRENÇAS E PERCEÇÃO DO SEU CORPO	10.
3.1.3. INTERVENÇÃO 3 - AUTOMONITORAÇÃO DA GLICOSE SANGÜÍNEA, DA PRESSÃO ARTERIAL E DOS MEDICAMENTOS	12.
3.2. INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS SOBRE A PERCEÇÃO EMOCIONAL	14.
3.2.1. INTERVENÇÃO 1 - DIABETES E/OU HIPERTENSÃO NÃO TEM CURA: EM QUE ISTO ME ATRAPALHA?	14.
3.2.2. INTERVENÇÃO 2 - PRONTIDÃO PARA MUDANÇAS E AUTONOMIA (AUTOCONFIANÇA E AUTORESPEITO)	15.
3.2.3. INTERVENÇÃO 3 - ENSINO E HABILIDADES NECESSÁRIAS PARA O ENFRENTAMENTO DO DIABETES E DA HIPERTENSÃO NAS VARIADAS SITUAÇÕES	17.
3.3. INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS SOBRE CONHECIMENTO GERAL	19.
3.3.1. INTERVENÇÃO 1 - FALANDO SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO II	19.
3.3.2. INTERVENÇÃO 2 - FALANDO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	21.
3.3.3. INTERVENÇÃO 3 - POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS AO DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL E MANEIRAS PARA RESOLVER POSSÍVEIS RISCOS AGUDOS E CRÔNICOS	24.
REFERÊNCIAS	26.

FIGURAS

FIGURA 1. ESTRATÉGIA FACILITADORA DE EXPRESSÃO: NÓ HUMANO	09.
FIGURA 2. ATIVIDADE EDUCACIONAL: COMIDA NA MESA	10.
FIGURA 3. ESTRATÉGIA FACILITADORA DE EXPRESSÃO: ACERTANDO NA MOSCA	11.
FIGURA 4. ATIVIDADE EDUCACIONAL: O QUE É ATIVIDADE FÍSICA?	11.
FIGURA 5. ESTRATÉGIA FACILITADORA DE EXPRESSÃO: TOCA DO COELHO	12.
FIGURA 6. ATIVIDADE EDUCACIONAL: IMAGEM E AÇÃO PARA DIABETES E HIPERTENSÃO	13.
FIGURA 7. ESTRATÉGIA FACILITADORA DE EXPRESSÃO: ESTRADA DA FORMAÇÃO	14.
FIGURA 8. ATIVIDADE EDUCACIONAL: DIABETES E/OU HIPERTENSÃO NÃO TEM CURA: O QUE ISTO ME ATRAPALHA	15.
FIGURA 9. ESTRATÉGIA FACILITADORA DE EXPRESSÃO: DINÂMICA DO ESPELHO	16.
FIGURA 10. ATIVIDADE EDUCACIONAL: BATATA QUENTE	17.
FIGURA 11. ESTRATÉGIA FACILITADORA DE EXPRESSÃO: LARANJA NO PÉ	17.
FIGURA 12. ATIVIDADE EDUCACIONAL: COMO ENFRENTAR AS LIMITAÇÕES DO DIABETES E DA HIPERTENSÃO ARTERIAL?	18.
FIGURA 13. ESTRATÉGIA FACILITADORA DE EXPRESSÃO: TELEFONE SEM FIO	19.
FIGURA 14. ATIVIDADE EDUCACIONAL: DADO COLORIDO	21.
FIGURA 15. ESTRATÉGIA FACILITADORA DE EXPRESSÃO: DINÂMICA DO ABRAÇO	22.
FIGURA 16. ATIVIDADE EDUCACIONAL: TRILHA DO CORAÇÃO	23.
FIGURA 17. ESTRATÉGIA FACILITADORA DE EXPRESSÃO: PRA QUEM VOCÊ TIRA O CHAPÉU?	24.
FIGURA 18. ATIVIDADE EDUCACIONAL: ROLETA DAS COMPLICAÇÕES	25.

APRESENTAÇÃO

Este manual foi estruturado por meio de experiências exitosas vivenciadas em nove intervenções educacionais aplicáveis tanto em forma de aulas expositivas dialogadas (com ênfase na educação tradicional), quanto por oficinas temáticas (utilização de produtos educacionais) que propiciam o manejo de profissionais/educadores e estudantes da saúde que buscam a prevenção de doenças crônicas e o controle das complicações, as quais tanto preocupam a saúde pública.

Para educar pessoas com Diabetes Mellitus (DM) e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) este Manual abordou temáticas que obedeceram a um roteiro compartilhado por uma equipe interdisciplinar que vertem para o autocuidado, a percepção emocional e o conhecimento geral sobre a(s) doença(s) (ARAÚJO; SILVA, 2011; RODRIGUES; VIEIRA E TORRES, 2010).

Composto por 27 páginas, este manual, cujo conteúdo foi baseado em recomendações de entidades nacionais e internacionais como STANDARDS NACIONAIS PARA EDUCAÇÃO EM AUTOGERENCIAMENTO DO DIABETES (2010); SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2016); TORRES; HORTALE; SCHALL (2003); SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (2014-2015); BRASIL (2014) descreve possíveis intervenções educacionais em ambiente de atenção básica que facilitam aos participantes conhecer sobre sua doença.

INTRODUÇÃO

Quatro grupos de doenças crônicas respondem pela maioria de óbitos no mundo, a saber: doenças cardiovasculares (com destaque para HAS), câncer, doença do sistema respiratório e Diabetes Mellitus (DM). Destes, 80% ocorrem em países de baixa ou média renda e atingem indivíduos com mais de 60 anos. No Brasil estas doenças também são as principais causas de óbito, em 2007, elas corresponderam a 72,4% do total de mortes (DUNCAN et al., 2012; BRASIL, 2014; MALTA et al., 2011; SCHMIDT et al., 2011; MIRANZI, 2008, CORRER et al., 2008 e COSTA et al., 2011).

Além de sua alta prevalência, o DM e a HAS estão entre os principais fatores de risco populacional para doenças cardiovasculares, atribuindo custos onerosos a saúde pública. Apesar disso, essas doenças podem ser controladas mediante tratamento adequado (BRASIL, 2006; BRASIL, 2001). O Ministério da Saúde (2001; 2006) e Schmidt et al. (2009) referem que 11% da população brasileira é acometida por DM. Existem atualmente mais de 170 milhões de pessoas diabéticas em todo o mundo o que pode ser considerado uma epidemia global, soma-se a isto o fato do DM aumentar o risco para doenças do aparelho circulatório, tais como, HAS, acidente vascular cerebral, doenças cardíacas, retinopatia, danos nos nervos periféricos e problemas renais.

Dentre as doenças do aparelho circulatório, a HAS destaca-se por sua alta mortalidade e alta prevalência em adultos acima de 25 anos, o que significa, segundo a organização mundial de saúde, valores acima dos 40% (WHO, 2018). De acordo com a última pesquisa da VIGITEL, há uma prevalência de 24,1% de indivíduos hipertensos com idade igual ou superior aos 18 anos, esta percentagem aumenta à medida que se observam escalões etários mais velhos de forma isolada, como por exemplo, os que apresentam idade acima dos 65 anos, onde a prevalência é de 60,4% (MALTA et al., 2017).

Fatores de risco tais como o consumo do tabaco, a alimentação não saudável principalmente a ingestão de gorduras de origem animal, a inatividade física e o consumo no chivo de álcool, são responsáveis, em sua maioria, pela epidemia de sobrepeso e obesidade (2,8 milhões de mortes/ano), aumento do colesterol e pela elevada prevalência de HAS e DM tipo 2 (BRASIL, 2014; MALTA, MORAIS NETO; SILVA JÚNIOR, 2011).

Esses fatores de risco parecem ser mais notórios em pessoas de baixa renda e com baixa escolaridade, pois são mais suscetíveis e com menor alcance aos serviços de saúde, gerando desigualdades e maior condição de pobreza (BRASIL, 2011; REGO, 1990; MALTA et al., 2011). Este impacto socioeconômico das DCNT está afetando o progresso das Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM) associadas à saúde e determinantes sociais (MALTA et al., 2011; REGO, 1990).

INTRODUÇÃO

Em 2011, durante uma reunião na Organização das Nações Unidas (ONU), o governo brasileiro apresentou o seu Plano de Ações Estratégicas para enfrentar, gerenciar e deter as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco até o ano de 2022. O plano abrange prioridades de gestão de quatro grupos fundamentais de doenças crônicas, a saber: doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias e diabetes, e de quatro fatores de risco modificáveis prioritários: tabagismo, consumo de álcool, inatividade física e alimentação inadequada. Foram estabelecidos três eixos estratégicos: no primeiro eixo destacam-se a Vigilância, a Informação, a Avaliação e o Monitoramento; no segundo, a Promoção da Saúde e por fim, no terceiro eixo, o Cuidado Integral (BRASIL, 2011; MALTA et al., 2016).

Com a expansão da Atenção Primária na última década, observou-se redução de aproximadamente 20,0% nas taxas de mortalidade pelas DCNT, o que pode ser atribuído a melhoria da assistência e redução do consumo do tabaco desde os anos 1990, mostrando um importante avanço na saúde dos brasileiros (BRASIL, 2014).

Embora, tenha se observado redução na mortalidade por estas doenças, sua morbimortalidade ainda é considerada bastante elevada e a prevenção das mesmas continua sendo uma prioridade do sistema de saúde. Autores relatam que o foco específico dos programas de assistência deve ser a elaboração de políticas de saúde pública que objetivem reorganizar os serviços e devam propiciar atenção continuada e qualificada aos portadores de DM e/ou HAS (CHAZAN; PEREZ, 2008). Estudos recentes evidenciam que a atuação coordenada e preparada das equipes interdisciplinares, alcançam melhores resultados pois apoiam e orientam as pessoas a lidar com suas condições (BRASIL, 2014).

As ações educacionais em saúde, de acordo com Albuquerque e Stotz (2004, p. 259) são compreendidas quando “[...] tanto profissionais como usuários aprendem e ensinam, numa construção dialógica do conhecimento”, assim, busca-se compreender as raízes dos problemas de saúde e desenvolver possíveis soluções para estes dilemas. Nessa perspectiva há o reconhecimento que o saber popular é planejado e utiliza-se de estratégias com alta capacidade de expressar a sua realidade. Deste modo a educação dialogada utiliza constantemente trocas de saberes científicos e populares, pois ambos ensinam e aprendem simultaneamente (LACERDA; RIBEIRO, 2011).

Conhecer adequadamente sobre a doença é um dos componentes chave para o cuidado em saúde, e quanto maior for este conhecimento sobre a doença e suas complicações maior a adesão ao tratamento e maiores serão os benefícios na diminuição das complicações associadas à doença e redução do número de óbitos (OBIRIKORANG et al., 2016). Desse modo, quer nos diversos grupos educativos, ou no contato dial entre profissionais de saúde e pacientes, a ação educacional torna-se uma oportunidade significativa para desenvolver o cuidado integral à saúde (ALMEIDA et al., 2014; ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004; ALVES, 2005).

Quando isto não ocorre de maneira esperada a transposição dos conhecimentos ainda permanecem no modelo hegemônico durante as práticas profissionais as quais ainda adotam

INTRODUÇÃO

uma postura verticalizada e geralmente comunicam-se com o indivíduo ou coletivo responsabilizando-o(s) por comportamentos inapropriados para a saúde plena (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004). GAZZINELLI et al. (2005) reforçam que a gênese de se educar para saúde parte do pressuposto que problemas diversos resultam de uma educação insuficiente da população.

Quando os pacientes conhecem a doença e os respectivos tratamentos, ofertam melhores resultados gerais para a sua saúde. No entanto, existem barreiras que impedem esta compreensão e dificultam o pleno engajamento no manejo da doença. Cerca de US\$ 73 bilhões são gastos com a saúde dos americanos, e estes custos excessivos resultam da falta de compreensão das informações sobre saúde, também denominada baixa literacia em saúde (HANSEN et al., 2017). A alfabetização em saúde é considerada o melhor nível de capacidade que o indivíduo deve obter para tomar decisões apropriadas no gerenciamento de sua doença (HANSEN et al., 2017; PASKULIN et al., 2011).

Portanto, o processo educativo é destinado ao empoderamento do indivíduo que o auxilia no processo de construção de habilidades, atitudes e autoconhecimentos necessários para tomadas de decisões mais assertivas acerca de sua saúde. Pacientes mais empoderados, interagem de forma mais eficaz com os profissionais de saúde e realizam atitudes mais apropriadas para fomentar uma vida mais saudável (TADDEO et al., 2012).

3. PILARES DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

3.1. INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS SOBRE AUTOCUIDADO

3.1.1. INTERVENÇÃO 1

TEMA: Cuidados com a dieta: Refeições ricas em gorduras e Alimentação saudável, Dietas para os diabéticos e hipertensos (BUKHSH et al., 2018).

FACILITADORES DA EDUCAÇÃO: Nutricionista.

ESTRATÉGIA FACILITADORA DE EXPRESSÃO:

TEMA: Nó Humano (MACRUZ, 2007, p. 84).

OBJETIVOS: Estimular o espírito de equipe e a atenção do grupo.

MÉTODO: Todos em roda, sem soltar as mãos, sem pressa e sem se machucar, devem entrar por baixo das mãos dadas dos outros, até ser impossível continuar. Ao sinal do facilitador, começa-se a desfazer este nó até refazer a roda (MACRUZ, 2007, p. 84).



Figura 1. Estratégia facilitadora de expressão: "Nó Humano".

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE EDUCACIONAL:

TEMA: Comida na mesa (MOURA et al., 2008; BUKHSH et al., 2018; GLANZ et al., 2008).

MÉTODO: Em uma mesa colocar mantas nas cores vermelha, verde e amarela. Próximo a esta mesa colocar alimentos (naturais e industrializados). A facilitadora/nutricionista solicita aos participantes que separem os alimentos colocando os que são considerados saudáveis e livres para o consumo na manta verde, os alimentos pouco saudáveis e consumidos com cautela na manta amarela, e os que provocam possíveis riscos à saúde e que devem ser evitados, na manta

vermelha. Após esta etapa a facilitadora/nutricionista realiza as correções necessárias esclarecendo os motivos reais, ao mesmo tempo que troca os alimentos que estarão na manta de cor incorreta para a manta correta. A facilitadora/nutricionista discute sobre dietas específicas do diabético fundamentada nos conselhos dietéticos, cujo objetivo é orientar os participantes a construir, de forma generalizada, refeições que controlam a glicemia e a pressão sanguínea, promove orientações dietéticas com baixo teor de sódio e moderada em carboidratos, por meio da habilidade de ler rótulos de alimentos; e orienta a planejar as refeições, como por exemplo: comer 5 porções de vegetais e 5 frutas por dia (MOURA et al., 2008; BUKHSH et al., 2018; GLANZ et al., 2008).

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Duas mesas; Alimentos; Pares de tecido de cor verde, amarelo e vermelho.



Figura 2. Atividade educacional: "Comida na Mesa".

3.1.2. INTERVENÇÃO 2

TEMA: Ser Fisicamente Ativo: Atividade Física (AF), Exercício Físico e Crenças e percepção do seu Corpo (BUKHSI et al., 2018).

FACILITADORES DA EDUCAÇÃO: Profissional de Educação Física ou Fisioterapeuta.

ESTRATÉGIA FACILITADORA DE EXPRESSÃO:

TEMA: Acertando na Mosca (MACRUZ, 2007, p. 48).

OBJETIVOS: Promover integração social, apresentando características de espírito de equipe, concentração e equilíbrio.

MÉTODO: O grupo em círculo. No centro, ao chão, coloca-se uma garrafa (a mosca). Cada participante recebe a ponta de um barbante que vai até o centro da roda, onde é cortado. As pontas centrais são amarradas entre si (teia) e nesse nó central pendura-se uma caneta (aranha). O desafio é, num trabalho coletivo de equilíbrio de forças, introduzir a caneta no gargalo da garrafa (MACRUZ, 2007, p. 48).

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Caneta, barbante e garrafa.



Figura 3. Estratégia Facilitadora de Expressão: "Aerlando na Moixa".

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE EDUCACIONAL:

TEMA: O que é Atividade Física?

MÉTODO: Em forma de roda de conversas, o facilitador realiza uma breve discussão acerca dos objetivos da ação educativa. Depois distribuiu para cada paciente/participante duas plaquinhas, sendo uma na cor vermelha escrita a palavra "não", e outra, na cor verde, escrita a palavra "sim". Logo após a distribuição explicou ao grupo que irá fazer perguntas que exigirão resposta sim ou não. Quando os participantes consideram que a resposta é verdadeira, levantem a plaquinha verde, e quando consideram falsa, levantam a plaquinha vermelha. As perguntas ao grupo tem a finalidade de identificar quais os conhecimentos prévios adquiridos pelos participantes sobre o conceito de atividade física e quais as dificuldades para realizá-las no seu cotidiano. A partir da identificação do problema, o facilitador coloca no centro da roda de conversas, imagens que representam possíveis barreiras para prática de atividade física, por exemplos: figuras que representam poucos recursos financeiros, falta de espaços específicos, locais de difícil acesso, falta de segurança, falta de profissionais e medo de ter alguma intercorrência.

Neste momento cada participante escolhe, pelo menos uma imagem, que represente as suas dificuldades para iniciar ou manter a prática de AF e descrever um pouco sobre essa(s) dificuldade(s) (BROWN; GARCIA; KOUZEKANANI; HANIS, 2002; MONTEIRO et al. 2010; BRASIL, 2006).

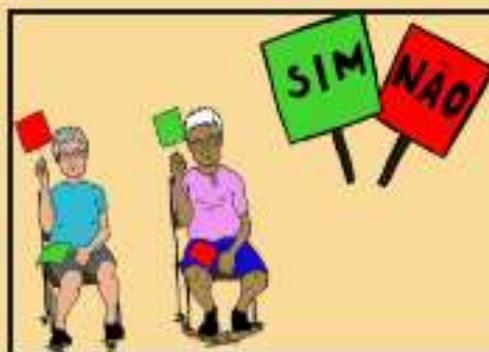


Figura 4. Atividade Educacional: "Atividade Física".

3.1.3. INTERVENÇÃO 3

TEMA: Automonitoração da Glicose sanguínea, da pressão arterial e de medicamentos (BUKSH et al., 2018).

FACILITADORES DA EDUCAÇÃO: Enfermeiros, Odontólogos, Farmacêuticos ou Médicos.

ESTRATÉGIA FACILITADORA DE EXPRESSÃO:

TEMA: Toca do Coelho (MACRUZ, 2007, p.40).

OBJETIVOS: Promover aquecimento e descontração ao grupo com características de aumentar os reflexos e a atenção;

MÉTODO: Formam-se grupos de três pessoas. Dois deles de mãos dadas serão a "toca" e o terceiro que fica ao centro é o "coelho". Ao sinal do facilitador:

- Troca de coelho! Os coelhos trocam de lugar, trocam de toca. Ao comando: - "Toca de coelhos!" Todos trocam de grupo rapidamente.

Observação: O facilitador pode entrar para completar grupos, ou ainda algum grupo pode ter 4 componentes (MACRUZ, 2007, p.40).



Figura 3. Estratégia Facilitadora de Expressão: "Toca do Coelho".

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE EDUCACIONAL:

TEMA: Jogo de Imagem e Ação para Diabéticos e Hipertensos.

MÉTODO: O mediador explica aos participantes que é uma adaptação do conhecido jogo "Imagem e Ação" e separa em dois grupos. Nesse jogo, uma pessoa faz desenhos de objetos para que sua equipe descubra o que significa. O desenhista não pode falar nada, apenas desenhar. O grupo deverá acertar o objeto enquanto um componente da equipe desenha. O grupo será dividido em dois times. Cada um deles escolherá quem irá fazer o desenho a cada rodada. O facilitador sugere um objeto (por exemplo: estetoscópio) que deverá ser desenhado pelos dois grupos concomitantemente. O primeiro grupo a acertar vence a rodada e faz um ponto. A pessoa

que acertar a resposta deverá falar sobre o objeto desenhado, para que se destina tal objeto. Caso não haja resposta correta o facilitador mediará explicando o significado. Então um novo objeto deve ser escolhido (por exemplo: uma seringa) e um novo desenhista deve ser escolhido para próxima rodada. Outros objetos relacionados ao uso diário do diabético e do hipertenso podem ser apresentados. A saber: glicosímetro, tensiômetro e Medicamentos (insulina, hipoglicemiantes, hipotensores) para facilitar a compreensão do efeito dos medicamentos, seu manejo e dosagem correta. Durante a apresentação do glicosímetro pode haver apresentação do automonitoramento com um monitor digital. Vence o grupo que acumular maior número de acertos. O jogo será finalizado quando o facilitador perceber que os grupos entenderam melhor os cuidados necessários para o diabetes e a hipertensão arterial, por meio do uso dos objetos apresentados (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2015).

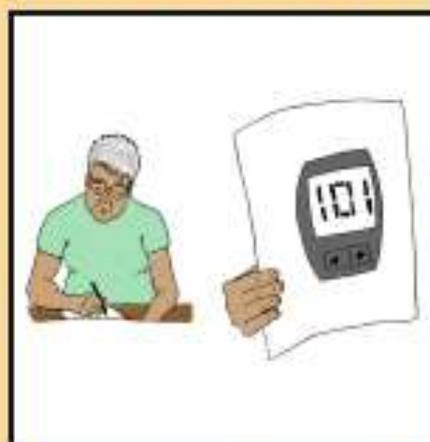


Figura 6. Atividade Educacional: "Imagem e Ação para diabéticos e hipertensos"

3. PILARES DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

3.2. INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS SOBRE A PERCEPÇÃO EMOCIONAL DA DOENÇA

3.2.1 INTERVENÇÃO 1

TEMA: Diabetes e/ou Hipertensão não tem cura: em que isto me atrapalha? (BUKHSH, et al., 2018).

FACILITADORES DA EDUCAÇÃO: Psicólogo.

ESTRATÉGIA FACILITADORA DE EXPRESSÃO:

TEMA: Estrada da Formação (MACRUZ, 2007, p. 54).

OBJETIVOS: Estimular o autoconhecimento, a reflexão e a expressão gráfica;

MÉTODO: Oferte a cada participante um desenho de uma estrada com uma montanha ao fundo, bonecos recortados em papel, desenhos de pedra e desenhos de lanternas acesas. Dê os comandos: 1) Escreva nas montanhas qual o seu projeto pessoal, onde quer chegar. 2) Cole um boneco de onde partiu em algum lugar da estrada. 3) Cole o segundo boneco no ponto da estrada onde você está hoje. 4) Cole pedras, significando obstáculos estruturais que o impedem de chegar onde quer. Dê nomes as pedras. 5) Cole lanternas, significando instrumentos, ferramentas que você precisa ainda para superar as pedras e chegar às montanhas, dar nomes às lanternas. Todos olham o cartaz de todos. Agrupam-se por identificação no máximo 3 e trocam ideias. Dê a conclusão, então, que a formação é um processo onde o que importa é caminhar e ter claro onde quer chegar, quais são os obstáculos comuns e quais as lanternas comuns (MACRUZ, 2007, p. 54).

Materiais necessários: Desenhos de estrada, recortes de bonecos, pedras, lanternas acesas.

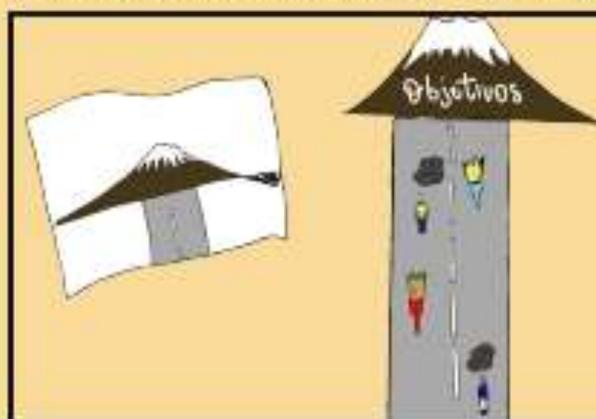


Figura 7. Estratégia Facilitadora de Expressão: "Estrada da Formação"

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE EDUCACIONAL:

TEMA: Diabetes e/ou Hipertensão não tem cura; em que isto me atrapalha? (BUKHSH, et al., 2018);

MÉTODO: Inicialmente, cada participante terá que escrever e/ou desenhar seu nome. Esse momento tem como objetivo a representação de identidade dos participantes para socialização e fortalecimento grupal. O facilitador solicitará que cada participante escolha um objeto o qual represente sua história e possa desenhá-lo na folha, esse momento tem como objetivo fortalecer a sensopercepção (os 5 sentidos). Finalizado o momento o facilitador colocará uma música e pedirá que todos possam interagir de forma que podendo caminhar e dançar, sugestão: "Como uma onda no mar" de Lulu Santos. Nessa parte tem como objetivo sentir a música, a profundidade da letra e a relação com suas vivências e ao final descrever a emoção que sentem.

Materiais necessários para a realização da atividade: Papel A4 e lápis de cor, canetas coloridas e giz cera.



Figura 8. Atividade Educacional: "Diabetes e/ou Hipertensão não tem cura; em que isto me atrapalha?"

3.2.2. INTERVENÇÃO 2

TEMA: Prontidão para mudanças e autoestima (autoconfiança e autorespeito) (BUKHSH, et al., 2018).

FACILITADORES DA EDUCAÇÃO: Psicólogo, Nutricionistas, Fisioterapeutas, Profissionais de Educação física, Médicos, Enfermeiros, Odontólogos, Farmacêuticos.

ESTRATÉGIA FACILITADORA DE EXPRESSÃO:

TEMA: Dinâmica do espelho (CARVALHO, 2014).

OBJETIVOS: Auxiliar na ressignificação dos estímulos negativos e potencializar a autoconfiança;

MÉTODO: Reunir todos os participantes e falar sobre a importância de todas as pessoas nos diferentes ambientes de convívio. Em seguida, mostrar a imagem da pessoa mais importante de todas e que, ao ver a imagem revelada, as pessoas mantenham sigilo até que todos abram a caixa e vejam o que tem dentro. Observar em cada reação e, ao final, explicar que a pessoa mais importante é ela mesma. Assim aproveitamos a ocasião para informar que cada pessoa é única, e que pode ter preferências comuns por músicas, opiniões, cor da roupa, entre outros, mas todos são diferentes em outros aspectos, a saber: personalidade, sentimentos e emoções (CARVALHO, 2014).

Materiais necessários para realização da atividade: Caixa de papel e um espelho que caiba dentro da caixa.

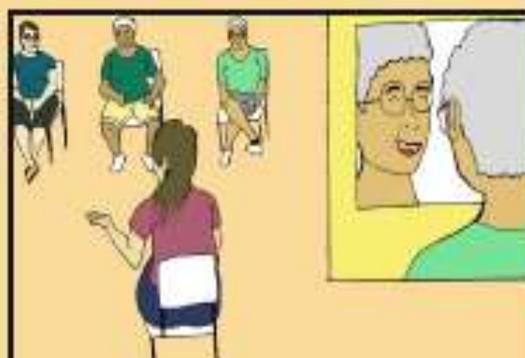


Figura 9. Estratégia facilitadora de expressão: "Dinâmica do Espelho".

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE EDUCACIONAL:

TEMA: Batata Quente (PEREIRA et al., 2009).

MÉTODO: Inicialmente utilize de uma roda de conversas para discutir a importância do estilo de vida que os participantes poderão adotar e se o grupo estaria pronto para as mudanças nas atitudes que podem contribuir para melhorar a sua autoestima. Posteriormente, nesta mesma roda de conversas, aplique a dinâmica da batata quente, onde os facilitadores apresentam uma caixa com perguntas sobre o estilo de vida, mudanças, percepções, autoestima e atividade física. Apresente um puff colorido que simule a batata quente e explique que à medida que a música for tocando os participantes terão de passar a batata para o seu vizinho ao lado. No momento em que a música parar, o participante que ficou com a batata na mão tentará responder a pergunta sorteada na caixa e, caso não saiba o facilitador jogará a pergunta para o grupo e resolverá as dúvidas sob o olhar interventor do facilitador. Para finalizar, o facilitador solicitará a todos os participantes que se imaginem um super-herói e cada um deles terá um superpoder para melhorar a sua saúde. Posteriormente deverão revelar qual o superpoder imaginado e qual o super-herói imaginado. Finalize a discussão enfatizando que o super-herói são eles mesmos e que o poder de decisão de escolha e de mudar as suas atitudes são de sua própria vontade (PEREIRA et al., 2009).

Material necessário para realização da atividade: Objeto que simule uma batata.

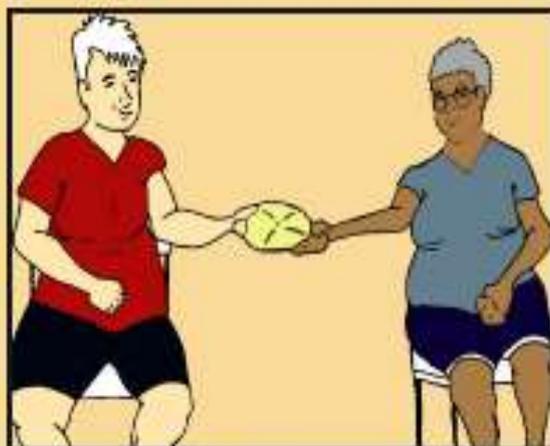


Figura 10. Atividade Educacional: "Bolinha Quente"

3.2.3. INTERVENÇÃO 3

ESTRATÉGIA FACILITADORA DE EXPRESSÃO:

TEMA: Laranja no pé (MILITÃO, 2002).

OBJETIVO: Aguçar o nível de atenção dos participantes e estimular o espírito de solidariedade.

MÉTODO:

- 1) Organizar os participantes sentados em duas rodas;
- 2) Uma laranja é colocada sobre os pés unidos da primeira pessoa, que procurará passar a laranja sem deixar cair, para os pés da segunda pessoa e assim por diante,
- 3) Se a laranja cair, a brincadeira prosseguirá, do ponto em que caiu, utilizando o tempo que for necessário;
- 4) Será vencedor o grupo que terminar primeiro (MILITÃO, 2002).

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Laranja ou bolinha.



Figura 11. Estratégia Facilitadora de Expressão: "Laranja no pé"

DESCRIÇÃO DA AÇÃO EDUCACIONAL:

TEMA: Como enfrentar as limitações do diabetes e da hipertensão arterial?

MÉTODO: A ação educativa será realizada a partir de uma roda de conversas, onde serão propostas perguntas inseridas em envelopes coloridos e enumerados de 1 a 7 que estarão pendurados em um cordão na parede principal do salão. Sete participantes do grupo oferecerão voluntariamente para a escolha de um envelope enumerado. Cada participante deverá ler a pergunta inserida no envelope e posteriormente escolher outro participante do grupo para responder a pergunta lida. Quando não for possível o facilitador deverá jogar para o grupo, e assim sanar as dúvidas. As perguntas inseridas no envelope podem ser:

ENVELOPE 1 - ENVELOPE AZUL CLARO) O que fazer quando alguém chamar você de hipertenso e/ou diabético?

ENVELOPE 2 - ENVELOPE VERDE ESCURO) Quais os sacrifícios e inconvenientes você tem para controlar o diabetes e/ou hipertensão?

ENVELOPE 3 - ENVELOPE LARANJA) O que faço para não ter vergonha em falar que tenho diabetes e/ou hipertensão?

ENVELOPE 4 - ENVELOPE AZUL ESCURO) O que faço para levar uma vida normal com diabetes e/ou hipertensão?

ENVELOPE 5 - ENVELOPE AMARELO) O que fazer para ter mais a atenção do meu médico?

ENVELOPE 6 - ENVELOPE VERMELHO CLARO) Quais as pessoas que posso falar abertamente sobre minha doença?

ENVELOPE 7 - ENVELOPE VERMELHO ESCURO) Diabetes e Hipertensão é motivo de condenação para a vida? Cada participante também recebeu uma amostra de 50 gramas de farinha da casca de maracujá para experimentar em casa na tentativa de substituir a farinha de mandioca, alimento tão relatado pelos grupos durante as discussões que não deixariam de abolir em sua refeição (orientação da nutricionista) (BRASIL, 2006).

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Envelopes coloridos.



Figura 12. Atividade Educacional: "Como enfrentar as limitações do diabetes e da hipertensão arterial?"

3. PILARES DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

3.3 INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS SOBRE CONHECIMENTO GERAL

3.3.1. INTERVENÇÃO 1

TEMA: Falando sobre Diabetes Mellitus tipo II. (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2003; SOCIEDAD E BRASILEIRA DE DIABETES, 2014-2015).

FACILITADORES DA EDUCAÇÃO: Fisioterapeutas, Profissionais de Educação Física, Médicos, Enfermeiros, Nutricionistas, Odontólogos, Farmacêuticos.

ESTRATÉGIA FACILITADORA DE EXPRESSÃO:

TEMA: "Telefone sem fio". Adaptado do estudo de Campos e Silveira (2010, p. 82).

OBJETIVOS: Demonstrar a importância de receber uma informação segura e de repassar a mesma informação correta para não propagar uma informação incorreta; Entender que estas informações corretas sempre serão ofertadas pelos profissionais da equipe de saúde da família e não de forma subjetiva e sem fundamentação ouvidas por leigos, como por exemplo, tomar medicações não prescritas pelo médico, comer alimentos que julgam curar a diabetes, fazer dieta sem o devido acompanhamento do nutricionista, fazer exercícios sem orientação do médico, do profissional de educação física ou do fisioterapeuta.

MÉTODO: Formam-se dois grupos em forma de roda de conversas. Cada grupo recebe uma pequena frase de apoio do facilitador. Por exemplo: A hiperglicemia não me faz bem. Após escutar a frase, o primeiro participante iniciará a transmissão da frase ouvida por meio de um copo descartável conectado a outro copo por um fio de náilon de 40 cm de extensão. Repassada a frase o segundo participante dará continuidade ao repasse da frase ouvida até o último participante, antes do que iniciou a interação. Este último, por sua vez, irá informar em voz alta qual a frase que entendeu.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: Copos e barbante.



Figura 13. Estratégia facilitadora de expressão: "Telefone sem fio".

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE EDUCACIONAL:

TEMA: “Dado Colorido”. Adaptado do estudo de Torres, Hortale e Schall (2003, p. 1044).

MÉTODO: As seis faces do dado serão compostas por cores diferentes e mede aproximadamente 40 centímetros de altura e largura. Cada face contém uma numeração que corresponde a duas perguntas com alternativas sobre conhecimentos gerais do diabetes. O participante escolherá a alternativa que julgar a mais correta para a primeira pergunta. Quando a mesma face for sorteada o outro participante responderá a segunda e última pergunta, como demonstrada abaixo:

FACE BRANCA DO DADO:

1) No diabetes SEM CONTROLE, o açúcar no sangue é:

Alternativas: NORMAL, BAIXO (Hipoglicemia)* ou ALTO (Hiperglicemia)*

2) O controle mal feito da diabetes pode resultar em uma chance maior de complicações mais tarde?

Alternativas: SIM*, NÃO ou NÃO SEI.

FACE VERMELHA DO DADO:

1) A faixa de variação NORMAL de glicose no sangue é de:

Alternativas: 70 – 110 mg/dl* ou 70 – 140 mg/dl.

2) A manteiga é feita principalmente de: Alternativas: PROTEÍNAS, CARBOIDRATOS OU GORDURA.

FACE AZUL DO DADO:

1) O arroz é composto principalmente de:

Alternativas: PROTEÍNAS, CARBOIDRATOS* OU GORDURA.

2) A presença de cetonas na urina é: Alternativas: UM BOM SINAL ou UM MAL SINAL.

FACE LARANJA DO DADO:

1) Se uma pessoa que está tomando insulina e apresenta uma taxa alta de açúcar no sangue ou na urina, assim como presença de cetonas, ela deve:

Alternativas: AUMENTAR A INSULINA, DIMINUIR A INSULINA ou MANTER A MESMA QUANTIDADE DE INSULINA E A MESMA DIETA, E FAZER UM EXAME DE SANGUE E DE URINA MAIS TARDE.*

2) Se uma pessoa com diabetes está tomando insulina e fica doente ou não consegue comer a dieta prescrita, ela deve:

Alternativas: PARAR DE TOMAR INSULINA IMEDIATAMENTE, CONTINUAR A TOMANDO A INSULINA* ou TOMAR OUTRO REMÉDIO PARA DIABETES.

FACE VERDE DO DADO:

1) Você pode comer o quanto quiser dos seguintes ALIMENTOS:

Alternativas: MAÇÃ, ALFACE E AGRÃO* ou CARNE OU MEL?

2) Um QUILO é:

Alternativas: UMA UNIDADE DE PESO ou IGUAL A 1000 GRAMAS.*

FACE AMARELA DO DADO:

1) Quais das duas substituições de alimentos são corretas:

Alternativas: UM PÃO FRANCÊS É IGUAL A QUATRO BISCOITOS DE ÁGUA E SAL* ou UM OVO É IGUAL A UMA PORÇÃO DE CARNE MOÍDA;

2) Se você não estiver com vontade de comer o pão francês permitido na dieta para o café da

manhã, você pode:

Alternativas: COMER QUATRO BISCOITOS DE ÁGUA E SAL* ou TROCAR POR DOIS PÃES DE QUEIJO MÉDIOS.

*Opções cometas

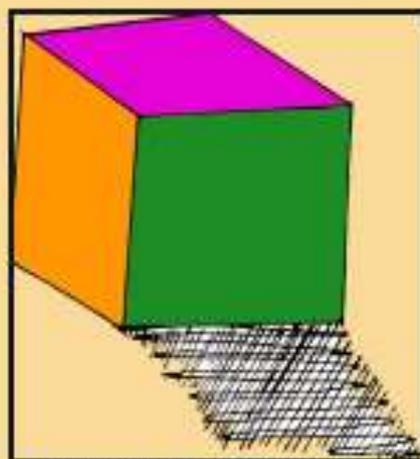


Figura 34. Atividade Educacional: "Dado Colorido".

3.3.2. INTERVENÇÃO 2

TEMA: Falando sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

FACILITADORES DA EDUCAÇÃO: Fisioterapeutas, Profissionais de Educação Física, Médicos, Enfermeiros, Nutricionistas, Odontólogos, Farmacêuticos.

ESTRATÉGIA FACILITADORA DE EXPRESSÃO:

TEMA: "Dinâmica do Abraço". (VASCONCELOS, 2017).

OBJETIVOS: Estimular sensações de afetividade, e que segundo a Sociedade Brasileira de Inteligência Emocional (2019). Os autores relatam que o abraço verdadeiro oferece benefícios tais como, liberação de ocitocina e dopamina, redução do cortisol, da pressão arterial, da frequência cardíaca e melhora humoral.

MÉTODO: O facilitador apresenta a música de forma escrita ou apresenta o vídeo para que todos os participantes possam observar e cantarolar.

Sugestão de música:

*"Levante um braço
Levante o outro,
Faz bamboleio
Mexa o pescoço,
Olha pra cima
Olha pra baixo,
Escolhe um amigo
e dá um abraço".*

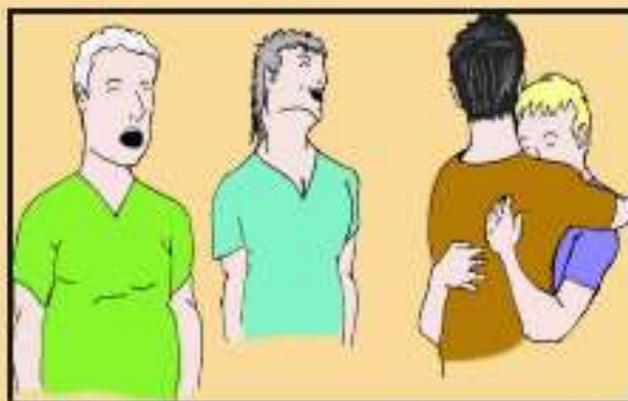


Figura 15. Estratégia Facilitadora de Expressão: "Dinâmica do Abraço".

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE EDUCACIONAL:

TEMA: Trilha do Coração.

MÉTODO: Primeiro, divide-se os participantes em 3 fileiras. Duas fileiras receberão fitas na cor cinza, representando o vaso sanguíneo, com aproximadamente 2 metros de comprimento, a terceira fileira receberá uma fita na cor vermelha com dois metros de comprimento, representando o sangue. Separa-se alguns participantes e distribui-lhes pedaços de fitas, de 40 cm de comprimento nas cores: brancas, representando o sódio(sal) e outros pedaços na cor amarela, representando a gordura. No segundo momento organiza-se as duas fileiras cinzas paralelamente em um espaço entre elas de 1 metro de distância. Neste momento o facilitador explica aos participantes o que representava cada cor de fita e guia a fileira vermelha (sangue) a transitar no espaço entre as duas fileiras cinzas (vaso sanguíneo). Enquanto explica-lhes que é desta forma que o sangue passa nos vasos sanguíneos quando a pressão arterial está normal (Neste momento conceitua-se Pressão Arterial). No terceiro momento da ação o facilitador começa a introduzir uma história do cotidiano da comunidade, explicando que e quando não há cuidados adequados com alimentação o espaço entre as fileiras cinzas (que representa os vasos sanguíneos) irá se aproximar. Por exemplo: No final de semana cozinhei uma feijoada com muito bacon, mocotó, salame e charque (alimentos ricos em gordura e sódio). Após este exemplo o facilitador solicita que as fileiras cinzas aproximem-se, orienta também que os participantes que contêm as fitas amarelas entrem no espaço entre as fileiras cinzas e explica aos participantes que as fitas amarelas representam as placas de gorduras no interior dos vasos. Estas placas gordurosas se acumularão nas paredes dos vasos sempre que estes alimentos forem consumidos rotineiramente. Desta forma, este estreitamento levaria a diminuição do espaço entre os vasos ou até mesmo interrupção do fluxo (passagem) do sangue no interior dos vasos, representando a HAS (Neste momento conceitua-se HAS). Pode-se interagir com a fileira vermelha se foi fácil transitar entre as fileiras que representam o vasosanguíneo. HAS (Neste momento conceitua-se HAS). Pode-se interagir com a fileira vermelha se foi fácil transitar entre as fileiras que representam o vaso sanguíneo. Por fim, o facilitar pode contar outra história do cotidiano. Por exemplo: Sou hipertenso e não gosto de praticar exercícios físicos, sou fumante e faço uso de bebidas alcólicas. Neste momento o facilitador solicita que as fileiras cinzas se aproximem mais uma vez, não havendo possibilidade de espaço livre entre as fileiras. Guia a fileira vermelha para

transitar neste espaço reduzido, promovendo aos participantes uma sensação de aperto ou restrição, e que não conseguirão transitar mais entre as fileiras do vaso sanguíneo. O facilitador, explica que uma das fileiras cinzas será rompida, cortando com uma tesoura, e explica que isto ocorre para facilitar a passagem da fileira vermelha (sangue), porém este fluxo está inadequado, pois percorreu para o meio externo do vaso sanguíneo. Conclui-se a ação explicando que os fatores de riscos tais como a Obesidade, uso de alimentos gordurosos, ingestão desregrada de bebidas alcoólicas, inatividade física, herança genética, uso de medicamentos sem orientação médica, entre outros, geram a diminuição espaço interno dos vasos sanguíneos, e levam a complicações com Infarto, AVC (derrame) ou Trombose. (Complicações representadas pelo corte da fita cinza). Explica-se também que esta ruptura representa exatamente o que ocorre nos vasos sanguíneos do coração, do cérebro, entre outros fileira vermelha (sangue), porém este fluxo está inadequado, pois percorreu para o meio externo do vaso sanguíneo. Conclui-se a ação explicando que os fatores de riscos tais como a Obesidade, uso de alimentos gordurosos, ingestão desregrada de bebidas alcoólicas, inatividade física, herança genética, uso de medicamentos sem orientação médica, entre outros, geram a

diminuição espaço interno dos vasos sanguíneos, e levam a complicações com Infarto, AVC (derrame) ou Trombose. (Complicações representadas pelo corte da fita cinza). Explica-se também que esta ruptura representa exatamente o que ocorre nos vasos sanguíneos do coração, do cérebro, entre outros órgãos em momentos extremos em que não há chances normais de passagem do fluxo sanguíneo e que até mesmo a ausência do espaço entre as paredes pode ocorrer a vasoconstrição nestes órgãos vitais e que dificultará a sua passagem também, não nutrindo adequadamente os tecidos dos órgãos do corpo humano. Deve ser explicado também que à medida que o vaso sanguíneo vai diminuindo o seu espaço interno o indivíduo raramente desenvolve sinais e/ou sintomas e que isto torna-se um alerta de alerta para todos os hipertensos cuidarem-se para não desenvolver complicações que podem levá-los a perda de sua autonomia nas atividades diárias ou mesmo perde a sua vida.

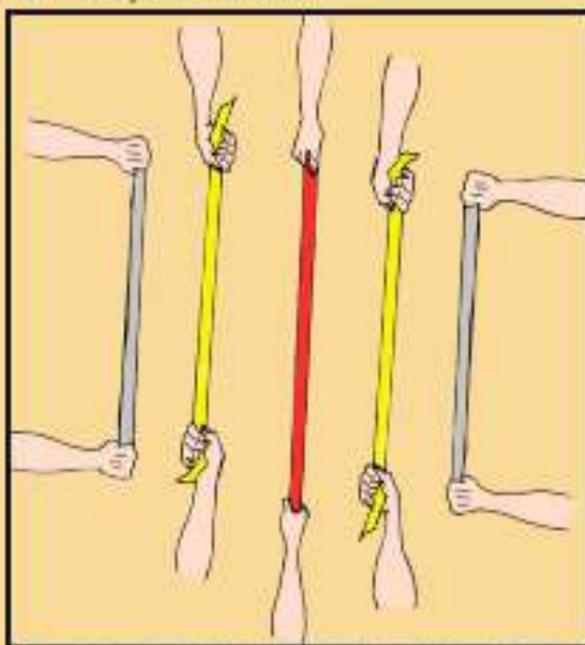


Figura 26. Atividade Educacional: "Fita do Coração".

3.3.3. INTERVENÇÃO 3

TEMA: Possíveis complicações associadas ao Diabetes e a Hipertensão Arterial e maneiras para resolver possíveis riscos de complicações agudas e crônicas. (STANDARDS NACIONAIS PARA EDUCAÇÃO EM AUTOGERENCIAMENTO DO DIABETES, 2010).

FACILITADORES DA EDUCAÇÃO: Fisioterapeutas, Profissionais de Educação Física, Médicos, Enfermeiros, Nutricionistas, Odontólogos, Farmacêuticos.

ESTRATÉGIA FACILITADORA DE EXPRESSÃO:

TEMA: “Para quem você tira o chapéu? Adaptado segundo o estudo publicado por Finkler e Vivian (2018).

OBJETIVOS: Explorar os hábitos de vida que provocam malefícios e benefícios a saúde dos participantes.

MÉTODO: Esta atividade será realizada colocando um chapéu na cabeça de cada participante e em seu interior uma figura que represente bons e maus hábitos de saúde. Figuras tais como, andar de bicicleta, comer frutas e verduras, dançar, bebida alcoólica, refrigerante, cigarro, tocar instrumentos, dormir, cuidador dos pés, andar descalço, conversar com vizinhos, cuidar da casa, cuidar das plantas, fococar e estresse. Cada participante que tirar o chapéu de sua cabeça visualiza a figura e relata se retira ou não o chapéu para a figura observada. Após o sim ou não, o facilitador o indaga o porquê de sua escolha.



Figura 17. Estratégia Facilitadora de Expressão: “Para quem você tira o chapéu?”

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE EDUCACIONAL:

TEMA: “Roleta das Complicações” (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2003, p. 1044).

MÉTODO: Para esta intervenção, deve-se construir uma roleta, de aproximadamente 90 centímetros de comprimento, dividida em 6 fatias (tipo pizza), a qual gira em torno de um eixo. Em

MÉTODO: Para esta intervenção, deve-se construir uma roleta, de aproximadamente 90 centímetros de comprimento, dividida em 6 fatias (tipo pizza), a qual gira em torno de um eixo. Em sua periferia destacar uma demarcação em forma de seta que simbolize a fatia sorteada. A roleta pode ser construída com cartolinas coloridas. Divide-se as fatias seguindo dimensões iguais para caber todas as perguntas que serão apresentadas durante a discussão. Cada fatia pode conter uma cor diferente para representar um tipo de complicação provocada por Diabetes Mellitus e um tipo de complicação da Hipertensão Arterial podendo ser construída pelo profissional de saúde presente. Inicialmente um participante do grupo girará a roleta, e ao finalizar o giro, a roleta indicará a cor do envelope que contém as perguntas. Cada participante, neste momento receberá o envelope de mesma cor da pizza sorteada, contendo duas perguntas, uma ele responderá e a outra pergunta, ele escolherá um outro participante para responder. As perguntas contidas nos envelopes são:

ENVELOPE LARANJA: Quais as complicações provocadas pelo Diabetes na região dos olhos? Quais as complicações provocadas pela hipertensão na região dos olhos?

ENVELOPE VERDE: Quais as complicações provocadas pelo Diabetes na região dos rins? Quais as complicações provocadas pela Hipertensão na região dos rins?

ENVELOPE VERMELHO: Por que a pessoa com diabetes tem dificuldade para cicatrização da pele? O que pode ser feito para evitar ferimentos na pele?

ENVELOPE PRETO: O que é infarto cardíaco? O que pode ser feito para identificar um infarto?

ENVELOPE BRANCA: O que é Neuropatia Periférica? Como você faz para cuidar todos os dias dos seus pés?

ENVELOPE ROSA CLARO: O que é AVC? Quais os sinais e sintomas do AVC?

ENVELOPE AZUL: Quando devemos ser encaminhados para os serviços de urgência e emergência?

ENVELOPE ROSA ESCURO: O que é hipoglicemia e quais seus efeitos? Se você sente que a hipoglicemia está começando, o que você deve fazer?

O profissional de saúde mediador da discussão irá sanar as dúvidas, após as respostas de cada participante, corrigi-las e analisá-las se estão coerentes ou não.

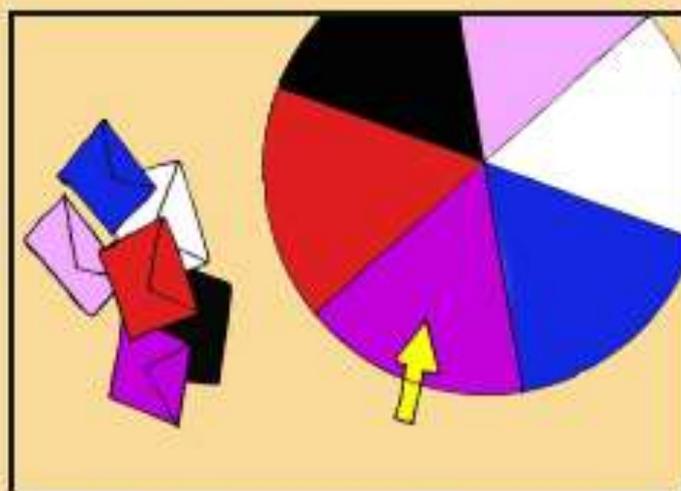


Figura 28. Atividade Educacional: "Roleta das Complicações".

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. S. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Rev. Interface*, v. 8, n. 15, Botucatu, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ric/v8n15/a06v8n15.pdf>
- ALMEIDA et al., Percepção e perspectivas de gestantes sobre o processo do parto a partir de oficinas educativas. *Rev. Min. Enferm.*, v. 15, n. 1, p. 79-85, 2014. Disponível em: <http://www.rmeo.org.br/artigo/detalhes/11>
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modo assistencial. *Rev. Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 35, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcs/v9n16/v9n16a04.pdf>
- ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos*. *Rev. Esc. Enferm. USP - São Paulo*, v. 46, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/revusp/v46n3/14.pdf>
- BRASIL. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 35, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. Hipertensão arterial e diabetes mellitus. *Morbidade auto referida segundo o VIGTEB*, 2008. Cadastro de Portadores do SIS-IPERDIA, 2010. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/pdf/vigtb.pdf>
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 35, **DIABETES MELLITUS**. Brasília; 2006. Disponível em: ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. S. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Rev. Interface*, v. 8, n. 15, Botucatu, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus_cab16.pdf
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica*. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Desenvolvimento de Práticas de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): Protocolo 1**. Caderno 7. Brasília, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf
- CAMPOS, M. B.; SILVEIRA, M. S. Construindo Relações – Gerando Conhecimento: dinâmicas de trabalho em grupo em ambientes virtuais de ensino e de aprendizagem. Anais da Jornada de Atualização em Informática na Educação. Práticas em Informática na Educação: Minicursos do Congresso Brasileiro de Informática na Educação, v. 1, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.br-ia.org/pub/index.php/pia/article/view/1330/1141>
- CHAZAN, A. C.; PEREZ, E. A. Avaliação da implantação do sistema informatizado de cadastro e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HiperDia) nos municípios do estado do Rio de Janeiro. *Rev. APS*, v. 11, n. 1, p. 30-35, 2008. Disponível em: <http://www2oac.ufpb.br/rlis/journals/3/artigos/197/public/197-833-1-PR.pdf>
- CORREIA, C. J.; PONTAROLO, L.; MELCHIORI, A. C.; ROSSIGNOLI, P.; FERNÁNDEZ-LIMÓS, F.; RADOMINSKI, R. B. Tradução para o Português e Validação do Instrumento Diabetes Quality of Life Measure (DQOL-Brasil). *Arq. Bras. Endocrinol. e Metabolologia*. São Paulo, v. 52, n. 3, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n3/a12v52n3.pdf>
- COSTA, I. A.; BAÍGA, R. S. M.; ALFENAS, R. C. G.; COTTA, R. M. M. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Rev. Ciênc. & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 2001-2009, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n3/34.pdf>
- DUNCAN, B. B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 46(Supl.), p. 126-34, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/resp/v46s1/17.pdf>
- FINKLER, A. L. Q.; VIVIAN, A. G. Grupo focal de psicologia em pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev. Aletheia*, v. 51, n. 1-2, p. 80-96, 2018. Disponível em: <http://www.periodicos.ufrba.br/index.php/aletheia/article/view/4906/8260>
- GAZZINELLI et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências de doença. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005. Disponível em: http://www.ufrgs.br/kuida/doccompde/arquivos/textos_para_kitura/educacao_em_saude/Educacao_em_saude_c_onhecimentos.pdf
- HANSEN, R. A.; WILLIAMSON, M.; STEVENSON, I.; BRANDY, R. D.; EVANS, R. I. Disseminating Comparative Effectiveness Research Through Community-based Experiential Learning. *American Journal of Pharmaceutical Education*, n. 81, v. 1, Article9, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC538959/>

- LACERDA, D. A. L. de; RIBEIRO, K. S. Q. S. **FISIOTERAPIANA COMUNIDADE**. Ed. Universidade da UFPA, João Pessoa, 2011.
- MALTA, D. C.; OLIVEIRA, T. P.; SANTOS, M. A. S.; ANDRADE, S. A. C. A.; SILVA, M. M. A. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Rev. Epidemiol. Serv. Saúde*. n. 25, v. 2, p. 373-90, 2016. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=53020-49892012003000007&lng=en.
- MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JÚNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Rev. Epidemiol. Serv. Saúde*. [online]. v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rev/v20n4/v20n4a02.pdf>.
- MALTA, D. C., et al. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autoreferida em adultos brasileiros. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 51, Supl. 1, p. 11, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000006>.
- MIRANZI, S. S. C.; FERREIRA, F. S.; IWAMOTO, H. H.; PEREIRA, G. A.; MIRANZI, M. A. S. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Rev. Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2008. v. 17, n. 4, p. 672-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/07.pdf>.
- OBIR KORANG, Y.; OBIRIKORANG, C.; ANTO, E. O.; ACHAMPONG, E.; BATHI, E. N.; STELLA, A. D.; CONSTANCE, O.; BRENYA, P. K. Knowledge of complications of diabetes mellitus among patients visiting the diabetes clinic at Sampa Government Hospital, Ghana: a descriptive study. *BMC Public Health*. v. 6, n. 16, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27457072>.
- PASKILIN et al. Adaptação de um instrumento que avalia alfabetização em saúde das pessoas idosas. *Rev. Acta Paul. Enferm.* São Paulo, v. 24n. 2, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/18.pdf>.
- REGO, R. A. et al. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. *Rev. Saúde Pub.* [online]. São Paulo, v. 34, n. 04, p. 277-85, 1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v24n4/05.pdf>.
- RODRIGUES, A. C. S.; VIEIRA, G. L. C.; TORRES, H. C. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 531-7, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/41.pdf>.
- SCHMIDT, M. I., et al., Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Rev. Lancet*. [online]. v. 377, n. 9781, p. 1949-62, 2011. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60649-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60649-1).
- SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; HOFFMANN, J. F.; MOURA, L.; MALTA, D. C.; CARVALHO, R. M. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto referida, Brasil, 2006. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 43, Supl. 2, p. 74-82, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s2/a0801.pdf>.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. DIRETRIZES PARA EDUCAÇÃO DO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS, 2014-2015. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-tipo-1/2015-DiretrizesSBD-Diretrizes-Para-Educao-pg257.pdf>.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. *Rev. Arq. Bras. Cardiol.* v. 107, n. 3 (Supl. 3), p. 1-103, 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf.
- STANDARDS NACIONAIS PARA EDUCAÇÃO EM AUTOGERENCIAMENTO DO DIABETES. *Diabetes Care*, n. 06, p. 294-299, 2011. Acesso em: Jan/2019. Disponível em: http://www.anao.org.br/wp-content/uploads/2015/07/diretriz_dc_06_2011.pdf.
- TADDEO, P. S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Rev. Ciênc. Saúde & Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a08.pdf>.
- TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 3039-47, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16853.pdf>.

ANEXO A - Diabetes Knowledge Scale Questionnaire (DKN-A)



ESTADO DE ALAGOAS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS – UNCISAL

Campus Governador Lamemha Filho - Rua Jorge de Lima, 113 - Trapiche da Barra - Maceió/AL. CEP 57.010-300

Fone: (82) 3315-6787 - CNPJ 12.517.793/0001-08

Escala de Conhecimento de Diabetes Versão Brasileira do Questionário DNK-A

Idade:	Sexo: ()M ()F	Data: / /
Há quanto tempo você tem Diabetes?		
Como ela é tratada? (Marque um)	(A) Dieta (B) Dieta e Hipoglicemiante Oral (C) Dieta e insulina	
Profissão:		

INSTRUÇÕES: Este é um pequeno questionário para descobrir o quanto você sabe sobre diabetes. Se você souber a resposta certa faça um círculo em volta da letra na frente dela. Se você não souber a resposta, faça um círculo em volta da letra a frente de “Não sei”.

1. Na diabetes SEM CONTROLE, o açúcar no sangue é:

- (A) Normal
- (B) Alto
- (C) Baixo
- (D) Não sei

2. Qual destas afirmações é VERDADEIRA?

- (A) Não importa se a sua diabetes não está sob controle, desde que você não entre em coma.
- (B) É melhor apresentar um pouco de açúcar na urina para evitar a hipoglicemia.
- (C) O controle mal feito da diabetes pode resultar numa chance maior de complicações mais tarde.
- (D) Não sei.

3) A faixa de variação NORMAL de glicose no sangue é de:

- (A) 70 – 110 mg/dl.
- (B) 70 – 140 mg/dl.

- (C) 50 – 200 mg/dl.
- (D) Não sei.

4) A manteiga é composta principalmente de:

- (A) Proteínas
- (B) Carboidratos
- (C) Gordura
- (D) Minerais e vitaminas
- (E) Não sei

5) O arroz é composto principalmente de

- (A) Proteínas
- (B) Carboidratos
- (E) Não sei

6) A presença de cetonas na urina é:

- (A) Um bom sinal.
- (B) Um mal sinal.
- (C) Encontrado normalmente em quem tem diabetes.
- (D) Não sei.

7) Quais das possíveis complicações abaixo NÃO estão geralmente associados à diabetes

- (A) Alterações na visão.
- (B) Alterações nos rins.
- (C) Alterações nos pulmões
- (D) Não sei.

8) Se uma pessoa que está tomando insulina apresenta uma taxa alta de açúcar no sangue ou na urina, assim como presença de cetonas, ela deve:

- (A) Aumentar a insulina.
- (B) Diminuir a insulina.
- (C) Manter a mesma quantidade de insulina e a mesma dieta, e fazer um exame de sangue e de urina mais tarde.
- (D) Não sei.

9) Se uma pessoa com diabetes está tomando insulina e fica doente ou não consegue comer a dieta prescrita:

- (A) Ela deve parar de tomar insulina imediatamente.
- (B) Ela deve continuar a tomar insulina
- (C) Ela deve usar hipoglicemiante oral para diabetes em vez de insulina.
- (D) Não sei.

10) Se você sente que a hipoglicemia está começando, você deve:

- (A) Tomar insulina ou hipoglicemiante oral imediatamente.
- (B) Deitar-se e descansar imediatamente.
- (C) Comer ou beber algo doce imediatamente.
- (D) Não sei.

11) Você pode comer o quanto você quiser dos seguintes ALIMENTOS:

- (A) Maçã
- (B) Alface e Agrião
- (C) Carne
- (D) Mel

(E) Não sei.

12) A hipoglicemia é causada por:

- (A) Excesso de insulina
- (B) Pouca insulina
- (C) Pouco exercício
- (D) Não sei.

PARA AS PRÓXIMAS PERGUNTAS, HAVERÁ 2 RESPOSTAS CERTAS.

MARQUES-AS

13) Um QUILO é:

- (A) Uma unidade de peso
- (B) Igual a 1000 gramas
- (C) Uma unidade de energia
- (D) Um pouco mais que duas gramas.
- (E) Não sei.

14) Duas das seguintes substituições são corretas:

- (A) Um pão francês é igual a quatro (4) biscoitos de água e sal
- (B) Um ovo é igual a uma porção de carne moída.
- (C) Um copo de leite é igual a um copo de suco de laranja.
- (D) Uma sopa de macarrão é igual a uma sopa de legumes.
- (E) Não sei.

15) Se eu não estiver com vontade de comer o pão francês permitido na minha dieta para o café da manhã, eu posso:

- (A) Comer quatro (4) biscoitos de água e sal.
- (B) Trocar por dois (2) pães de queijo médios.
- (C) Comer uma fatia de queijo.
- (D) Deixar pra lá.
- (E) Não sei

ANEXO B - *Diabetes Attitudes Questionnaire (ATT-19)*



ESTADO DE ALAGOAS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS – UNCISAL

Campus Governador Lamenha Filho - Rua Jorge de Lima, 113 - Trapiche da Barra - Maceió/AL. CEP 57.010-300
Fone: (82) 3315-6787 - CNPJ 12.517.793/0001-08

Versão Brasileira do Questionário de Atitudes ATT - 19

INSTRUÇÕES: ESTE FORMULÁRIO CONTÉM 19 PERGUNTAS PARA VER COMO VOCÊ SE SENTE SOBRE O DIABETES EM SUA VIDA. COLOQUE UM X NA OPÇÃO QUE CORRESPONDE A SUA RESPOSTA.

1. Se eu não tivesse DIABETE, eu seria uma pessoa bem diferente:

- (A) Não concordo de jeito nenhum.
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

2. Não gosto que me chame de DIABÉTICO

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

3) Ter DIABETE foi a pior coisa que aconteceu na minha vida

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

4) A maioria das pessoas tem dificuldade em se adaptar ao fato de ter DIABETE:

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

5) Costumo sentir vergonha por ter DIABETE

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

6) Parece que não tem muita coisa que eu possa fazer para controlar a minha DIABETE

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

7) Há pouca esperança de levar uma vida normal com DIABETE

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

8) O controle adequado da DIABETE envolve muito sacrifício e inconvenientes

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

9) Procuro não deixar que as pessoas saibam que tenho DIABETE

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

10) Ser diagnosticado com DIABETE é o mesmo que ser condenado a uma vida de doença

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

11) Minha dieta de DIABETE não atrapalha muito minha vida social

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

12) Em geral, os médicos precisam ser muito mais atenciosos ao tratar pessoas com DIABETE

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

13) Ter DIABETE durante muito tempo muda a personalidade da pessoa

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

14) Tenho dificuldade em saber se estou bem ou doente

- (A) Não concordo de jeito nenhum

- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

15) DIABETE não é realmente um problema por que pode ser controlado

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

16) Não há nada que você possa fazer, se você tiver DIABETE

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

17) Não há ninguém com quem eu possa falar abertamente sobre a minha DIABETE

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

18) Acredito que convivo bem com a DIABETE

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente.

19) Costumo achar que é injusto que eu tenha DIABETE e outras pessoas tenham uma saúde muito boa

- (A) Não concordo de jeito nenhum
- (B) Discordo.
- (C) Não sei.
- (D) Concordo.
- (E) Concordo totalmente

ANEXO C - Questionnaire Care in Diabetes Self-Management (ESM)



ESTADO DE ALAGOAS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS – UNCISAL

Campus Governador Lamenha Filho - Rua Jorge de Lima, 113 - Trapiche da Barra - Maceió/AL. CEP 57.010-300

Fone: (82) 3315-6787 - CNPJ 12.517.793/0001-08

Questionário de Autocuidado com Diabetes

INSTRUÇÕES: Obrigada por preencher este formulário. As perguntas abaixo dizem respeito a suas atividades de autocuidado com a diabetes nos últimos 7 dias. Por favor, responda as perguntas com o máximo de cuidado e honestidade possível.

Data: _____ Identificação: _____

DIETA

1. Com qual frequência você seguiu a dieta recomendada nos últimos 7 dias?

1. Sempre	2. Geralmente	3. Algumas vezes	4. Raramente	5. Nunca
1,0	0,75	0,50	0,25	0,0

2. Com qual frequência, nos últimos 7 dias, você conseguiu limitar suas calorias (diminuindo alimentos que contém açúcar e massas) como recomendado para uma alimentação saudável no controle da Diabetes?

1. Sempre	2. Geralmente	3. Algumas vezes	4. Raramente	5. Nunca
1,0	0,75	0,50	0,25	0,0

3. Na última semana quantas vezes você incluiu nas suas refeições alimentos saudáveis ricos em fibras, tais como: FRUTAS FRESCAS, LEGUMES FRESCOS, PÃO INTEGRAL?

1) Nenhuma	2) 1-2 vezes	3) 3-4 vezes	4) 5-6 vezes	5) 7 vezes ou mais
0,0	0,25	0,50	0,75	1,0

4. Na última semana, quantas vezes você incluiu nas suas refeições alimentos ricos em gorduras, tais como: MANTEIGA, OLEO, MAIONESE, FRITURAS, MOLHO DE SALADA, BACON, CARNES COM GORDURA OU PELE?

1) Nenhuma	2) 1-2 vezes	3) 3-4 vezes	4) 5-6 vezes	5) 7 vezes ou mais
0,0	0,25	0,50	0,75	1,0

5. Na última semana, quantas vezes você incluiu doces e sobremesas, tais como: bolos, gelatina, refrigerantes (comum, não diet), biscoitos?

1) Nenhuma	2) 1-2 vezes	3) 3-4 vezes	4) 5-6 vezes	5) 7 vezes ou mais
0,0	0,25	0,50	0,75	1,0

ATIVIDADE FÍSICA

6. Em quantos dos últimos sete (7) dias da semana você fez pelo menos 20 minutos de exercício físico?

0	1	2	3	4	5	6	7
0,0	0,16	0,32	0,48	0,64	0,80	0,96	1,0

7. Com qual frequência nos últimos sete (7) dias você fez exercícios físicos recomendados para o controle da DIABETE como, por exemplo: 30 minutos de caminhada, natação, hidroginástica ou outras?

1. Sempre	2. Geralmente	3. Algumas vezes	4. Raramente	5. Nunca
1,0	0,75	0,50	0,25	0,0

8. Em quantos dos últimos sete (7) dias você fez os exercícios físicos recomendados para o controle da Diabete, além das atividades domésticas ou daquelas que fazem parte do seu cotidiano de trabalho?

0	1	2	3	4	5	6	7
0,0	0,16	0,32	0,48	0,64	0,80	0,96	1,0

ANEXO D – Normas da Revista para Submissão do Artigo

The image displays two screenshots of the journal's website, specifically the submission guidelines page. The top screenshot shows the main navigation bar with links for 'CAPA', 'SOBRE', 'PÁGINA INICIAL', 'CATEGORIAS', 'PESQUISA', 'ATUAL', and 'ARTIGOS'. Below the navigation, the page title 'ENSINO, SAÚDE E AMBIENTE' is visible. The main content area is titled 'SUBMISSÕES' and includes a list of links: 'Submissões Online', 'Diretrizes para Autores', 'Declaração de Direito Autoral', and 'Política de Privacidade'. There are also sections for 'SUBMISSÕES ONLINE' and 'DIRETRIZES PARA AUTORES'. The right sidebar contains a search bar and a 'PESQUISA' button. The bottom screenshot shows a detailed view of the 'CONDICÕES PARA SUBMISSÃO' section, which includes a warning about author identification and a list of requirements: 1. Contribution original and inédita; 2. Submission in WORD format; 3. URL for references; 4. Text must be in the journal's model; 5. Text must NOT be without author identification. Below this is the 'DECLARAÇÃO DE DIREITO AUTORAL' section and the 'POLÍTICA DE PRIVACIDADE' section. The right sidebar in the bottom screenshot shows a search bar and a 'PESQUISA' button.