

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ROSIMEIRE AREIAS RODRIGUES DA COSTA

**ADOÇÃO DA RODA DE CONVERSA NA ADESÃO DOS HIPERTENSOS AO
TRATAMENTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ROSIMEIRE AREIAS RODRIGUES DA COSTA

**ADOÇÃO DA RODA DE CONVERSA NA ADEÇÃO DOS HIPERTENSOS AO
TRATAMENTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Veridiana
Tavares Costa**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **ADOÇÃO DA RODA DE CONVERSA NA ADESÃO DOS HIPERTENSOS AO TRATAMENTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA** de autoria da aluna **ROSIMEIRE AREIAS RODRIGUES DA COSTA**, foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não transmissíveis.

Profa. Ma. Veridiana Tavares Costa
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus queridos pais e minhas irmãs, alicerce da minha vida a quem dedico todas as minhas vitórias.

Ao meu querido esposo Jadir, companheiro de todos os momentos, à minha querida filha, Melyssa, presente de Deus, pela compreensão da minha ausência, na dedicação deste trabalho, pessoas maravilhosas que fazem parte da minha vida, fazendo-me galgar mais um degrau na escada do conhecimento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelas bênçãos que tenho alcançado e a todos que contribuíram para finalização deste trabalho.

Aos profissionais convidados e especialmente aos usuários do serviço que participaram do grupo de hipertensão, atores principais deste trabalho.

A Secretaria de Saúde Municipal de Boa Vista (SMSA), responsáveis pela implantação e resultado deste Projeto.

Ao gerente da Unidade Básica de Saúde do bairro: Senador Hélio Campos I, o Sr. Erislan Thiago Lucena Costa, contribuindo significativamente com o apoio e na disponibilização dos dados, para a realização das Rodas de conversa.

Ao corpo docente da UFSC, que depositou em mim toda a confiança.

A professora orientadora, Veridiana Tavares Costa, que foi muito paciente e uma profissional competente, contribuindo para o resultado deste trabalho.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. TEORIZAÇÃO.....	10
2.1 A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA (HAS) NO CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE DCNT.....	10
2.2 A RODA DE CONVERSA COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	12
2.3. ADESÃO AO TRATAMENTO DAS PESSOAS QUE CONVIVEM COM A HAS.....	14
3. RELATANDO A EXPERIENCIA.....	17
4. ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA.....	20
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERENCIAS.....	24
ANEXOS.....	26

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) configura-se como um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Englobado por estas questões, percebe-se o quanto se faz necessário pautarmos as ações de promoção da saúde em atividades que envolvam os sujeitos e profissionais da saúde. O presente trabalho trata-se de um relato de experiência que aponta a adoção da roda de conversa como estratégia educativa para fortalecimento da adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos. Participaram da atividade 180 hipertensos 06 profissionais da equipe de saúde (clínico geral, farmacêutico, enfermeiro, nutricionista educador físico e técnico de enfermagem). As atividades educativas foram desenvolvidas em uma unidade básica de saúde no município de Boa Vista em Roraima durante cinco encontros que ocorreram nos meses de agosto a dezembro de 2012. O primeiro momento da atividade foi concretizado pela realização de um convite aos profissionais para participarem da atividades. Em seguida foram convidados os usuários cadastrados no serviço e que apresentavam HAS. Após o aceite dos mesmos deu-se início a atividade propriamente dita por meio da metodologia da roda de conversa em que foram formados os círculos discutindo sobre a temática HAS e adesão ao tratamento. Em alguns momentos, também foram realizadas tarefas recreativas. Para o desenvolvimento das ações e intervenções educativas foi seguido o modelo pedagógico Freiriano. Assim o envolvimento enfermeiro/sujeito transformando informações em qualidade de vida ampliando novos horizontes de forma intencional e comprometida, por meio do conhecimento sistematizado, que promova mudança em seu estilo de vida.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Roda de Conversa. Educação em Saúde.

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica altamente prevalente, de elevado custo econômico e social, principalmente em decorrência das suas complicações, e com grande impacto na morbimortalidade brasileira e mundial (CORRÊA et al., 2005). Os valores da pressão arterial sistólica superior a 140mmhg e uma pressão diastólica maior que 90 mmhg caracterizam a HAS (SMELTZER; BARE, 2006). Além disso, HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006).

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão a doença é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Os principais fatores de risco que são causados pela Hipertensão Arterial (HA) são as doenças do aparelho circulatório, constituindo como um dos agravos crônicos mais comuns e com repercussões clínicas mais graves. Entre suas complicações encontram-se o infarto agudo do miocárdio- IAM, o acidente vascular encefálico- AVE, a insuficiência renal crônica-IRC, a insuficiência cardíaca congestiva- ICC (MACHADO; CACHOEIRA, TOSCANO, 2002).

Diante desse contexto, a HAS é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Esta multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das DCNT, o que a caracteriza como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (BRASIL, 2006).

As DCNT atingem fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis, constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes (BRASIL, 2012). De acordo com Schmidt, (2011) em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes.

A hipertensão arterial é uma das doenças mais frequentes que acometem os idosos. Estima-se que pelo menos 60% dos idosos brasileiros sejam hipertensos e, grande parte deles, além da HAS apresenta outros fatores de risco, lesão de órgão-alvo ou doença cardiovascular associada (ABREU 2007).

Diante disto se faz necessário o direcionamento da atenção da saúde para as pessoas com esta faixa etária, acima de 50 anos, pois atualmente o Brasil tem cerca de 16 milhões de idosos, representando mais que 8% da população total (IBGE, 2010), e sabe-se que até o ano de 2020, o país poderá ter, em média, 16% de sua população na terceira idade (COELHO NETO; ARAÚJO, 2003). A não adesão ao tratamento das pessoas que convivem com a HAS pode implicar agravos de saúde para os usuários, assim como onerosidade para a família e setor público. Nesta perspectiva, as ações educativas, com ênfase em mudanças de estilos de vida, correção dos fatores de risco e produção de material educativo resultam em promoção da saúde (SESA, 2008, p.34).

Vale destacar que é fundamental a busca de novos conhecimentos, afim de estimular a adesão ao tratamento dos hipertensos de forma envolvente, através da metodologia da Roda de Conversa por meio da educação em saúde, ampliando novos horizontes de forma intencional e comprometida, por meio do conhecimento sistematizado, pois prevenir e tratar envolve fundamentalmente mudanças de hábitos.

Diante do exposto, a utilização da “Roda de Conversa” como estratégia educativa para a adesão ao tratamento das pessoas que convivem com HAS evidencia o potencial emancipador desse processo o qual visa transformar informações em conhecimento para a vida, evidenciando as inquietudes das pessoas hipertensas podendo promover mudanças comportamentais e no seu estilo de vida e assim fortalecendo a adesão ao tratamento da pessoa que convive com a HAS.

Segundo Coelho, (2009, p.02), a Roda de Conversa é um método de ressonância coletiva que consiste na criação de espaços de diálogo, seu objetivo é estimular a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da troca de informações e da reflexão para a ação. Trocas de experiências, conversas, discussão e divulgação dos conhecimentos constroem esse método de trabalho desenvolvido junto a grupos. Diante disso, a equipe de saúde, em especial os enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF), devem propor estratégias que fortaleçam a adesão dos hipertensos em seu tratamento. Assim, destaca-se as Rodas de Conversa como ferramenta propulsora do estabelecimento do vínculo usuário e equipe de saúde.

Diante disso, e tomando por base a experiência vivida enquanto enfermeira de uma Unidade Básica de Saúde o presente estudo relata a experiência da adoção da Roda de Conversa como estratégia educativa para fortalecimento da adesão dos pacientes hipertensos

ao seu tratamento. Nesta experiência destaca-se o envolvimento enfermeiro/sujeito transformando informações em qualidade de vida, ampliando novos horizontes de forma intencional e comprometida, por meio do conhecimento sistematizado, que promova mudança em seu estilo de vida.

Desta forma justifica-se a abordagem deste trabalho pela necessidade de ampliar o conhecimento de forma envolvente através da figura do enfermeiro como agente facilitador e transformador, a fim de estimular a adesão ao tratamento através da educação em saúde, utilizando a proposição das rodas de conversas como uma importante ferramenta construtiva e emancipadora capaz de modificar o atual quadro de saúde dos pacientes hipertensos, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, através da adoção de hábitos saudáveis, pois resulta em ações para a promoção da qualidade de vida com consequente autonomia para os sujeitos.

2. TEORIZAÇÃO

2.1 A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS) NO CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE DCNT.

Segundo Boletim Global de Doenças Relacionadas à Hipertensão 7,6 milhões de pessoas morrem por ano em todo o mundo, sendo que 80% ocorrem em países de baixo desenvolvimento. O Brasil apresenta um índice elevado de mortes, sendo mais de 30 milhões de brasileiros (36% dos homens adultos e 30% das mulheres). Diante disso, o departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de cardiologia, contando com o apoio de demais sociedades da saúde criou a campanha “Eu sou 12 por 8” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A campanha supracitada tem o intuito da prevenção e controle da hipertensão arterial; pois se verifica alta prevalência e baixa taxas de controle, sendo vista como um dos principais fatores de risco modificáveis, como um dos problemas que necessitam uma atenção por obter alta prevalência na saúde pública. Assim a prevenção primária e a detecção precoce são as maneiras mais eficazes de se prevenir a doença e são metas primordiais dos profissionais de saúde. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Para Boing e Boing (2007) estima-se que, em todo o mundo 7,1 milhões de pessoas morram anualmente por causa de pressão sanguínea elevada e que 4,5% da carga dessa doença no mundo sejam causadas pela HAS. Dados nacionais representativos obtidos em 2008 a partir de quase 400.000 entrevistas estimam que 24,0% das mulheres e 17,3% dos homens com idade ≥ 20 anos relataram diagnóstico prévio de hipertensão. Além disso, o controle da hipertensão ($< 140/90$ mm Hg) é insatisfatório, variando de 20% a 39% em duas pesquisas domiciliares recentes (MOREIRA et al, 2009).

De acordo com Pereira et al (2003) as doenças cardiovasculares continuam a ser, apesar de sua diminuição, a principal causa de morte no Brasil. A redução das doenças cardiovasculares é maior para doenças cerebrovasculares (34%) e para a categoria de outras formas de doença cardíaca (44%).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constitui atualmente como um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano, e a sua prevalência recai principalmente nos países de baixa e média renda (SCHMIDT, p. 61, 2011).

Desta forma as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se tornaram a principal prioridade na área da saúde no Brasil, atingindo um percentual de – 72% das mortes ocorridas em 2007 foram atribuídas a elas.

Desde então foram realizadas ações nos estados e municípios do país, no âmbito da atenção básica, e foram firmadas pactuações de normas e metas entre as três esferas da gestão de saúde, atenção à assistência farmacêutica e dispensação de medicamentos de uso contínuo, com prioridades as atividades educativas, ampliando o grau de conhecimento da população sobre a doença e a importância da adoção de hábitos saudáveis. O Brasil tem posto em prática importantes políticas de prevenção das DCNT, e a mortalidade por DCNT ajustada por idade vem diminuindo 1,8% ao ano, a diminuição deste percentual relaciona-se ao acesso à atenção primária (SCHMIDT et al, 2011).

Diante disto é necessário ampliar ações adicionais e oportunas de promoção e prevenção da saúde, especialmente na forma de legislação e regulamentação, que permitem cuidados crônicos de qualidade, fortalecer os vínculos entre o governo, as instituições acadêmicas e a sociedade civil facilitará a resposta da sociedade ao desafio das DCNT.

As Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortes no mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impacto econômico para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza (BRASIL, 2012).

Das 57 milhões de mortes no mundo em 2008, 36 milhões, ou 63%, foram em razão das DCNT, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica (ALWAN et al, 2010). Cerca de 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa ou média renda, onde 29% são de pessoas com menos de 60 anos. Nos países de renda alta, apenas 13% são mortes precoces (WHO, 2008). Apesar do rápido crescimento das DCNT, seu impacto pode ser revertido por meio de intervenções amplas e custo efetivo de promoção de saúde para redução de seus fatores de risco, além de melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno.

Os principais fatores de risco para DCNT são o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto (MALTA et al., 2006).

O Ministério da Saúde vem desenvolvendo várias ações em articulação com diversos setores governamentais e não governamentais, visando promover a qualidade de vida e prevenir e controlar as DCNT, objetivando minimizar os agravos e obter uma maior resolutividade nas ações e serviços de saúde no que tange a preocupação para o controle dessas doenças.

Desta forma para alcançar estes objetivos foi criado um Plano de Ações estratégicas para o Enfrentamento das doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). Para isso o Ministério da Saúde (MS) contou com a colaboração de instituições de ensino e pesquisa, diversos ministérios do governo brasileiro, membros de ONGs da área da saúde, entidades médicas, associações de portadores de doenças crônicas, entre outros. Foram cinco meses de discussões, por meio de reuniões, fóruns e consultas via internet, buscando colher sugestões dos diferentes segmentos da sociedade para construir intervenções que possibilitem o enfrentamento das DCNT no país.

O Plano de Ações estratégicas para o Enfrentamento das doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) também foi apresentado nas instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), visando à sua consolidação como um compromisso de todos os níveis de gestão (BRASIL, 2012). Aborda as quatro principais doenças (doenças do aparelho circulatório, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e os fatores de risco (tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade). O intuito disso é promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT.

2.2 A RODA DE CONVERSA COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Roda de Conversa é um método de discussão em grupo que possibilita aprofundar o diálogo com a participação democrática, a partir da riqueza que cada pessoa possui sobre o assunto. Na Roda, cada integrante deve ter oportunidade de falar ou expressar o que pensa. O método é semelhante às reuniões de grupo, com um moderador para facilitar a participação

das pessoas. O diferencial do método é a disposição do grupo em forma de círculo, e o foco em um tema.

Devido aos resultados eficientes alcançados por este método, tem-se aumentado sua adesão em programas que envolvem sujeitos e que permitem discussões promissoras capazes de envolvê-los. Desta forma, tem-se destacado sua importância no cotidiano do trabalho, pois, é ferramenta transformadora, acolhedora que ao se trabalhar permite alcançar resultados promissores. É neste sentido, que, passaremos a pontuar nosso trabalho através desta sistemática com foco para ações que possibilitem uma maior adesão ao programa.

A Roda se dá através de um facilitador geralmente o profissional de saúde, em nosso trabalho citaremos o enfermeiro, que em todo tempo, procura levar conhecimento através da educação em saúde, instigando, envolvendo, dinamizando as ações em saúde de forma intencional e criativa, partindo da vivência de cada participante, promovendo a problematização constante em busca de informação para a reflexão.

As rodas de conversa ainda é um desafio para a mudança nos processos de trabalho, pois há uma certa resistência tanto dos profissionais como dos próprios usuários, mas que este preconceito só será mudado com a iniciativa da busca do novo, no processo da mudança, resgatando o valor do saber popular, fortalecendo o vínculo dos sujeitos no SUS, possibilitando a construção de redes de atenção à saúde na perspectiva do conceito ampliado de saúde.

Por ser um espaço que envolve pessoas, o objeto deste estudo busca estimular a participação dos sujeitos envolvidos nas dinâmicas das Rodas de conversa, contribuindo para ampliar o conhecimento sobre a realidade dos grupos acompanhados, disparar discussões sobre os processos de trabalho desenvolvidos pelos profissionais em grupos de saúde e nas rotinas das Unidade Básica de Saúde (UBS) e ativar a participação dos usuários como corresponsáveis na produção de sua saúde e cuidado.

Um bom trabalho de grupo na Atenção Básica inclui o aprendizado subjetivo de novas formas de lidar com os problemas, ações mais educativas que curativas, gerar integração na comunidade, favorecer a criação de redes de cuidado. Acredita-se que quanto mais a linguagem dos profissionais for acessível ao conhecimento da população alvo, melhor para utilização desses conceitos e dos conhecimentos adquiridos, no dia-a-dia, pelos pacientes.

As rodas de conversa no HIPERDIA apresentam um processo de adaptação e amadurecimento das relações, produzidos pelo encontro de subjetividades e as transformações individuais e coletivas advindas da convivência em grupo. Embora o tempo seja um fator

positivo nessa caminhada, os desafios que se apresentam no processo da construção desse espaço coletivo exigem não só a continuidade, mas a aposta conjunta das pessoas que nele participam.

2.3. ADESÃO AO TRATAMENTO DAS PESSOAS QUE CONVIVEM COM A HAS

O momento da consulta é o momento mais esperado pelo paciente, na busca de um diálogo para externarem suas angústias relativas à doença, porém, em alguns momentos não conseguem espaço para o diálogo e a relação profissional-paciente não se concretiza, o que repercute negativamente na continuidade do tratamento. No entanto, o espaço pertinente para seu desenvolvimento é mínimo na realidade das ações assistenciais neste cenário da atenção primária.

Assim, tanto os gestores como os profissionais de saúde não demonstram interesse em “perder tempo” com esse tipo de atividade, procedimento adquirido pela maioria dos integrantes da comunidade, que não percebem uma intervenção educativa como assistência à saúde, preferindo o método tradicional de consulta e prescrição medicamentosa.

Devido esta visão fragmentada os hipertensos deixam de receber orientações fundamentais e essenciais através da figura do enfermeiro que tem como principal característica se um profissional educador e orientador. Paralelo a isso também há uma tímida ação dos profissionais de saúde que deixam de usar como ferramenta essencial a Educação em Saúde que pode promover e fortalecer com eficácia a adesão ao tratamento dos hipertensos.

A adesão terapêutica depende mais do profissional de saúde do que características pessoais do paciente. Assim, percebemos que a aderência ao autocuidado está intimamente ligada a essa relação, que deve ser baseada na confiança, no respeito aos anseios dos usuários, na escuta às suas necessidades, no estabelecimento de vínculo e autonomia, o que possibilita a responsabilização construção de propostas terapêuticas promotoras de saúde e, conseqüentemente, melhores resultados de saúde (Campos GWS, 2003. p.51-67).

Observou-se que a adesão e a prática do cuidado estão intimamente ligadas ao atendimento diferenciado, baseado na confiança e no respeito aos anseios dos usuários. Estes consideram a orientação e a educação em saúde como elementos principais para incentivar a prática do cuidado de si.

Torna-se necessário reestruturar a conduta dos profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família, uma vez que tem como função a promoção da saúde, em uma lógica intersetorial e interdisciplinar. (TADDEO et al, 2012)

Nessa perspectiva, o primeiro passo é a educação em saúde voltada para trabalhos em grupos de pacientes e equipes de saúde, os quais podem ser úteis para a troca de informações, na tentativa de desenvolver e estimular o processo de mudança de hábitos, e transformação no modo de viver, não sendo apenas uma transmissão de conteúdos referentes a patologia e ao tratamento, mas sim que se promova a adaptação dos clientes ao tratamento da hipertensão arterial.

Cabe ao enfermeiro, como integrante da equipe multidisciplinar desenvolver e criar meios para a Educação em Saúde, a fim de facilitar sua adesão ao tratamento. Para tanto, deve considerar aspectos individuais com a finalidade de manter, promover e recuperar a saúde do seu cliente. Por isso, a importância de desenvolver um trabalho dinâmico, efetivo e afetivo na tentativa de reduzir a incidência dos agravos circula nas ações de Educação em Saúde, pois o objetivo da ação educativa é desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar, de forma crítica dialógica, a sua realidade para resolver problemas e modificar situações, organizar, realizar a ação e de avaliá-la com espírito crítico.

Vemos claramente a importância deste processo em Freire (1996, p.136), “o sujeito que se abre ao mundo e aos outros inaugura com seu gesto a relação dialógica em que se confirma como inquietação e curiosidade, como inconclusão em permanente movimento da História”.

Nesta perspectiva, as ações educativas, com ênfase em mudanças de estilos de vida, correção dos fatores de risco e produção de material educativo resultam em promoção da saúde (SESA, 2008, p.34). Por este motivo, investir na prevenção dos fatores de risco e complicações é decisivo, não só para garantir a qualidade de vida das pessoas como também para aumentar a sobrevivência destes pacientes, e reduzir os custos no sistema de saúde.

Desta forma, as ações se bem trabalhadas resultarão nas seguintes vantagens (SESA, 2008, p.36):

- O número de indivíduos atendidos poderá ser maior quanto mais afinada estiver à equipe em seus diversos modos de abordagem;
- A adesão ao tratamento será nitidamente superior;
- O número de pacientes com pressão arterial controlada e adotando hábitos de vida saudável será, conseqüentemente, muito maior;
- Cada paciente poderá ser um replicador de conhecimentos sobre tais hábitos.

Ainda, cabe ressaltar que, o objetivo da Educação em Saúde deve proporcionar às pessoas a possibilidade de viver a vida de modo mais saudável, de forma autônoma. Salientamos, ainda, que a função de educar, consiste em conduzir estas pessoas através das experiências, percepções, incentivando-as para o crescimento pessoal juntamente com outros participantes.

O processo educativo em saúde requer muito mais que uma simples abordagem conceitual, requer o envolvimento de todos. Para tanto, deve-se aliar conhecimento às ações em saúde. As atividades realizadas devem ser sistematizadas por meio de uma metodologia que mobilize os sujeitos. Neste sentido, considera-se a Roda de Conversa como instrumento vivo para a emancipação dos sujeitos envolvidos.

3. RELATANDO A EXPERIÊNCIA

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência o qual abordou a adoção da metodologia da roda de conversa como estratégia educativa para o fortalecimento da adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos.

A experiência foi desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), pertencente ao bairro “Senador Hélio Campos”, localizada na zona oeste da cidade de Boa Vista capital do estado de Roraima. Esta instituição de saúde foi inaugurada em 2003.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) abrange duas (2) macro áreas (4.8 e 4.9), sendo cada macro área dividida em seis (6) micro áreas, totalizando 12 micro áreas.

Assim compõe a equipe multidisciplinar de Saúde, nestas duas (2) equipes : 02 Clínico geral, 01 Psicólogo, 01 Farmacêutico, 02 Enfermeiros, 02 Técnicos de enfermagem, 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 01 vacinador. Destacam-se os seguintes programas: Bolsa Família, Saúde da Criança (CD), Saúde Mental, Saúde da Mulher, Planejamento Familiar, Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), Doenças Sexualmente Transmissíveis, DST/AIDS, HIPERDIA (Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica).

A vivência relatada neste estudo aborda a adesão ao tratamento dos hipertensos, serão mencionados somente os dados referentes a estes pacientes. O número de pessoas portadoras de HAS na comunidade desta UBS era de aproximadamente 730 hipertensos, este número contempla as pessoas pertencentes às macro áreas 4.8 e 4.9.

Nesta experiência envolveram-se a equipe de saúde e usuários pertencentes a micro área 4.8, com 356 hipertensos cadastrados. Vale ressaltar que a maioria dos cadastrados, no momento dessa experiência não participava das atividades do programa HIPERDIA, (Hipertensão e Diabetes) e quando participavam era de forma irregular. Este fato contribuía para a não adesão ao tratamento.

Diante disso, participaram da experiência relatada nesse estudo 06 profissionais da equipe de saúde (clínico geral, farmacêutico, enfermeiro, nutricionista, educador físico e um técnico de enfermagem). O número de pessoas com HAS que participavam do grupo foi aproximadamente 180 pessoas. A distribuição das atividades dessa forma oportunizaram a presença dos profissionais da equipe nos encontros, fortalecendo o vínculo entre o profissional e o usuário.

Convém ressaltar que as Rodas seguiram um cronograma pré-determinado (ANEXO A) devido à escassez de recursos (humano e material). Os encontros obedeceram a um

agendamento, realizados no período de agosto a dezembro de 2012, totalizando cinco (5) encontros com duração de duas horas a cada encontro, ocorrendo sempre nas segundas quartas-feiras de cada mês (08/08, 12/09, 10/10, 14/11 e 12/12/12), onde todos os participantes receberam cronograma das reuniões com datas e horários fixos.

As etapas para o desenvolvimento das Atividades das Rodas de conversa abordavam os temas que fundamentam-se em eixos norteadores com foco em Educação e Saúde: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), DCNT, Tratamento medicamentoso e não medicamentoso, Alimentação saudável e Atividades físicas. Para isto foi utilizado recursos educativos como: álbuns seriado, vídeos, data show, revistas, dinâmica de grupo, discussão e problematizações das temáticas, participação dos usuários e momentos de confraternização nas Rodas de Conversa.

Convém ressaltar que as Rodas seguiram um cronograma pré-determinado (ANEXO A) devido à escassez de recursos (humano e material).

O primeiro momento da atividade foi concretizado pela realização de um convite aos profissionais para participarem da atividades. Para isso entramos em contato com a Secretaria de Saúde do Município de Boa Vista/RR, para disponibilizar os profissionais como: nutricionista e educador físico, para compor a roda de conversa, também foram convidados os profissionais que fazem parte da UBS “Senador Hélio Campos”, para formalizar as atividades.

Em seguida também foram convidados os usuários cadastrados no serviço e que apresentavam HAS, os convites eram endereçados aos usuários durante as consultas médicas e de enfermagem e durante as visitas domiciliar com a presença do enfermeiro.

Após aceite dos usuários e profissionais para participar das atividades deu-se início a atividade propriamente dita por meio da metodologia da roda de conversa. A temática proposta nos encontros abordaram questões acerca da HAS e adesão ao tratamento. Sendo assim, formaram-se os círculos discutindo sobre a temática HAS e adesão ao tratamento.

As questões levantadas tinham coerência com o processo de viver com a HAS. Foram formuladas com objetividade, clareza, de forma que fosse percebida sua intencionalidade objetivando uma participação mais ampla e efetiva. Os profissionais envolvidos nas atividades estimulavam constantemente o grupo a buscar suas próprias experiências e também formar conhecimento compartilhado tomando cuidado de chamá-las pelo nome, respeitando sua fala, democratizando a participação de todos de forma que a maioria pudesse dar a sua contribuição.

Os encontros tiveram uma duração de 02 horas, visando uma necessidade maior de interação com o grupo, e a realização de dinâmicas para o emponderamento dinamizador e articulador com vivências e aplicação de atividades em área externa com a participação dos profissionais, nutricionistas e educador físico na realização de orientações de hábitos saudáveis.

Aliadas às outras atividades ocorridas no espaço do grupo foi utilizado programações com tarefas recreativas, até mesmo externas a esse espaço, tais como lanche, confraternização em datas comemorativas, passeios culturais, ecológicos, constituindo-se em recursos da ordem da diversidade cultural, pois essa tecnologia rompe com os pressupostos do modelo biomédico e proporciona a autoestima, a identidade, alegria e prazer.

Para o desenvolvimento das ações e intervenções educativas a fim de guiar o trabalho e proporcionar interação efetiva com mudança de comportamento as ações propostas seguiram o modelo pedagógico Freiriano, que se fundamenta na educação conscientizadora/problematizadora. Partindo do conhecimento do paciente, sustentada pela metodologia participativa e dialogal, que favorece uma relação crítica e transformadora (FREIRE, 1996).

Na medida em que os encontros avançaram os usuários se sentiram a vontade para dialogar com a equipe sobre suas queixas e anseios que permeiam o viver com HAS.

A abordagem adotada foi de caráter intencional respeitando-se os preceitos da ética que envolvem as atividades de educação em saúde. Foram adotadas ações de modo que os usuários pudessem expor seus problemas, inquietações e dúvida, bem como o processo de viver com a doença crônica de modo que fosse mantido o sigilo, a confidencialidade e o respeito.

4. ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA:

A experiência relatada neste estudo evidenciou que a metodologia da Roda de Conversa é uma ferramenta educativa essencial para a saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos hipertensos.

A experiência permitiu uma reflexão sobre a importância do estabelecimento do vínculo e corresponsabilidade entre usuários e equipe. Assim, o espaço tornou-se um momento de possibilidades, de construção de redes de vida, em que o ato de ouvir e falar produziu o reconhecimento e saberes compartilhados. Além disso, suscitou dúvidas, curiosidades, medos, anseios e descrições de vivências individuais. Isto proporcionou uma cumplicidade, acolhimento e a construção de saberes.

Neste sentido a experiência contribuiu para ampliar o conhecimento sobre a realidade dos grupos acompanhados, disparar discussões sobre os processos de trabalho desenvolvidos pelos profissionais em grupos de saúde e nas rotinas das UBS, e ativar a participação dos usuários como corresponsáveis na produção de sua saúde e cuidado. Nos relatos e nos encontros observados foi possível notar esse traço de reconhecimento dos saberes, da valorização e da opinião de cada participante, pois os assuntos discutidos expressam as necessidades do momento, o que o grupo indica como importante.

Além da aceitação, as rodas de conversa no HIPERDIA passaram a fazer parte da vida dos usuários, uma história que se afirma na participação popular, nos vínculos e afetos que proporcionam movimentos de aprendizado, com perspectivas de mudanças e alegrias no reencontro.

A roda de conversa permitiu o diálogo-confrontação entre conhecimento e experiências, fazendo circular conceitos em saúde, que permitem aprender a complexidade das ações e ao mesmo tempo facilitar o seu entendimento. A prática tem a intenção de produzir saberes de modo informal a fim de proporcionar em cada encontro o compreender/transformar da realidade, do cotidiano dos envolvidos.

Ainda, não podemos deixar de mencionar a contribuição da Pedagogia Problematizadora Freiriana, na qual o conhecimento se constrói no intercâmbio dos sujeitos envolvidos no processo, através de questionamentos contínuos advindos de uma consciência coletiva. Para Freire (1981, p.79): “ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo”. Neste espaço, cada paciente expõe seus medos, angústias, experiências, pois ao mesmo tempo que

empodera o indivíduo, fortalece também o grupo. Através de ações em cadeia, escuta ativa e norteadora capaz de impulsionar e alcançar objetivos.

As ações em Roda foram pontuadas visando o bem estar coletivo, utilizando espaços para momentos de relaxamento através de músicas relaxantes, alongamentos individual e em dupla, a fim de integrar os pacientes, liberar o estresse.

Segundo Militão (1999), nestes momentos de recreação, brincadeiras, os grupos tornam-se mais energizados, mais cúmplices, mais integrados, facilitando a socialização entre os integrantes. Por outro lado, para que tal metodologia alcance seus objetivos deve-se ter o cuidado de rever seus pontos positivos e negativos perante o grupo, também propor sugestões e ações diversificadas como dinâmicas de grupos e encontros semestrais a fim de confraternizar e destacar a importância da participação de todos.

Ainda de acordo com Fernandes (2007), as atividades que remetem ao lúdico e à criatividade podem contribuir com o processo de humanização construído pelas relações horizontais entre os participantes. Pois, não apenas fornece conhecimentos, mas também possibilita a formação de uma postura mais integradora em torno da aprendizagem.

O desenvolvimento das ações educativas, realizadas neste espaço com a formação das Rodas de Conversa tem por finalidade guiar o trabalho e proporcionar interação efetiva com mudança de comportamento, propostas no modelo pedagógico Freiriano. Este modelo se fundamenta na educação conscientizadora/problematizadora (FREIRE, 2006).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.

É oportuno destacar que este trabalho permitiu a utilização da inserção das Rodas de Conversas como ferramenta educativa essencial para a saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, através da adoção de hábitos saudáveis fortalecendo a adesão ao tratamento. O espaço utilizado objetivou promover a interação dos participantes de forma envolvente.

A proposição de atividades ocorridas no espaço do grupo, utilizando programações com tarefas recreativas, até mesmo externas a esse espaço, orientando a alimentação saudável, confraternização em datas comemorativas, passeios culturais, ecológicos, constituindo-se em recursos da ordem da diversidade cultural, pois essa tecnologia rompe com os pressupostos do modelo biomédico e proporciona a autoestima, a identidade, alegria e prazer.

Foi possível perceber que houve um aumento perceptível dos pacientes na adesão ao seu tratamento, durante o período da atividade. Isto foi possível devido a transmissão de informações e acolhimento que a equipe proporcionou a esses usuários.

A Metodologia da Roda vem oportunizar conhecimento sistematizado capaz de agregar valores a fim de atingir os objetivos propostos. Este instrumento é ferramenta essencial, pois é capaz de inquietar, de aflorar e acolher o paciente de forma que se sinta como sujeito ativo deste processo, pois possibilita sua inserção com abertura de espaços de interação, de diálogo, de encontro, de objetivos comuns, de ideais, espaços de autonomia, de escuta e troca entre profissional/usuário, onde este pode se expressar e desenvolver aptidões, formas de ver a doença não como problema, mas algo aceitável e mutável.

As ações do programa Hiperdia embora apontassem para uma reorganização do cuidado aos pacientes hipertensos, evidenciava a existência de uma lacuna. Esta carência se refere a necessidade de adoção de práticas centradas na integralidade do cuidado de forma que não seja potencializado práticas que caracterizam o modelo biomédico uma vez que este se afasta do cuidado integral.

Nesta direção, faz-se necessário pontuarmos nosso trabalho em tecnologias humanas, que busque autonomia/participação, que transforme hábitos em atitudes. Desta forma, para que possam ser efetivamente implantadas as ações devem ser capazes de transformar o conhecimento em prática. Entendemos que a incorporação desta nova sistemática orienta uma reestruturação das práticas em saúde.

Considero que, se as ações em saúde estiverem pautadas no compromisso, responsabilidade, envolvimento dos sujeitos iremos alcançar nossos objetivos com êxito. Para tanto, devem ter em sua essência atividades motivadoras a fim de envolver todo o grupo, com propostas simples que contemple o bem estar coletivo com olhar diferenciado e permanente que contribuam para a autonomia dos sujeitos.

Entendemos que o papel do enfermeiro e demais profissionais de saúde envolvidos nas atividades educativas deve ser dinamizador. O profissional que estar mais próximo ao usuário e a comunidade, devem adotar práticas coerentes e transformadoras. Isto implica terem conhecimento da metodologia da Rodas de Conversa uma vez que esta abordagem é fundamental para fortalecer as atividade de educação no âmbito da promoção da saúde..

Portanto, este trabalho demonstra a necessidade de buscarmos constantemente a transformação do processo de trabalho. Este processo deve ser guiado pela motivação através da adoção das Rodas de Conversa, metodologia capaz de aliviar o sofrimento e reacender esperanças.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABREU, R.N.D.C. **Adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão arterial e complicações associadas:** espaço para o cuidado clínico de enfermagem. 2007. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) – Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação. Universidade Estadual do Ceará. 2007.

ALWAN, A; MACLEAN DR; RILEY LM; et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries.. v. 376, p. 1861–68, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais** – Brasília, MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: OMS, 2012.

BOING, AC; BOING, AF. Hipertensão Arterial Sistêmica: O que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Florianópolis, vol.14, n. 2, p. 84-88, 2007.

CAMPOS GWS. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada.** In: Campos GWS, organizador. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, p. 51-67, 2003.

COELHO NETO, A.; ARAÚJO, A.L.C. **Vida longa com qualidade.** Fortaleza: ABC Editora, 2003.

COELHO, D. M. **Intervenção em Grupo:** construindo rodas de conversa. 2009. Disponível em: <http://abrapso.org.br>. Acesso em 15 jan, 2014.

CORRÊA D.T, e al. Hipertensão Arterial Sistêmica: Atualidades sobre a sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. **Arq. Med. ABC.**, v. 31 n.2, p. 91-101, 2005.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Diretrizes Clínicas – Hipertensão e diabetes.** Vitória, p. 34, 2008.

FERNANDES, M. T. O. **Trabalho com Grupos na Saúde da Família:** concepções, estrutura e estratégias para o cuidado transcultural. Belo Horizonte, 2007.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia:** saberes necessários a prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, p.79, 1981.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Brasília. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2014.

MACHADO, A. M.; CACHOEIRA, V. M.; TOSCANO, C. M. **Diagnóstico & Tratamento**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, v.7, n3, jul, set. 2002.

MALTA, D. C. et al. **Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, n. 15, p. 47-64, 2006.

MILITÃO, Albigenor; MILITÃO, Rose. **S.O.S Dinâmica de grupo**. Rio de Janeiro: Qualitymark, Edição: 11. Ano: 1999.

MOREIRA GC, CIPULLO JP, MARTIN JF, et al. **Avaliação da consciência, controle e custo-efetividade do tratamento da hipertensão em uma cidade brasileira: estudo populacional**. J. Hypertens 2009.

PEREIRA MR, COUTINHO MS, PF, et al. **Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the adult urban population of Tubarão**. Santa Catarina, Brazil, 2003.

SMELTZER, SC; BARE, BG. **Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico – cirúrgico**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq. Bras. Cardiol. v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

SCHMIDT, MI. DUCAN, B,B. et al. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. Fascículo em Saúde no Brasil (Saúde no Brasil 4), p.61 Rio grande do Sul, 2011.

TADDEO, PS et al. **Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas**. Ciênc. saúde coletiva [online]. v.17, n.11, p. 2923-2930, 2012.

WHO. **Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases**. 2008. <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf> (acesso em 17 de dezembro de 2013).

APÊNDICES

ANEXO A: AGENDA E CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

ETAPAS DATAS	DURAÇÃO (CH)	LOCAL	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL	TEMA
08/08/2012	02 horas	UBS- Senador Hélio campos I	Enfermeiro	Hipertensão arterial
12/09/2012	02 horas	SHC I	Enfermeiro	DCNT
10/10/2012	02 horas	SHC I	Clinico Geral e Farmacêutico	Tratamento medicamentoso e não medicamentoso
14/11/2012	02 horas	SHC I	Nutricionista	Alimentação saudável
12/12/2012	02 horas	SHC I	Educador físico	Atividades físicas