



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Nathália Aparecida Costa Guedes Miranda

**O empoderamento e a práxis do cuidado interdisciplinar de pessoas com
fibromialgia: desafios para enfermagem**

Rio de Janeiro

2016

Nathália Aparecida Costa Guedes Miranda

**O empoderamento e a práxis do cuidado interdisciplinar de pessoas com fibromialgia:
desafios para enfermagem**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof.^a Dra. Lina Márcia Miguéis Berardinelli

Rio de Janeiro

2016

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

M672	<p>Miranda, Nathália Aparecida Costa Guedes.</p> <p>O empoderamento e a práxis do cuidado interdisciplinar de pessoas com fibromialgia - desafios para enfermagem / Nathalia Aparecida Costa Guedes Miranda. - 2016.</p> <p>130 f.</p> <p>Orientador: Lina Márcia Miguéis Berardinelli.</p> <p>Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.</p> <p>1. Empoderamento. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Terapia de grupo. 4. Autocuidado. 5. Doença crônica. I. Berardinelli, Lina Márcia Migueis. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.</p> <p>CDU 614.253.5</p>
------	---

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Nathália Aparecida Costa Guedes Miranda

**O empoderamento e a práxis do cuidado interdisciplinar de pessoas com fibromialgia:
desafios para enfermagem**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 26 de fevereiro de 2016.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Lina Márcia Miguéis Berardinelli (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Irma da Silva Brito
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra/Portugal

Prof.^a Dra. Vera Maria Sabóia
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa

Rio de Janeiro

2016

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a duas pessoas especiais, Afonso e Aurea, que em nenhum momento mediram esforços para a realização dos meus sonhos, que me guiaram pelos caminhos corretos, ensinaram-me a fazer as melhores escolhas, me mostraram que a honestidade e o respeito são essenciais à vida, e que devemos sempre lutar pelo que queremos. A eles devo a pessoa que me tornei, e tenho muito orgulho de chamá-los pai e mãe.

Dedico também ao meu esposo Mario, que sempre me impulsionou a agarrar todas as oportunidades de crescimento profissional e que sempre esteve disponível a me ajudar durante a elaboração desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo dom da vida e pela oportunidade de lutar e vencer.

Ao meu marido, Mario, por sonhar meus sonhos junto comigo, sorrir com as minhas vitórias e me apoiar nas dificuldades; pela compreensão nos momentos de atribulação.

Aos meus pais, irmão e todos os familiares, por acreditarem em mim desde sempre e me ajudarem com todos os recursos possíveis para que eu chegasse onde cheguei.

À minha orientadora, Dra. Lina Marcia Migueis Berardinelli, agradeço pela paciência em cada etapa desse processo que se iniciou muito antes de uma aprovação no Mestrado, pela parceria de trabalho, de muito crescimento. A ela, minha gratidão por ser mais que orientadora de um projeto, a parceira de um sonho, demonstrando que é possível que caminhem juntos o conhecimento e o afeto.

Às professoras Dra. Irma Brito; Dra. Rosângela Silva e Dra. Vera Saboia, pelas imprescindíveis contribuições por ocasião da banca de qualificação e defesa.

Às minhas colegas do mestrado, em especial, Anna Carolina Chaves e Clicia Vieira, por compartilharem da trajetória, lágrimas, risadas, nervosismos e momentos inesquecíveis durante esses dois anos intensos. Certeza que essa amizade durará para sempre.

A todos os membros do Laboratório de Fisiologia aplicada à Educação Física (LAFISAEF), em especial à Lucia, Regina e Livia, pelo apoio imprescindível na coleta dos dados realizada com muito suor, critério, mas também muito respeito e simpatia. Certamente, o convívio com todas contribuiu para meu crescimento.

A todos as participantes por compartilhar suas histórias dando vida e sentido a este estudo.

Ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) pela presteza, organização e apoio quando precisei.

A realização dessa dissertação só foi possível pela colaboração direta e indireta de muitas pessoas nos vários momentos de sua realização. A todos, meu obrigada!

Dê ao mundo o melhor de você, mas isso pode nunca ser o bastante. Dê o melhor de você assim mesmo. Veja você que, no final das contas, é entre você e Deus. Nunca foi entre você e as outras pessoas.

Madre Teresa de Calcutá (1910-1997)

RESUMO

MIRANDA, Nathália Aparecida Costa Guedes. **O empoderamento e a práxis do cuidado interdisciplinar de pessoas com fibromialgia**: desafios para enfermagem. 2016. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

A educação em saúde, o acompanhamento de pessoas com problemas crônicos e a implementação de metodologias participativas desenvolvidas em grupo tem sido fortemente recomendado pelas Organizações Mundiais de Saúde e pelas Diretrizes de Doenças Crônicas. Este estudo tem como objetivo geral compreender os efeitos de grupo de terapia integrativa no empoderamento de pessoas que vivem com fibromialgia. E como objetivos específicos: descrever o conhecimento dos participantes acerca do processo saúde adoecimento e autocuidado antes do início das atividades do grupo; analisar a repercussão do grupo de terapia integrativa no processo ensino saúde adoecimento e autocuidado; e discutir o empoderamento das participantes após o término da prática educativa em saúde desenvolvida no grupo de terapia integrativa. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, de abordagem participativa. O cenário de estudo foi Laboratório de Fisiologia aplicada à Educação Física (LAFISAEF) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, localizado no município do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados em 2015 por meio do questionário para avaliação do conhecimento acerca do processo saúde adoecimento e autocuidado para pessoas com problemas crônicos de saúde, observação direta e entrevista semiestruturada realizada com 11 participantes do grupo de adaptação. Para análise dos dados obtidos utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin emergindo duas categorias: O grupo de terapia comunitária integrativa como dinamizador para a construção do conhecimento e o empoderamento dos participantes por meio do Grupo Interdisciplinar de TCI. Conclui-se que o conhecimento das participantes foi ampliado e que o grupo foi uma estratégia eficaz para o ensino aprendizagem para o processo saúde e adoecimento. Da mesma forma, notou-se que as estratégias influenciaram o empoderamento das participantes, onde estas, empoderadas, foram motivadas a praticarem o autocuidado de maneira eficaz e capazes de mudar os hábitos de vida diminuindo as crises álgicas, restabelecendo autoestima e contribuindo para a autonomia. Acreditamos que abordagem do empoderamento para o fortalecimento do autocuidado em situações crônicas de saúde através das tecnologias educacionais apresenta resultados satisfatórios, contribuindo para ampliação das práticas de enfermagem.

Palavras-chave: Empoderamento. Enfermagem. Doenças crônicas. Terapia de grupo.

ABSTRACT

MIRANDA, Nathália Aparecida Costa Guedes. **The empowerment and the practice of interdisciplinary care of people with fibromyalgia:** challenges for nursing. 2016. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Health education, monitoring of people with chronic problems and the implementation of participatory methodologies developed group has been strongly recommended by the World Health Organizations and the Guidelines for Chronic Diseases. This study has the general objective of understanding the integrative therapy group effects in empowering people living with fibromyalgia. And the following objectives: to describe the knowledge of the participants about the health illness and self-care before the start of the group's activities; establish the role of integrative therapy group in the teaching health illness and self-care; and discuss the empowerment of participants after completion of educational practice in health developed in integrative therapy group. It is a qualitative research, participatory approach. The study setting was Physiology Laboratory applied to Physical Education (LAFISAEF) of Rio de Janeiro State University, located in the municipality of Rio de Janeiro. Data were collected in 2015 through the questionnaire to assess the knowledge of the health illness and self-care for people with chronic health problems, direct observation and semi-structured interviews with 11 participants of the adaptation group. For data analysis we used the Bardin content analysis emerging two categories: The integrative community therapy group as a facilitator for the construction of knowledge and empowerment of participants through the Interdisciplinary Group of TCI. We conclude that the knowledge of participants was expanded and the group was an effective strategy for teaching learning process for health and illness. Similarly, it was noted that strategies influenced the empowerment of participants, where they, empowered, were motivated to practice self-care effectively and able to change the habits of life reducing the painful crises, restoring self-esteem and contributing to the autonomy. We believe that the empowerment approach to strengthen self-care in chronic health conditions through educational technologies presents satisfactory results, contributing to the expansion of nursing practices

Keywords: Empowerment. Nursing. Chronic diseases. Group therapy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Etapas do GITCI para pessoas com Fibromialgia do LAFISAEF– IEFD/UERJ.....	55
Figura 2 –	Temas abordados durante os encontros.....	59
Figura 3 –	Mapa com os municípios onde as participantes residem.....	68
Quadro 1 –	Quantidade de participantes que responderam corretamente, por questão, antes e após o GITCI	72
Quadro 2 –	Unidades de registros e categorias analíticas	120
Quadro 3 –	Tabela de unidades de significação	123

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Faixa etária dos participantes da pesquisa.....	65
Tabela 2 –	Etnia dos participantes da pesquisa.....	65
Tabela 3 –	Faixa Salarial dos participantes da pesquisa.....	66
Tabela 4 –	Situação de trabalho dos participantes da pesquisa.....	66
Tabela 5 –	Grau de escolaridade dos participantes da pesquisa.....	67
Tabela 6 –	Local de residência dos participantes da pesquisa.....	67
Tabela 7 –	Patologias associadas por faixa etária entre 25 e 54 anos nos participantes da pesquisa	68
Tabela 8 –	Patologias associadas por faixa etária acima de 55 anos nos participantes da pesquisa.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
EBSCO	Elton B. Stephens Corporation
EUA	Estados Unidos da América
FM	Síndrome da Fibromialgia
GITCI	Grupo Interdisciplinar de Terapia Comunitária Integrativa
GP	Grupo Participante
IEFD	Instituto de Educação Física e dos Desportos
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LAFISAEF	Laboratório de Fisiologia Aplicada à Educação Física
MEDLINE	Literature Analysis and Retrieval System Online
OMS/WHO	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PP	Pesquisa Participativa
PPC	Policlínica Piquet Carneiro
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TCI	Terapia Comunitária Integrativa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UR	Unidade de Registro

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
1	REFERENCIAL TEMÁTICO CONCEITUAL	27
1.1	O empoderamento e as tecnologias da educação	27
1.1.1	<u>Tecnologias educacionais como estratégia para o empoderamento</u>	30
1.2	A práxis do cuidado e a interdisciplinaridade na abordagem das situações de cronicidade em saúde	32
1.3	O cuidado em saúde e o panorama da Fibromialgia	35
2	REFERENCIAL TEÓRICO	39
2.1	Terapia Comunitária Integrativa	39
2.1.1	<u>A Teoria Geral dos Sistemas</u>	41
2.1.2	<u>Teoria da Comunicação</u>	42
2.1.3	<u>Antropologia Cultural</u>	44
2.1.4	<u>Conceito de Resiliência</u>	45
2.1.5	<u>A Pedagogia de Paulo Freire</u>	46
3	METODOLOGIA	49
3.1	Fundamentos metodológicos	49
3.2	Cenário da pesquisa	52
3.3	Participantes do estudo	52
3.3.1	<u>Grupo de intervenção de Terapia Comunitária Integrativa</u>	53
3.4	Aspectos éticos da pesquisa	53
3.5	Delineamento e definição das atividades	54
3.5.1	<u>Apresentação das atividades</u>	54
3.5.2	<u>Compartilhamento das atividades do grupo interdisciplinar</u>	55
3.6	Produção dos dados	57
3.6.1	<u>Procedimentos de Coleta de Dados</u>	58
3.6.2	<u>Observação Direta</u>	60
3.6.3	<u>Entrevista Semiestruturada</u>	60
3.6.4	<u>Instrumento de avaliação de conhecimento</u>	61
3.7	Organização, classificação e categorização dos dados	62
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	64
4.1	Caracterização dos sujeitos da pesquisa	64

4.2	O conhecimento do grupo participante antes e após o GITCI.....	70
4.3	Categoria 1: O grupo interdisciplinar de terapia comunitária integrativa como dinamizador para a construção do conhecimento	77
4.3.1	<u>O processo ensino-aprendizagem em grupo</u>	78
4.3.2	<u>O grupo GITCI como instrumento mediador da aprendizagem</u>	81
4.4	Categoria 2: O empoderamento dos participantes por meio do grupo interdisciplinar de terapia comunitária integrativa	86
4.4.1	<u>O empoderamento no cuidado em saúde</u>	87
4.4.2	<u>Mudanças no relacionamento familiar</u>	92
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
	REFERÊNCIAS	101
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	115
	APÊNDICE B – Roteiro de Observação	116
	APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista Semiestruturada	117
	APÊNDICE D – Instrumento de Coleta de Dados	118
	APÊNDICE E – Unidades de Registro e Categorias Analíticas	120
	APÊNDICE F – Unidades de Registro	123
	ANEXO – Parecer Consubstanciado do CEP	129

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Aproximação com a temática

O objeto de estudo desta dissertação de mestrado aborda o processo de empoderamento de pessoas que vivenciam a fibromialgia num grupo de terapia comunitária integrativa. Esse objeto insere-se na linha de cuidado *Concepções Teóricas, Filosóficas e Tecnológicas do Cuidado em Saúde e Enfermagem* do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

A motivação deste estudo decorre das experiências vivenciadas com o cuidado durante a minha graduação na Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, em Itajubá, Minas Gerais, quando, no terceiro período do curso, entrei em contato com pessoas em situação crônica de saúde, com algum tipo de complicação, como insuficiência renal e acidente vascular encefálico.

Depois de formada, como residente do primeiro ano do programa de clínica médica do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (HUPE/UERJ), percebi que o número de clientes hospitalizados também possuía algum tipo de complicação por doenças crônicas, eram reincidentes à hospitalização e o quadro de maior prevalência era o de doenças cardiovasculares, especialmente a hipertensão arterial.

Ao mesmo tempo em que me integrava às atividades dessa unidade, precisava pensar na minha monografia do curso e, diante do quadro relatado, encontrei, na literatura de enfermagem, artigos científicos confirmando a importância da teoria do déficit de autocuidado para lidar com esse tipo de situação. Sendo assim, pensei em desenvolver um estudo no qual a enfermagem pudesse contribuir para um cuidado individualizado, mais sensível e humanizado, buscando ações que valorizassem os seres humanos e que potencializasse a participação ativa desses indivíduos em seu próprio benefício.

Nesse sentido, direcionei o trabalho de conclusão da Residência de Enfermagem procurando analisar criticamente e aplicar a Teoria do Déficit de Autocuidado, de Orem (1993) para identificar as necessidades de saúde das pessoas com hipertensão arterial internadas e sob o cuidado de enfermeiros.

No levantamento das unidades clínicas do HUPE/UERJ, constatei que os déficits de autocuidado encontrados nos clientes hospitalizados estavam ligados ao desconhecimento deles acerca do cuidado com a saúde, envolvendo os aspectos físicos, emocionais e

cognitivos. Os clientes em situação crônica de saúde são mais resistentes ao tratamento, ao acompanhamento e ao controle da saúde.

Além disso, desconheciam o processo saúde-adoecimento, as relações entre hábitos saudáveis de alimentação, práticas de exercício físico, o autoconhecimento e não sabiam lidar com o estresse da vida diária, sem adesão correta ao tratamento farmacológico. Percebeu-se, ainda, o descompromisso com a saúde, o uso de quantidades abusivas de sódio na alimentação, estilo de vida sedentário, desinteresse em perder peso, além do uso abusivo do álcool e do cigarro (GUEDES; BERARDINELLI, 2012).

Ao concluir o referido estudo, foi possível afirmar que o cuidado oferecido pelos enfermeiros é extremamente necessário, pois ele é o profissional de saúde que possui conhecimento, sensibilidade e habilidades capazes de identificar, analisar e classificar os déficits de autocuidado. O estudo também indicou que o cuidado exercido por esses profissionais é capaz de potencializar os indivíduos para que estes, entendendo esses déficits, possam se sentir motivados e empoderados quanto ao conhecimento em saúde, às causas e às consequências do adoecimento, às mudanças de hábitos de vida com reforço das orientações de cuidado, autoconfiança e lutem pela qualidade de vida dentro das suas possibilidades de saúde, juntamente com a sua família (GUEDES; BERARDINELLI, 2012).

Assim, dando sequência à minha trajetória profissional, após a residência, iniciei minhas atividades na unidade de Hematologia do mesmo hospital e percebi que, dentre tantos diagnósticos ligados à área hematológica, as doenças crônicas também faziam parte do contexto de saúde daquelas pessoas. Ali onde o foco principal era o componente hematopoiético e suas patologias, as doenças crônicas também tinham seu lugar de destaque, pois eram frequentes entre os pacientes que utilizavam o serviço.

Diante das considerações acima expostas, ressalto que as inquietações acerca do tema foram aumentando dia a dia, durante o desenvolvimento das minhas atividades profissionais e, assim, foram determinantes para a realização deste estudo.

Contextualização do tema e objeto da pesquisa

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são doenças multifatoriais de longa duração que se desenvolvem no decorrer da vida. Elas são consideradas um sério problema de saúde pública e já são responsáveis por 63% das mortes no mundo, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2011).

Seguindo essa tendência mundial, no Brasil, as DCNTs são a causa de, aproximadamente, 74% das mortes e atingem fortemente as camadas pobres da população e grupos vulneráveis. Tal fato caracteriza uma mudança nas cargas de doenças e se apresenta como um novo desafio para os gestores de saúde, principalmente pelo forte impacto das DCNTs na qualidade de vida dos indivíduos afetados, a maior possibilidade de morte prematura e os efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza (BRASIL, 2011; GOULART, 2011).

No Brasil, os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, a urbanização e o crescimento econômico e social colaboram para o desenvolvimento de doenças crônicas. Nesse contexto, grupos étnicos e raciais menos privilegiados, como a população indígena e a população negra, quilombola, têm tido participação desproporcional nesse aumento verificado na carga de doenças crônicas (BRASIL, 2011; SCHMIDT; DUNCAN, 2011).

Com a mudança acelerada da estrutura etária, o Brasil está reduzindo a proporção de crianças e jovens e aumentando a proporção de idosos e sua expectativa de vida. O aumento de idosos na população acarreta crescimento da carga de doenças, em especial as DCNTs. Tais transformações trazem desafios para todos os setores, impondo a urgência em se repensar a dimensão da oferta de serviços necessários para as próximas décadas (BRASIL, 2011).

As DCNTs de maior destaque são as do aparelho circulatório, diabetes mellitus, hipertensão arterial, câncer e as doenças crônicas respiratórias (BRASIL, 2011). Apesar de a Fibromialgia não estar incluída no quadro das DCNTs, serão estudadas como tal, pois possui curso clínico igualmente como as demais, não têm cura, necessita de acompanhamento regular e tratamento constante.

A Síndrome da Fibromialgia (FM), caracterizada por queixas dolorosas musculoesqueléticas difusas e pela presença de pontos dolorosos em regiões anatomicamente bem determinadas. Somam-se a esses sintomas a fadiga, distúrbios do sono, rigidez matinal, parestesias de extremidades, sensação subjetiva de edema e distúrbios cognitivos.

É frequente a associação a outras comorbidades, que contribuem com o sofrimento e a piora da qualidade de vida. Entre mais frequentes, encontra-se a depressão, a ansiedade, a síndrome da fadiga crônica, a síndrome miofascial, a síndrome do cólon irritável e a síndrome uretral inespecífica (HEYMANN et al., 2010; LIPHAUS et al., 2001; WEIDEBACH, 2002).

A FM, por ser considerada como uma síndrome dolorosa crônica tem um impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes. Aliado a isto, em função da vasta sintomatologia apresentada pelos portadores e da natureza multifatorial da sua patogênese, seu tratamento

requer uma abordagem multidisciplinar e deve incluir mudanças no estilo de vida, tratamento não farmacológico e intervenções farmacológicas objetivando o alívio da dor, melhora da qualidade do sono e dos distúrbios do humor (BRAZ et al., 2011).

O controle da FM é um desafio para todos os profissionais de saúde, pois envolve, principalmente, a participação dos portadores, mudando os comportamentos que trazem prejuízos à saúde e aderindo aos que trazem benefícios, incentivando, assim, o autocuidado e melhorando a qualidade de vida.

As consequências dos transtornos gerados pelas DCNTs são múltiplas, as quais impedem as pessoas de realizarem uma série de atividades do ponto de vista profissional e social. As estimativas para o Brasil sugerem que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar decorrentes das DCNTs levarão a uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (GOULART, 2011).

Segundo Goulart (2011), o tratamento de doenças crônicas pode ser particularmente oneroso em países onde uma elevada percentagem de despesas totais de saúde é custeada pelas famílias, ou seja, a participação governamental nas despesas com saúde é pequena. São muitos os impactos negativos das DCNTs e de seus fatores de risco no âmbito do mercado de trabalho, mostrando que essas enfermidades acarretam a redução da participação na força de trabalho, o quantitativo de horas trabalhadas e, conseqüentemente, a aposentadoria precoce.

A literatura tem apontado diferentes problemas por parte das dificuldades das mudanças dos modelos de saúde e reorientações das práticas de cuidado, as quais ainda não são suficientemente qualificadas no atendimento das necessidades e interesses da população. Portanto, cada vez mais é crescente o número de pessoas acometidas por problemas crônicos de saúde e pelos agravos que estes provocam em diferentes etapas no processo de viver.

De acordo com Goulart (2011, p. 46),

As intervenções possíveis nas DCNT podem ser, por exemplo, ações educativas voltadas para a mudança de comportamentos, assim como cuidados continuados, de longa duração, planejados de forma prospectiva e proativa e apoiados fundamentalmente na atenção primária à saúde. A capacitação de pacientes é fundamental, de modo a desenvolver sua adesão, com apoio das famílias, a metas de cuidado, bem como autonomia na solução de problemas e participação nos processos decisórios clínicos, sempre sobre supervisão das equipes de saúde.

Corroborando com a citação acima, as linhas de ação da Carta de Ottawa e da Declaração de Alma reafirmam que é necessário intensificar as ações das estratégias de promoção em saúde nos serviços, promover a autonomia das pessoas, indivíduos e profissionais, para que, em conjunto, possam compreender a saúde como resultante das

condições de vida e propiciar um desenvolvimento social mais equitativo (HEIDMANN et al., 2006).

No domínio de promoção à saúde, o tratamento tem que se estender para além dos limites da clínica e permear o ambiente doméstico. Os pacientes e os familiares necessitam de apoio e auxílio. O tratamento para as DCNTs deve ser reorientado em torno do paciente e da família (GOULART, 2011).

Além disso, Otero, Zanetti e Teixeira (2007) ressaltam que as intervenções direcionadas aos clientes devem investir nas ações de autocuidado, conhecimento e acesso a informações, sendo imprescindíveis para a tomada de decisão e desenvolvimento das habilidades sociais, visando, assim, às práticas de empoderamento.

Empoderamento é um conceito polissêmico que tem tido visibilidade crescente, principalmente a partir dos anos 1990, com origem na língua inglesa, *empowerment*. O empoderamento capacita o indivíduo a resolver os seus próprios problemas e necessidades, a compreender como pode solucionar esses problemas com os seus próprios recursos ou com apoios externos e a promover ações mais apropriadas para fomentar uma vida saudável (HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010).

Nesse sentido, o empoderamento é um processo educativo proposto a ajudar os pacientes a ampliarem conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento necessário para assumir com sucesso a responsabilidade com as decisões acerca de sua saúde (TADDEO et al., 2012).

Martins et al. (2009) afirmam que o conceito de empoderamento está intimamente relacionado com o conceito proposto por Paulo Freire sobre a ideia de libertação. Tanto é que por meio do empoderamento, a promoção à saúde procura possibilitar aos indivíduos e coletivos um aprendizado que os torne capazes de viver a vida em suas distintas etapas e de lidar com as limitações impostas por eventuais enfermidades (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

O empoderamento permite a aprendizagem dialógica e o desenvolvimento da consciência crítica, despertando no indivíduo um modo de viver saudável próprio/autônomo/personalizado. A informação por si só, compartilhada nos processos educativos, não modificará os comportamentos em relação à situação-problema. Embora o conhecimento seja uma condição necessária para que ocorra o processo de mudança de certa prática ou comportamento, outras variáveis como a atitude terão de ser mudadas para que determinado comportamento nocivo seja modificado (CARVALHO, 2002).

Na perspectiva do empoderamento, o profissional estimula o indivíduo a modificar seus comportamentos por meio da autocrítica, do desenvolvimento de competências e da motivação para o cuidado da sua saúde (HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010).

É primordial capacitar as pessoas para que elas aprendam durante toda a vida, preparando-se para as diversas fases da existência, que incluem o enfrentamento das enfermidades crônicas e das causas externas que afetam a saúde (BUSS, 2000).

Hammerschmidt e Lenardt (2010) afirmam que pacientes mais informados, envolvidos e responsabilizados, interagem de forma mais eficaz com os profissionais de saúde tentando realizar ações que produzam resultados de saúde.

Nesse sentido, recorre-se às tecnologias educacionais como estratégias para se trabalhar o empoderamento, autoestima e autopercepção como um processo de emancipação dos próprios sujeitos.

Segundo Nietzsche, Teixeira e Medeiros (2014), as tecnologias são processos concretizados a partir da experiência cotidiana do cuidar em saúde e, algumas, derivadas de pesquisa para o desenvolvimento de um conjunto de atividades produzidas e controladas pelos seres humanos. Servem para gerar e aplicar conhecimentos, dominar processos e produtos e transformar a utilização empírica, de modo a torná-las uma abordagem científica.

As tecnologias recebem, na área da saúde, a seguinte categorização: a) tecnologia dura, representada pelo material, equipamento, instalação física, ferramentas; b) tecnologia leve-dura, que inclui os saberes estruturados nas disciplinas que atuam na área da saúde; c) tecnologia leve, a qual insere o processo de produção da comunicação e suas respectivas relações (MERHY; ONOKO, 2002).

Sob outro ponto de vista, a classificação de tecnologia proposta pela área de enfermagem é: a) tecnologia educacional representada pelo conjunto de conhecimentos científicos que envolvem o processo educacional; b) tecnologia assistencial inclui as ações sistematizadas para uma assistência qualificada; c) tecnologia gerencial é o processo sistematizado, composto por ações teórico-práticas utilizadas no gerenciamento da assistência. (NIETSCHE et al., 2005).

As Tecnologias Educacionais na área da saúde são ferramentas importantes para o desempenho do trabalho educativo e do processo de cuidar, sendo uma valiosa alternativa para a busca da promoção da saúde e ampliação dos conhecimentos dos sujeitos para que eles superem suas dificuldades e obtenham maior autonomia e melhores condições de saúde e qualidade de vida (SANTOS; LIMA, 2008).

O presente estudo trata de tecnologia educacional: a educação em saúde direcionada para um grupo de pessoas. Tal intervenção fundamenta-se na Terapia Comunitária Integrativa (TCI) como um norteador de práticas de saúde. Essa terapia ocorre sistematicamente, em reuniões interdisciplinares, com pessoas com fibromialgia, as quais participam das atividades do Laboratório de Fisiologia Aplicada à Educação Física e Promoção da Saúde do Instituto de Educação Física e Desportos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Essa tecnologia pode ser vista como um instrumento efetivamente transformador, pois auxilia os indivíduos a descobrirem seu poder e potencial para produzir saber e gerar novos conhecimentos, contribuindo com medidas que garantam melhoria da qualidade de vida do indivíduo e do grupo no qual ele está inserido (SABÓIA et al., 2010).

A TCI é um modelo terapêutico surgido após a segunda guerra mundial, quando um psicossociólogo americano, Kurt Lewin, trabalhou um grupo de pessoas com fins terapêuticos. Ele assegura que os indivíduos sentem uma ação terapêutica ao ouvir pessoas a contextualizar os seus problemas e de como eles podem ser resolvidos (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997).

Os autores Zimerman e Osório (1997, p. 24) mencionam que Freud, desde 1910, já afirmava que a terapia traz o êxito para o indivíduo e para a coletividade e esses efeitos foram comprovados em seus trabalhos publicados posteriormente. Freud afirmava, também, que a “psicologia individual e a social não diferem em sua essência”.

A psicoterapia de grupo é o desenvolvimento de várias técnicas psicoterapêuticas aplicadas a um grupo de pessoas, havendo interações entre elas e, em alguns casos, entre a pessoa e o terapeuta também. Essa interação grupal favorece mudanças nos comportamentos mal-adaptados de cada um dos membros do grupo (VINOGRADOV; YALOM, 1992).

Este tipo de grupo, resultante da tendência atual para a emergência de organizações descentralizadas, constitui um poderoso instrumento de intervenção psicossocial, de mudança e um desafio para todos aqueles que se interessam pela promoção do bem-estar, da saúde e dos direitos sociais a partir de uma perspectiva de *empowerment* da população visada.

Porém, julga-se ainda mais importante a necessidade de romper com as estratégias verticalizadas de educação em saúde, autoritárias, descontextualizadas da realidade dos indivíduos e que não consideram as experiências, desejos e expectativas das pessoas diante da situação de adoecimento. Além disso, ajudar as pessoas na promoção do autocuidado é uma prática de cidadania, para que elas possam repensar em conjunto, formas de prevenção dos agravos, de prevenir reinternações, podendo contar com um espaço de escuta dos seus problemas.

É importante reconhecer que a multidimensionalidade do ser humano e a necessidade de intervenções cada vez mais complexas no contexto do trabalho em saúde, implicando uma visão diferenciada desse ser humano, visão esta alcançada através da abordagem interdisciplinar, uma vez que um profissional isoladamente não consegue dar conta de todas as dimensões do cuidado humano.

De forma análoga, as propostas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) evidenciam a importância do trabalho em equipe multiprofissional com vistas à interdisciplinaridade, contribuindo, dessa forma, para a concretização da integralidade e de uma assistência de boa qualidade (MATOS; PIRES, 2009).

Ressalta-se que, durante a fase de adaptação e desenvolvimento do grupo, as práticas de educação em saúde foram norteadas à luz da interdisciplinaridade, compartilhando dos diferentes saberes, da Educação Física, da Psicologia, da Nutrição e da Enfermagem.

A prática interdisciplinar no campo da saúde é construída quando superada a ideia do modelo biomédico e das concepções reducionistas das ciências sociais num processo em que a vida humana é trazida para o centro das discussões (MINAYO, 1991). Porém, a execução da abordagem interdisciplinar por equipes multiprofissionais em saúde ainda se apresenta como um desafio a ser superado nas práticas de atenção à saúde.

Partindo destas considerações, foram levantadas as seguintes questões norteadoras:

- a) Qual o conhecimento que os participantes possuem sobre o processo saúde-adoecimento e autocuidado?
- b) O grupo de terapia comunitária integrativa pode ser um dinamizador no processo do autocuidado?
- c) É possível dizer que os participantes, ao vivenciarem as etapas do processo de educação em saúde por meio do grupo interdisciplinar de terapia comunitária integrativa (GITCI) foram empoderados?

A partir do exposto, e para dar prosseguimento neste estudo, elegeu-se como objetivo geral: Compreender os efeitos do grupo interdisciplinar de terapia comunitária integrativa no empoderamento de pessoas que vivem com fibromialgia.

E os objetivos específicos são:

- a) Descrever o conhecimento dos participantes acerca do processo saúde-adoecimento e autocuidado antes e após as atividades do grupo;

- b) Analisar a repercussão do grupo interdisciplinar de terapia comunitária integrativa no processo ensino-saúde-adoecimento e autocuidado;
- c) Discutir o empoderamento dos participantes após o término da prática educativa em saúde desenvolvida no grupo interdisciplinar de terapia integrativa.

Justificativa e relevância do tema

Este estudo justifica-se porque, a cada ano, ocorre um aumento significativo de pessoas acometidas pelas DCNTs. O desconhecimento do processo saúde-adoecimento pode ser um dos causadores desse aumento, bem como a sua relação com a deficiência de autocuidado da população, associado às questões hereditárias e às mudanças ambientais em todos os continentes.

Desse modo, será utilizado, nesta dissertação, o conceito de empoderamento, que é um processo educativo destinado a ajudar os indivíduos a desenvolverem conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento necessários para assumir, efetivamente, a responsabilidade com as decisões acerca de sua saúde (TADDEO et al., 2012).

Além disso, a proposta deste estudo encontra-se alinhada às Políticas Públicas de Saúde, baseada nas Diretrizes para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas Linhas de Cuidado Prioritárias, formulado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, o presente trabalho propõe uma reflexão a partir do uso da tecnologia educacional, de um grupo interdisciplinar baseado na Terapia Comunitária Integrativa, como estratégia no processo de empoderamento para pessoas com fibromialgia partindo da compreensão e da experiência dos sujeitos no exercício da interdisciplinaridade, do cuidado humano e da cidadania. Associado a essa ideia, há o propósito de melhorar a qualidade de vida, a adesão ao tratamento e a redução dos casos de reinternação hospitalar e a reorientação das práticas de cuidado.

Este estudo também é relevante para a sociedade de modo geral, bem como para a academia, uma vez que, ao realizar o levantamento bibliográfico, averigua-se o estado da arte acerca do tema e explora-se como este tema vem sendo discutido na literatura de enfermagem.

Os critérios de seleção dos estudos estabelecidos foram artigo completo, disponível *online*, periódico qualificado, resultados de pesquisas, relatos de experiência e revisões, nos

idiomas português, inglês ou espanhol disponíveis no meio eletrônico, no recorte temporal dos últimos 10 anos (2005-2015).

A partir dos critérios citados, foram consultadas as bases de dados *Public/Publish Medline* (PUBMED), *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO) e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), de modo integrado com as bases: Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). A busca de artigos foi realizada com as palavras-chave empoderamento, enfermagem e doença crônica, combinadas, nas referidas bases de dados e nos idiomas inglês, português e espanhol.

Na base de dados SCIELO, foi encontrada uma publicação científica a partir da associação dos descritores citados. Na base de dados PUBMED, foram localizados 23 artigos, sendo que somente sete estavam disponíveis e versavam sobre a temática escolhida. Foram identificados 12 artigos na base de dados BVS, sendo que somente um estava disponível na íntegra e se aproximava da temática escolhida. Sendo assim, foram totalizados oito artigos. Dessa forma, percebe-se um número reduzido de artigos científicos publicados acerca da temática em tela. A seguir, será feito um pequeno relato de cada um desses oito artigos encontrados.

Fotoukian et al. (2014a), em estudo intitulado *Barriers to and factors facilitating empowerment in elderly with COPD*, realizou entrevistas com idosos acometidos por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). O objetivo do referido trabalho foi o de explorar as barreiras e os facilitadores para a capacitação desses idosos. Utilizou-se a pesquisa qualitativa e a coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada. Como conclusão do estudo, percebeu-se que os idosos com DPOC têm uma capacidade maior para o autocuidado quando possuem os conhecimentos necessários, habilidades e autoconhecimento.

Payroove et al. (2014), no artigo *Effect of Family Empowerment on the Quality of life of School-Aged Children with Asthma*, avaliaram o impacto do empoderamento da família sobre a qualidade de vida de crianças com asma e que estivessem em idade escolar. Os participantes foram divididos em dois grupos, caso e controle. O estudo propôs o preenchimento de um questionário antes e após uma intervenção para a capacitação das famílias selecionadas. Concluiu-se que, após a intervenção para o empoderamento, as famílias se tornaram capacitadas para lidar com o familiar com asma, aumentando, assim, a qualidade de vida e diminuindo as complicações.

Em outro momento, Ghazavi et al. (2014) desenvolveram o estudo intitulado *Effect of Family empowerment model on quality of life in children with chronic kidney diseases*, cujo

objetivo foi investigar o impacto do modelo de empoderamento da família sobre a qualidade de vida de crianças com doenças renais crônicas. A técnica de coleta de dados utilizada foi um questionário demográfico e o Questionário Core Ped QoL. Foram utilizados dois grupos para comparação, sendo que apenas um grupo participou do processo de capacitação para o empoderamento. Nos resultados, o grupo que participou da intervenção obteve melhora na qualidade de vida em relação ao grupo que não participou. Concluiu-se que o modelo de empoderamento da família foi efetivo para o aumento da qualidade de vida de crianças com doenças renais crônicas.

Fotoukian et al. (2014b) desenvolveram um artigo, intitulado *Concept analysis of empowerment in old people with chronic diseases using a hybrid model*, com o objetivo de analisar o conceito de *empowerment* de pessoas idosas com doenças crônicas. A metodologia utilizada foi a de análise de conceito e abrange três fases: revisão integrativa, trabalho de campo para avaliar empiricamente o conceito de empoderamento que possuem os idosos selecionados, e análise comparativa das duas fases anteriores. A análise dos dados revelou cinco atributos para o empoderamento, a saber: "promoção da consciência", "senso de controle sobre a vida", "desenvolvimento de habilidades pessoais", "autonomia" e "lidar". Conclui-se que a análise do conceito de *empowerment* mostrou algumas das condições necessárias para a capacitação das pessoas idosas com doenças crônicas.

Na sequência, o estudo de Vestala e Frisman (2013), denominado *Can participation in documentation influence experiences of involvement in care decision-making?*, teve como objetivo avaliar se a participação na documentação de enfermagem influencia a participação dos pacientes nos cuidados. É um projeto experimental, randomizado. Nele, o paciente, durante a sua permanência na enfermaria, participa da documentação de enfermagem, juntamente com a enfermeira, em especial das metas e planos de cuidado. Percebeu-se que os participantes preferiam o papel de colaborador do seu próprio cuidado ao invés de mero espectador, pois a ausência de participação ocorre pela falta de conhecimento sobre a sua patologia. Os enfermeiros, portanto, precisam reconhecer as necessidades dos pacientes para educá-los em relação ao seu autocuidado.

Outro artigo selecionado foi o de Balduino et al. (2013) que desenvolveram a pesquisa *Análise conceitual de autogestão do indivíduo hipertenso*, cujo objetivo foi o de analisar o conceito de autogestão do indivíduo hipertenso. O estudo é teórico e pautado no referencial metodológico da análise de conceito e foram analisadas 15 produções científicas. Concluiu-se que o conceito de autogestão é um processo dinâmico e ativo, requerendo conhecimento, atitude, disciplina, determinação, comprometimento, autorregulação, empoderamento e

autoeficácia, com a finalidade de viver saudável. O estudo conclui que, para que isto ocorra, é necessária uma equipe interdisciplinar que possua conhecimento de hipertensão arterial, gestão e dedique tempo de qualidade para monitorar, incentivar e apoiar a autogestão.

Leite, Cunha e Tavares (2011) publicaram um artigo de atualidade, *Empowerment das famílias de crianças dependentes de tecnologia: desafios conceituais e a educação crítico-reflexiva freireana*, cuja discussão baseou-se na articulação do método freireano no trabalho de grupo com o processo de *empowerment* das famílias. As ações de trabalho em grupo têm um grande potencial para fornecer suporte emocional para os indivíduos, reduzindo o risco de isolamento e estimulando a troca de experiências. O método freireano de educação crítico-reflexiva pode ser considerado uma poderosa ferramenta para o alcance do *empowerment* dessas famílias.

No estudo *Rural women, technology and self management of chronic illness*, realizado por Weinert, Cudney e Hill (2008), foram formados grupos para avaliar se o uso de computadores por mulheres rurais com doença crônica foi capaz de melhorar sua capacidade de autogestão e adaptação. Além disso, a orientação para promover o empoderamento favoreceu o vínculo do cliente com a enfermeira, troca de experiência, responsabilidade do cliente com a própria saúde, motivando-o e encorajando-o para o autocuidado.

Considerando a busca realizada, percebe-se uma escassez de pesquisas, na literatura de enfermagem, relacionadas às DCNTs e ao empoderamento em níveis nacionais e internacionais. Percebeu-se, também, que a faixa etária que mais teve evidência foi a de idosos, seguido pelos estudos com famílias de crianças com DCNTs. Entretanto, observou-se que nenhum artigo encontrado abordou, com ênfase, a fibromialgia e somente dois artigos utilizaram a técnica de grupo para o empoderamento.

Com base na análise dos estudos encontrados, reafirma-se a importância e a relevância do tema no sentido de prover maior esclarecimento e importância ao fortalecimento do empoderamento nas ações de saúde com os portadores de DCNTs. O uso da estratégia de grupo, apesar de trazer inúmeros benefícios e de ser altamente estimulador, ainda é pouco utilizado pelo sistema de saúde.

A relevância do estudo está no desenvolvimento do grupo baseado na terapia comunitária integrativa, voltado para o acompanhamento de pessoas com problemas crônicos de saúde, em especial, a fibromialgia. Além do desenvolvimento das atividades em diferentes etapas, como adaptação, transição e convivência, com duração de nove meses, o compartilhamento de saberes com todos os participantes favorece o autoconhecimento, o entendimento sobre o processo saúde-adoecimento e autocuidado. Dessa forma, potencializa o

relacionamento interpessoal, o posicionamento diante das situações de vida, troca de ideias e melhora nas relações sociais e familiares.

Além disso, é relevante porque demonstrou que a estratégia da tecnologia educacional em grupo é viável, pode ser desenvolvida por outros serviços, em outros espaços de trabalho, considerando integração de saberes do grupo interdisciplinar, no manejo, na experiência e aplicabilidade das demandas e necessidades sugeridas pelas próprias participantes.

Contribuições do estudo

Acredita-se que a experiência vivenciada pelo grupo poderá ajudar na formação de profissionais de diferentes áreas do conhecimento científico, especialmente da enfermagem, na área do cuidado de enfermagem clínica, da saúde coletiva, na saúde comunitária, na pesquisa e na Sistematização da Assistência, norteando as ações, ajudando a enfermeira no reconhecimento dos déficits de empoderamento do cliente com fibromialgia, dentre outras peculiaridades e problemas crônicos de saúde.

De igual maneira, os resultados deste estudo poderão contribuir sistematicamente para o estabelecimento de ações ou intervenções nos âmbitos sociais, familiares e de saúde, além de proporcionarem aos pacientes conhecimentos e habilidades para que possam enfrentar essa etapa da sua vida sem serem vitimadas por doenças graves.

Além disso, este estudo trará resultados que, certamente, contribuirão com o ensino de graduação, extensão e pesquisa, cujo foco discute o cuidado humano e as situações crônicas de saúde, a promoção da vida, a prevenção de agravos e danos à saúde. Dessa forma, contribuirá com as práticas de cuidado que devem ser observadas e revisitadas para melhor posicionamento do futuro enfermeiro frente às diferentes demandas e perfis atuais de prevalência das DCNTs no Brasil.

Ressalta-se, ainda, que este estudo ampliará as discussões sobre o cuidado, fortalecendo o diálogo entre os projetos da pós-graduação, de extensão, de iniciação científica em andamento sobre a temática em tela, fortalecendo a linha de pesquisa intitulada *Concepções Teóricas, Filosóficas e Tecnológicas do Cuidado em Saúde e Enfermagem*, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ (PPGENF/UERJ), assim como, para o grupo de pesquisa *Concepções Teóricas do Cuidar em Saúde e Enfermagem*, inscrito no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Contribuições para as Políticas Públicas

Com base nos resultados do estudo, os Programas de Estratégia de Saúde da Família e as Unidades Básicas de Saúde poderão estabelecer, em suas práticas, atenção ao empoderamento de pessoas, no sentido de identificar situações que estejam comprometendo-as. Além disso, poderão estabelecer planos de atenção e de intervenção ao processo cuidativo, no sentido de melhorar a qualidade de vida de sua população, uma vez que o empoderamento e o autocuidado são a forma mais eficaz para lidar com as doenças crônicas.

Este estudo pretende contribuir com a qualidade do cuidado oferecido às pessoas que vivem com DCNTs, uma vez que, ao conhecer os déficits no conhecimento do processo saúde-adoecimento e autocuidado, será possível criar estratégias assistenciais mais eficazes que poderão fortalecer o empoderamento e incentivar o autocuidado das pessoas, permitindo que tomem uma consciência crítica em relação a seus problemas de saúde.

1 REFERENCIAL TEMÁTICO CONCEITUAL

1.1 O empoderamento e as tecnologias da educação

Durante a busca na literatura sobre o tema, deparou-se com o uso de duas palavras em idiomas distintos: *empowerment* ou empoderamento. Optou-se por utilizar, neste trabalho, o termo adaptado do inglês, empoderamento.

Embora a utilização crescente do termo *empowerment* tenha ocorrido nos Estados Unidos, na segunda metade do século XX, a partir dos movimentos emancipatórios relacionados ao exercício de cidadania – movimento dos negros, das mulheres, dos homossexuais, movimentos pelos direitos da pessoa deficiente –, o empoderamento tem suas raízes na Reforma Protestante, iniciada por Lutero no séc. XVI, na Europa, num movimento de protagonismo na luta por justiça social (BAQUERO, 2012; HERRIGER, 1997)

O conceito de empoderamento é o tema central das políticas sociais e saúde mental na Europa, Estados Unidos, Canadá, Austrália e Nova Zelândia, principalmente, a partir dos anos 90. Historicamente, o empoderamento está associado a formas alternativas de se trabalhar as realidades sociais, suporte mútuo, formas cooperativas, formas de democracia participativa, autogestão e movimentos sociais autônomos (VASCONCELOS, 2001). Tal conceito é tomado como um componente da promoção da saúde (AKERMAN et al., 2002; CARVALHO; GASTALDO, 2008; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Segundo a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2014b), o empoderamento configura-se entre os valores e princípios fundamentais das práticas e ações no campo de atuação da promoção da saúde.

Para Kleba e Wendausen (2009), no Brasil, há dois sentidos de empoderamento mais utilizados: um refere-se ao processo de mobilizações e práticas que tem como objetivo promover e impulsionar grupos e comunidades para a melhoria de suas condições de vida; o outro, diz respeito a ações destinadas a promover a integração dos excluídos à sobrevivência e aos serviços públicos em sistemas geralmente precários.

Quanto ao surgimento do termo empoderamento, não há clareza exata do seu início, pois, assim como outros termos, foi construído no tempo. Os estudiosos dos direitos humanos remetem a filiação ao movimento feminista ou ao movimento negro, entre os anos de 1960 e 1970 nos Estados Unidos da América (EUA). Já os que estão na Psicologia afirmam que a

autoria é deles, e que seu início ocorreu nos anos 1970, também nos EUA. Já o grupo que está no campo da Educação defende que quem adaptou o termo ao seu caráter transformador foi Paulo Freire, entre os anos 1970 e 1980 (ANDRADE, 2015).

A década de 1960 foi palco de grandes transformações e movimentos: protestos estudantis na França; as lutas pelos direitos civis nos EUA; os protestos contra a guerra do Vietnã; o feminismo; luta contra a ditadura na América Latina, dentre outros. Nesse período, surgem várias críticas aos modelos tradicionais de educação e, também, de outras disciplinas. É nesse período de críticas que o termo empoderamento emerge (ANDRADE, 2015).

Na área dos direitos humanos, as discussões sobre o empoderamento advêm do movimento feminista. Essa concepção entende que um grupo é capaz de controlar, de alguma forma, as ações do outro e, assim, as mulheres empoderadas podem conquistar espaços diferentes, romper a diferença de gêneros e, como consequência, ocupar posições de poder, exercendo participação e cidadania na sociedade (ANDRADE, 2015; IORIO, 2002).

A concepção de empoderamento adotada na área da psicologia é vista como um método em que as pessoas, gradualmente, assumem o controle sobre suas próprias vidas com vistas à melhoria da sua qualidade (RAPPAPORT, 1981). Com isso, verifica-se que o referido autor defendia a criação de grupos e organizações de auto e interajuda, que se baseiam na ideia de que indivíduos com problemas similares se ajudam uns aos outros (ANDRADE, 2015).

Essas discussões sobre o empoderamento, tanto na área dos direitos humanos quanto na da psicologia, chegam ao Brasil no final dos anos 1970 e encontram os Movimentos Sociais, da Educação Popular, da Teoria da Libertação e da Reforma Sanitária.

Nesse período, fortaleceu-se a proposta de Paulo Freire, que defendia a Pedagogia Libertadora, com a preocupação de libertar os sujeitos da vida de opressão, por meio da conscientização; com isso, a educação passa a ser compreendida como prática libertadora (ANDRADE, 2015; FREIRE, 2014).

Uma concepção proposta por Freire utiliza o empoderamento como um movimento que ocorre de dentro para fora, por intermédio da conquista, ou seja, a pessoa ou grupo empoderado realiza, por si mesmo, as mudanças e ações que evoluem e fortalecem (VALOURA, 2005).

Segundo Baquero (2012), o significado da categoria *empowerment*, como tem sido traduzido no Brasil, não tem um caráter universal. No entanto, grande parte dos autores concorda que o empoderamento pode ocorrer em diferentes níveis. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998) define empoderamento em dois níveis: o individual, que se refere à

capacidade do indivíduo de tomar decisões e exercer controle sobre suas vidas pessoais e o empoderamento comunitário, que supõe que os indivíduos atuem em conjunto para alcançar uma maior influência e controle sobre os determinantes da saúde e qualidade de vida da comunidade que está inserido.

Corroborando essa assertiva, Horochovski e Meirelles (2007) afirmam que o empoderamento é uma variável multidimensional, indo desde os indivíduos até a esfera global.

Segundo Baquero (2012), o empoderamento individual refere-se ao nível psicológico de análise. Neste nível, o empoderamento faz referência à habilidade das pessoas de adquirirem conhecimento e controle sobre forças pessoais, para agir na busca de melhoria de sua situação de vida. Estratégias voltadas à autoajuda e ao autoaperfeiçoamento estão presentes neste nível de empoderamento

No âmbito individual, o método de empoderamento contém crenças na autocapacidade, esforços no sentido de exercer controle e entendimento sobre o ambiente sociopolítico. Esse último refere-se ao desenvolvimento de uma consciência crítica envolvendo a capacidade para analisar e entender o contexto social e político em que o sujeito está inserido (ZIMMERMAN, 2000).

Para Carvalho (2004), quando o empoderamento individual ou psicológico faz referência à sensação de maior controle sobre a vida, tem como resultado sujeitos capazes de se comportar, disciplinados, independentes e autoconfiantes. Daí surgem estratégias com o objetivo de fortalecer a autoestima, adaptação ao meio e o surgimento da conscientização e responsabilidade pessoal (ANDRADE, 2015).

O empoderamento comunitário envolve um processo de capacitação de grupos ou indivíduos desfavorecidos para a conquista plena dos direitos de cidadania, defesa de seus interesses e influenciar ações do Estado (BAQUERO, 2012).

A vivência da educação em saúde por meio de grupos favorece a participação como forma de garantir ao indivíduo e à comunidade a possibilidade de decidir sobre seus próprios destinos e a capacitação destes sujeitos para atuarem na melhoria do seu nível de saúde (SANTOS; LIMA, 2008).

Na concepção da “educação empoderadora”, o professor (ou o profissional de saúde) não deve ser um simples repassador de conhecimentos e de experiência, nem o aluno (ou o participante dos serviços de saúde) um receptor passivo do que lhe é transmitido. Esta é uma concepção que demanda uma capacidade de escuta do outro (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

A Saúde Pública emprega o conceito de empoderamento para incentivar a Promoção da Saúde, na medida em que assume que a falta deste constitui um fator de risco para o aparecimento e desenvolvimento de doenças. Consequentemente, o empoderamento apresenta-se como uma estratégia de ganho de saúde (WALLERSTEIN; BERNSTEIN, 1994).

Corroborando com isso, Carvalho e Gastaldo (2008) afirmam que, por meio do empoderamento, a promoção à saúde procura possibilitar aos indivíduos e coletivos um aprendizado que os torne capazes de viver a vida em suas distintas etapas e de lidar com as limitações impostas por eventuais enfermidades.

O termo empoderamento, na saúde, tem forte influência da teoria freireana, cujo diálogo converte sujeitos passivos em atores participativos. Nessa perspectiva, o empoderamento acontece a partir da educação com o foco na conscientização dos sujeitos para que se tornem capazes de transformações sociais (ANDRADE, 2015).

A tecnologia pode influenciar e/ou modificar o modo de vida e determinar influências em diversos campos, tais como: social, econômico e ambiental. É capaz de determinar o estilo de vida de uma sociedade. A incorporação de novas tecnologias vem trazendo mudanças gradativas nos cuidados prestados pelo enfermeiro, incentivando a busca do aperfeiçoamento técnico-científico (SILVA; FERREIRA, 2009).

Como ferramenta para o ensino da enfermagem, a tecnologia educacional permite aprimorar o processo de formação, pois garante maior flexibilidade das informações com a utilização de mídias digitais e aparatos tecnológicos, estimulando o aprendizado. No entanto, requer conhecimento prévio e especializado (AQUINO et al., 2010; BERARDINELLI et al., 2014).

Desta forma, a enfermagem, profissão responsável pela vida e promotora de cuidado, deve se apoderar de tecnologias para elevar a qualidade da assistência prestada.

1.1.1 Tecnologias educacionais como estratégia para o empoderamento

Para melhorar o entendimento acerca das discussões que perpassam a técnica e a tecnologia na enfermagem, foi necessária uma breve reflexão.

Para Nietzsche (2000, p. 42), técnica é:

Saber prático, uma habilidade humana de fabricar, construir e utilizar instrumentos: uma parte originária do cotidiano, própria da atividade empírica, e outra parte originária da necessidade de se estabelecerem procedimentos sistematizados para a operacionalização de uma atividade prática.

Já a tecnologia em enfermagem abrange o conhecimento humano (científico e empírico) sistematizado, demanda a presença humana, visa à qualidade de vida e se concretiza no ato de cuidar (MEIER, 2004).

A utilização de tecnologias no serviço de enfermagem, atualmente, aperfeiçoou sua prática no cuidado, como nas relações interpessoais estabelecidas entre os diferentes sujeitos envolvidos. Por isso, em seu cotidiano assistencial, o emprego de tecnologias ocorre de variadas formas e sofre influências de acordo com a significação atribuída à sua utilização (NIETSCHKE et al., 2012).

As tecnologias educacionais, utilizadas pela enfermagem, são entendidas com um fundamento filosófico voltado para o desenvolvimento do indivíduo e caracterizadas por novas teorias, ensinamentos, pesquisas e técnicas para a atualização da educação. Dessa forma, possibilitam ao educador maneiras inovadoras de trocar conhecimentos com o aluno, facilitando o aprendizado e contribuindo para o avanço educacional. A tecnologia educacional não é apenas a utilização de meios e sim um instrumento facilitador entre o homem e o mundo (NIETSCHKE et al., 2012).

Hammerschmidt e Lenardt (2010) afirmam que o cuidado "empoderador" surge como uma atividade propositada que permite à pessoa adquirir conhecimento de si mesmo e daquilo que o rodeia, podendo exercer mudanças nesse ambiente e na sua própria conduta.

As informações fornecidas durante o processo educativo, por si só, não modificarão os comportamentos em relação às DCNTs, mesmo o conhecimento sendo uma condição necessária para que o processo de mudança de comportamento ocorra. Faz-se necessário que este processo educativo ocorra dentro do universo sócio-educativo-cultural ao qual o indivíduo encontra-se inserido.

Numa perspectiva do empoderamento, a educação é vista como uma colaboração entre o profissional de saúde e o indivíduo e tem como objetivo a construção e reconstrução do conhecimento por parte deste, sobre a doença e suas consequências. É um processo educativo, relacional e progressista, que valoriza a experiência do viver, o modo e o contexto de vida, transformando o indivíduo em um ser crítico e agente de mudança da sua própria realidade, constituindo-se como cidadão e protagonista de sua vida. O empoderamento, entendido como tecnologia educacional inovadora, está diretamente relacionado a ajudar a pessoa no crescente

controle sobre sua vida, abordando os campos da promoção da saúde (HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010).

A capacitação dos sujeitos deve ser permeada pela educação em saúde, pois esta é um recurso oportuno e imprescindível ao empoderamento das pessoas, com vista à mudança de atitude que vise a uma melhor qualidade de vida e prevenção de agravos. A educação em saúde deverá ser uma *práxis* em qualquer espaço institucional para auxiliar a pessoa na escolha de condutas para um estilo de vida saudável.

A tecnologia educacional não se limita a mero uso de equipamentos, pois se volta para a organização lógica das atividades, de tal modo que elas possam ser sistematicamente observadas, compreendidas e socializadas. Embora inclua como componentes a utilização de meios, a tecnologia aplicada à educação deve ser vista como o conjunto sistemático de procedimentos que tornam possível o planejamento, a execução e a avaliação do sistema educacional (NIETSCHKE et al., 2012).

As tecnologias educacionais são mediadoras das práticas educativas na comunidade e contribuem relevantemente com o processo ensino-aprendizagem, aprimorando não apenas o conhecimento dos pacientes a respeito de sua patologia, mas também criando vínculos com pessoas que compartilham a mesma problemática e com profissionais de saúde envolvidos no processo (SABÓIA et al., 2010).

Optou-se, neste trabalho, por utilizar a tecnologia educacional de grupo, pois esta ferramenta possibilita um espaço para a livre expressão de sentimentos e para o compartilhamento de vivências, informações sobre a doença e estratégias de cuidado, além da discussão de situações que exigem tomadas de decisão, promovem o apoio para o enfrentamento de perdas progressivas e limitações impostas pelo problema. Favorece a autonomia e o empoderamento das pessoas.

1.2 A *práxis* do cuidado e a interdisciplinaridade na abordagem das situações de cronicidade em saúde

Dados recentes fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014) revelam a situação de saúde de cada região do país, no entanto, o que mais se destaca é o alto índice de prevalência e mortalidade das doenças crônicas no país.

Nesse aspecto, a atenção ao cuidado integral às pessoas vem sendo discutida há alguns anos e os resultados dos estudos têm indicado que a organização da atenção e da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda se caracteriza por fragmentações de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas desconexas e defasadas entre as ofertas de serviços e as necessidades de atenção (MENDES, 2011).

O modelo vigente de atenção à saúde não condiz com a realidade e as mudanças contemporâneas no perfil epidemiológico da população, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2010). Tal fato reflete a inadequação desses modelos para acompanhar e enfrentar os novos desafios que as doenças crônicas exigem, além do nível de complexidade da situação, em especial, da própria singularidade dos seres humanos. Além disso, esse modelo utiliza propostas de cuidado prescritivas e engessadas, que não têm conseguido obter sucesso em suas estratégias de ação por não individualizarem as ações de cuidado e enxergarem as particularidades que cada indivíduo possui, além de emitirem julgamentos que não condizem com a própria realidade das pessoas (MALTA; MERHY, 2010).

Assim, a práxis do cuidado na perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis, ressaltando a atenção integral, só será possível se o cuidado for organizado em rede nacional e internacional, na perspectiva interdisciplinar, em que se reúnem profissionais com diferentes olhares e conhecimentos para um único objeto. Nessa perspectiva, acolhe-se a sugestão de que cada serviço deve ser repensado como um componente da integralidade do cuidado, como um circuito, em que cada pessoa que procura o serviço de saúde possa percorrer e obter a integralidade de que necessita (MALTA; MERHY, 2010).

Vale lembrar que as situações crônicas de saúde exigem dos indivíduos acompanhamento regular, parceria, ajuda mútua entre os pares, motivação, desenvolvimento de vínculo, envolvimento, motivação e conhecimento sobre o autocuidado. Esses elementos são evidências relatadas pelos próprios sujeitos, em suas dificuldades para o autocuidado, superação da fragmentação das ações e serviços de saúde.

No Brasil, o Ministério da Saúde, na elaboração das Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas, ressalta que os serviços devem se organizar nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritário (BRASIL, 2014a; MENDES, 2011). Esta conduta encontra consonância em práticas realizadas no exterior, como é o caso de Portugal.

Nesses casos, a promoção da saúde surge como uma estratégia de enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que têm afetado as populações humanas nas últimas décadas,

propondo a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais, comunitários, públicos e privados.

Para tanto, exige uma atuação interdisciplinar na produção de cuidado, o que significa se valer de estratégias de ação conjunta com diferentes áreas do conhecimento científico, a fim de propor solução para temas complexos, os quais necessitam de maior compreensão, profundidade, ação ampliada, conforme expressa o contexto das situações de cronicidade em saúde.

O conceito de interdisciplinaridade, segundo Batista (2006), surge como um tema de interesse acadêmico, principalmente, a partir da década de 1970, tendo como marco inicial o Seminário Internacional do Centro de Pesquisa e Inovação do Ensino sobre Pluridisciplinaridade e Interdisciplinaridade, ocorrido na França, em 1970.

A interdisciplinaridade pode ser vista como uma necessidade da própria ciência em resgatar tanto a unidade de seu objeto como seus vínculos de significação humana. Pode ser vista como prática individual, construída a partir da curiosidade, abertura ao novo, senso de aventura e descoberta, quanto como prática coletiva, baseada na abertura ao diálogo dentro do trabalho de equipe (JAPIASSU, 1976).

Segundo Bosio (2009, p. 50),

A interdisciplinaridade representa o grau mais avançado de relação entre disciplinas, se considerarmos o critério de real entrosamento entre elas. Nesse caso, seriam estabelecidas relações menos verticais entre diferentes disciplinas, que passariam também a compartilhar uma mesma plataforma de trabalho, operando sob conceitos em comum e esforçando-se para decodificar o seu jargão para os novos colegas e melhorar a comunicação. Deve-se perceber que aqui não há simples justaposição ou complementaridade entre os elementos disciplinares, mas sim uma nova combinação de elementos internos e o estabelecimento de canais de troca entre os campos em torno de uma tarefa a ser desempenhada conjuntamente. Espera-se que surjam novos conhecimentos e posturas dos pesquisadores envolvidos. Um bom exemplo de interdisciplinaridade pode ser encontrado na chamada saúde mental, entendida como resultado da convergência das especialidades psiquiatria, psicologia, psicanálise, sociologia e saúde coletiva, e operada pelas iniciativas desenvolvidas nos serviços comunitários de atenção aos doentes mentais graves.

O ensino com o foco na interdisciplinaridade acarreta uma aprendizagem mais estruturada e rica, pois os conceitos estão organizados em torno de unidades mais globais, de estruturas conceituais e metodológicas compartilhadas por várias disciplinas (BOSIO, 2009).

Para o cuidado integral ao cliente ser efetivo, o conceito de interdisciplinaridade deve ser construído coletivamente entre as várias áreas. Refletir essa abordagem significa pensar o cuidado centrado nas necessidades do paciente, e não nas categorias profissionais (SILVA; FELIPPE, 2011).

Com isso, deseja-se reconhecer nas pessoas todas as possibilidades de aprendizagem a partir das suas subjetividades, da forma como constroem o entendimento do mundo, como veem o mundo e como lidam com os seus problemas. Para tal, é necessário aproveitar suas potencialidades, criando estratégias tecnológicas educacionais que valorizem a participação, a criação em rodas e grupos de discussão que favoreçam a inter-relação das pessoas, o desenvolvimento do raciocínio crítico, identificando os problemas e visando estratégias de ação que busquem a modificação do *status quo*. Dessa forma, é possível superar as deficiências do movimento da Promoção da Saúde, ou seja, ausência de propostas de reorganização das práticas assistenciais.

1.3 O cuidado em saúde e o panorama da Fibromialgia

Cuidar, ser cuidado, receber cuidado, cuidar de si próprio, produzir cuidado ou ainda oferecer cuidado são expressões em debate na sociedade contemporânea, suscitando inúmeras reflexões as quais constituem uma complexidade de significados indispensáveis não só para a vida dos indivíduos, ao longo das diferentes etapas do processo de viver e de produzir saúde, mas também para a perenidade da espécie humana.

Collière (1999) aponta que a história da civilização humana revela que o cuidar sempre esteve presente desde a origem da vida, até antes do surgimento das profissões e ressalta que é preciso “tomar conta” da vida para que ela possa permanecer e garantir a continuidade da existência do grupo e da espécie. Considera que cuidar é manter a vida assegurando a satisfação de um conjunto de necessidades imprescindíveis, mas que são diversificadas na sua manutenção.

O cuidado, em diferentes dimensões, áreas geográficas e momentos históricos emergem, continuamente, como força propulsora e dinamizadora, principalmente, das ações de enfermagem. Ainda que não deva ser atribuída à enfermagem a exclusividade do cuidado, o enfermeiro é o profissional dessa área que vivencia e empreende a maior parte de suas atividades e de seu tempo, da sua energia vital, da sua vida para cuidar do outro, numa relação de reciprocidade e interatividade.

No sentido de entender como tudo acontece com as pessoas que sofrem com a fibromialgia, foi feito um breve panorama da situação, considerando que essa síndrome tem sido seriamente pesquisada há quatro décadas, pois não era considerada uma entidade

cl clinicamente bem definida até a década de 1970, quando foram publicados os primeiros relatos sobre os distúrbios do sono.

O conceito da fibromialgia foi introduzido em 1977, quando foram descritos sítios anatômicos com exagerada sensibilidade dolorosa, denominados *tender points*, nos portadores desta patologia (HELFENSTEIN JUNIOR; GOLDENFUM; SIENA, 2012).

A prevalência da fibromialgia varia de 0,7 a 5% na população em geral. Segundo um estudo brasileiro, ela tem a prevalência de 2,5% na população brasileira, sendo a maioria do sexo feminino, numa proporção de 8:1, das quais 40,8% pertencem à faixa etária de 35 a 44 anos de idade. Em alguns países da Europa, os índices de fibromialgia chegam até a 10,5% na população adulta. É uma condição comumente observada na prática clínica diária e uma das principais causas de consultas referentes ao sistema musculoesquelético (HELFENSTEIN JUNIOR; GOLDENFUM; SIENA, 2012; HEYMANN et al., 2010).

A fibromialgia é uma doença relevante, pois causa diminuição na qualidade de vida e um impacto na sociedade, já que contribui para o afastamento do trabalho e aumento dos custos diretos e indiretos em saúde (HEYMANN et al., 2010).

A FM é uma enfermidade crônica, caracterizada por “dor generalizada, rigidez muscular, fadiga, sono não reparador, ansiedade, dificuldades cognitivas”, tendo como consequência:

Reduzida capacidade de trabalho físico, presença de, ao menos, 11 pontos sensíveis à palpação e pressão no sistema musculoesquelético, denominada *tender points*, que conduz o sujeito a uma importante redução da função física e ao uso constante dos centros de saúde (ANGEL et al., 2012, p. 308).

Complementando a definição acima, Martinez et al. (2013) referem que a FM é uma condição reumatológica que se caracteriza, além da dor crônica generalizada, por outros sintomas, como a hiperalgesia (resistência a analgésicos) e alodínia (estímulo que não é doloroso, mas que o organismo reconhece como dor), rigidez matinal, cefaleia e parestesia. Além disso, as manifestações variam de acordo com os aspectos sociais, psicológicos, culturais, entre outros, tornando sua expressão clínica altamente variada e, conseqüentemente, exigindo diferentes abordagens terapêuticas.

O principal sintoma da FM é a dor generalizada, percebida, especialmente, nos músculos. É muito comum que o paciente sinta dificuldade de definir onde está a dor. O paciente refere dor espontânea, e também dor ao toque. O cansaço é uma queixa frequente e as alterações do sono são extremamente comuns. Como a FM é uma doença em que as

sensações estão amplificadas, são comuns as queixas em outros lugares do corpo, como dor abdominal, queimações e formigamentos, problemas para urinar e dor de cabeça. As queixas de falta de memória e dificuldades na concentração são relatadas com grande frequência (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2011). É comum a referência pelos portadores de agravamento do quadro algico pelo frio, umidade, mudança climática, tensão emocional ou por esforço físico (HEYMANN et al., 2010)

A qualidade de vida, segundo Santos, Moro e Vosgerau (2014), pode ser influenciada direta e indiretamente por fatores diversos relacionados à doença. No caso da fibromialgia, esses fatores estariam ligados à dor, ao estresse, à ansiedade e à depressão, juntamente com os fatores sociopolíticos e culturais que compõem o contexto no qual a pessoa está inserida, propiciando o desenvolvimento de outras doenças crônicas como o diabetes mellitus, ligada ao sobrepeso, e hipertensão arterial sistêmica.

A FM pode ser confundida com outras doenças. Isso se deve ao fato de os sintomas da fibromialgia serem comuns em outras doenças, como hipotireoidismo, depressão, doenças reumatológicas, entre outras. É muito comum que o paciente sinta dificuldade de definir onde está a dor, e muitos a referem como sendo “nos ossos”, nas “juntas” ou “nas carnes”. Como os músculos estão presentes por todo o corpo, este é o motivo da confusão.

Para Cardoso et al. (2011), as mulheres fibromiálgicas avaliadas apresentaram queda no estado geral de saúde, queda na capacidade funcional relatada por elas mesmas, pois, além da dor, os sintomas de fadiga e fraqueza subjetiva causam perda da função, levando à incapacidade para o trabalho e, conseqüentemente, à queda da renda familiar, refletindo na qualidade de vida dessas pessoas.

Konrad (2005) alerta que, embora a fibromialgia não possua uma causa definida, sabe-se que diferentes fatores (doenças graves, traumas emocionais ou físicos e mudanças hormonais), isolados ou combinados, podem favorecer a sua manifestação. Segundo Konrad (2005), os sintomas da fibromialgia – como dor crônica, fadiga, sono não restaurador e depressão – podem ocasionar alterações de humor e redução do nível de atividade física habitual, agravando a condição da dor e levando à incapacidade funcional.

Infelizmente, muito desses sintomas acabam acarretando uma série de prejuízos na vida das pessoas com fibromialgia, inclusive limitações importantes, que impedem a realização de muitas atividades, que exigem certo esforço físico. A grande preocupação é com a qualidade de vida, pois, na fase aguda da doença, o portador de fibromialgia sente-se limitado para realizar atividades que compõem o dia a dia de uma pessoa normal, como atividade física, atividades laborais e lazer.

O diagnóstico dessa síndrome é eminentemente clínico, não havendo alterações laboratoriais específicas. As provas de atividades inflamatórias são normais, bem como os exames de imagem (WEIDEBACH, 2002).

O tratamento da FM deve ser interdisciplinar, individualizado, deve contar com a participação ativa do paciente e ser baseado na combinação das modalidades não farmacológicas e farmacológicas, devendo ser elaborado de acordo com a intensidade e características dos sintomas. É importante que sejam consideradas, também, as questões biopsicossociais envolvidas no contexto do adoecimento (BRAZ et al., 2011; HELFENSTEIN JUNIOR; GOLDENFUM; SIENA, 2012).

O tratamento tem como objetivos o alívio da dor, a melhora da qualidade do sono, a manutenção ou restabelecimento do equilíbrio emocional, a melhora do condicionamento físico e da fadiga e o tratamento específico de distúrbios associados. Inicialmente, deve-se educar e informar o paciente e os seus familiares, proporcionando-lhes o máximo de informações sobre a síndrome e assegurando-lhes que seus sintomas são reais. A atitude do paciente é um fator determinante na evolução da doença. Por isso, deve-se fazer com que este assuma uma atitude positiva frente às propostas terapêuticas e seus sintomas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2011).

Para um melhor controle dos agravos gerados pela fibromialgia, é necessário mudar o estilo de vida, o que é uma tarefa árdua e quase sempre acompanhada de muita resistência. Por isso, a maioria das pessoas não consegue fazer modificações e, especialmente, mantê-las por muito tempo. No entanto, a educação em saúde é uma alternativa fundamental para conduzir as pessoas a essas mudanças, por meio de hábitos e atitudes saudáveis.

Torna-se conveniente a modificação dos paradigmas biomédicos e a introjeção de novos conceitos sobre o processo saúde-doença, bem como a adequação dos serviços às necessidades da população e não o oposto. Para isso, é preciso conhecer os indivíduos para os quais se destinam as ações de saúde, incluindo suas crenças, hábitos e papéis e as condições objetivas em que vivem, buscando envolvê-los nas ações para a saúde. Com a efetiva participação comunitária, é possível assegurar sustentabilidade e efetividade das ações de saúde (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

Nesse sentido, cuidar de pessoas com fibromialgia é descortinar a práxis do cuidado, de maneira participativa; é desenvolver a escuta sensível, aprender com elas, discutir os seus problemas, compartilhar saberes, sentimentos e emoções, e, ao mesmo tempo, despertar confiança, formando laços, vínculos e afetos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, apresenta-se o referencial teórico, buscando fundamentos ao objeto e objetivos do estudo, pois, ao investigar o processo de empoderamento de pessoas que vivenciam a fibromialgia num grupo de terapia comunitária, não se pode escolher qualquer abordagem.

Nesse sentido, buscou-se conhecimentos oriundos de fontes interdisciplinares para dar conta da complexidade e aprofundamento do fenômeno investigado. Desse modo, recorreu-se à Terapia Comunitária Integrativa (TCI) como uma abordagem possível para o compartilhamento das ideias em grupo, criação de vínculo, acompanhamento da evolução individual e coletiva de cada participante e da qualidade de vida das pessoas em situações de cronicidade.

Inicialmente, apresenta-se a TCI e como essa abordagem foi sistematizada em cinco grandes pilares que dão sustentação para o seu desenvolvimento e aplicabilidade: A Teoria Geral dos Sistemas, a Teoria da Comunicação, a Antropologia Cultural, o conceito de Resiliência e a Pedagogia de Freire.

2.1 Terapia Comunitária Integrativa

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) chegou ao meio acadêmico como um instrumento que permite construir redes solidárias de promoção da vida, mobilização de recursos e competências individuais e coletivas dos indivíduos, famílias e das comunidades.

A TCI difere do modelo de atenção à saúde oferecida no Brasil, principalmente no serviço público, o qual se encontra obsoleto, cada vez mais ineficaz, resultando na continuação de situações que estão longe de proporcionar uma melhora na saúde de quem necessita dos seus benefícios, além de prevalecer o modelo biomédico hegemônico, o qual reforça ações voltadas somente para a doença.

Esse modelo vigente fundamenta práticas, muitas vezes, inadequadas para tratar as necessidades de saúde da população. Isso gera uma abordagem técnica de saúde, na qual se negligenciam os aspectos psicológicos, sociais e ambientais do processo saúde/doença (FERREIRA FILHA et al., 2009).

Nesse sentido, buscou-se outra abordagem, que se preocupe em focar o indivíduo em sua totalidade e complexidade. Assim, a TCI é adequada para essa forma de intervir nos indivíduos, pelas peculiaridades que possui uma tecnologia de cuidado, na qual há o espaço de fala e de partilha de situações inquietantes que provocam sofrimento, na qual há apoio dos profissionais de saúde e a busca de estratégias eficazes para a resolução dos problemas. Busca-se cuidar/apoiar o indivíduo como um todo.

É considerada uma estratégia de apoio social, ao passo que as pessoas tendem a adoecer menos ao saberem que contam com suporte emocional contínuo, uma vez que se reúnem, socializam seus problemas, são valorizados em suas particularidades e contam com a sensibilização do grupo (CARVALHO et al., 2013).

Em fevereiro de 2006, foi aprovado, pelo Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS e a aprovação do Pacto pela Saúde, ambas regidas pelas Portarias Ministeriais nº 971 (BRASIL, 2006a) e nº 399/GM (BRASIL, 2006b). Em 2008, foram inseridas as práticas complementares de saúde, sendo que várias práticas inovadoras foram incluídas nos serviços da Atenção Básica, dentre elas, a Terapia Comunitária Integrativa (TCI).

No Brasil, a TCI foi idealizada pelo Professor Dr. Adalberto de Paula Barreto. É definida como um espaço de acolhimento para a socialização de saberes vivenciados no dia a dia, no qual um grupo de pessoas com interesses comuns, sob organização circular, compartilha suas histórias e troca experiências, gerando potencialidades para a superação de obstáculos (BARRETO, 2008).

Essa proposta teve origem no Estado do Ceará, com o objetivo de prevenir os efeitos do estresse cotidiano das pessoas de baixa renda, visando ao resgate da autonomia para a implementação de mudanças na vida dessas pessoas. É um espaço de escuta e reflexão para os obstáculos pessoais e familiares, é uma estratégia de promoção da saúde, por intermédio da construção de vínculos solidários e valorização das experiências de vida e estratégia de inclusão, pois oportuniza a fala de todos, motivando o empoderamento (BARRETO, 2008; PADILHA; OLIVEIRA, 2012; ROCHA, 2012).

Além disso, essa proposta desponta como uma tecnologia de cuidado, porque vai além do unitário para atingir o coletivo, pois os problemas existentes atualmente, com a globalização, já não podem ser resolvidos por um único sujeito, nem por um especialista, nem por um líder, mas sim por uma comunidade.

A TCI é um tipo de abordagem que vem apresentando respostas satisfatórias aos participantes, sendo mais uma ferramenta de trabalho para os profissionais da saúde e da

própria comunidade na construção e no fortalecimento de vínculos solidários. Proporciona aos indivíduos a saída da dependência para a autonomia e a responsabilização pela sua saúde, levando as pessoas a construírem uma identidade coletiva, sem perder de vista as suas singularidades (CARÍCIO, 2010). É a partir do cuidado com o outro que o ser humano desenvolve a dimensão da alteridade, do respeito e dos valores fundamentais da experiência humana (BOFF, 2008). Seu modelo terapêutico, com foco na potencialidade do indivíduo, ajusta o equilíbrio mental, físico e espiritual, por meio de uma abordagem sistêmica/holística, ligada a suas crenças e valores culturais.

A TCI foi sistematizada após seis anos do início de sua prática e tem sua identidade baseada em cinco grandes pilares: A Teoria Geral dos Sistemas, a Teoria da Comunicação, a Antropologia Cultural, o conceito de Resiliência e a Pedagogia de Freire, criando uma interconexão rica e eficiente (COSTA, 2010).

2.1.1 A Teoria Geral dos Sistemas

A teoria geral dos sistemas foi abordada na década de 1930 pelo biólogo Ludwing Von Bertalanffl, que buscava entender como as partes e o todo se inter-relacionavam. Ele propõe uma nova forma de enxergar a realidade, saindo do modelo linear de causa e efeito do pensamento científico, visando a uma percepção de mundo, pelo modelo circular, numa perspectiva de relação-integração em que se busca a percepção do todo e das partes que o constituem. Ou seja, os problemas e as crises só podem ser realmente resolvidos quando são vistos como uma rede complexa cheia de ramificações que formam o indivíduo em totalidade com o biológico (corpo), o psicológico (a mente e as emoções) e a sociedade (BARRETO, 2005; SOARES, 2008).

Segundo Camarotti et al. (2003) e Morin (2003), a abordagem sistêmica é uma maneira de ver, abordar e pensar um problema em relação ao contexto. Permite compreender o indivíduo na sua relação com a família, a sociedade, com seus valores e crença, contribuindo, assim, para sua compreensão e transformação. As pessoas, para enfrentarem a vida com prazer e buscarem a solução dos problemas, precisam ter a consciência da globalidade, sem separar as várias partes do conjunto a qual pertencem, permitindo compreender os mecanismos de autoproteção, regulação e crescimento dos sistemas sociais vivenciando a noção de corresponsabilidade.

A Terapia Comunitária apoia-se no pensamento sistêmico como mecanismo de intervenção na comunidade e no indivíduo, utilizando a teia infinita de padrões interconexos que permite ao grupo a reflexão dos problemas em todos os ângulos de um determinado contexto (BARRETO, 2008). Dessa forma, o grupo torna-se consciente de que todos fazem parte da situação-problema não somente o participante que a apresentou, assim todos se tornam corresponsáveis pela busca de soluções para o problema apresentado.

2.1.2 Teoria da Comunicação

O ser humano, desde há muito tempo, sente necessidade de se relacionar. Isto faz parte de seu cotidiano. Mesmo no auge do individualismo, as pessoas desejam estar perto de outras, usufruindo desta relação dinâmica e colaborativa (TAVARES, 2010).

A comunicação vem de um processo participativo dos indivíduos ou grupos sociais nas experiências dos outros. Assim, ela pode ser vista como um elemento de união entre os indivíduos, a família e a sociedade. É um fator primordial para que o contato ocorra e os vínculos sejam estabelecidos (BARRETO, 2005; ROCHA, 2012).

O processo de comunicação é um meio de transmissão de ideias, emoção e valores mediante um sistema de símbolos produzidos e funciona como um veículo de transmissão de cultura ou como fomentadora cultural de cada indivíduo, pois, sem ela, a cultura humana seria totalmente impossível. Ela pode ser estabelecida por meio da linguagem verbal e também pela não verbal, a qual inclui as expressões corporais e as imagens (CARÍCIO, 2010).

A Teoria da Comunicação tem por base considerar a comunicação como elemento que une os indivíduos e grupos e é essencial para que haja o contato e, posteriormente, se estabeleçam os vínculos (BARRETO, 2005).

Foram utilizados os princípios básicos da teoria da comunicação proposta por Watzlawick et al. (1967). Nessa teoria, a comunicação é vista como instrumento de transmissão de significados entre as pessoas, objetivando sua integração na organização social. A comunicação é estabelecida por meio de cinco passos e é útil conhecê-los, especialmente, para compreender melhor as relações humanas (BARRETO, 2005; WATZLAWICK et al., 1967).

Nos parágrafos a seguir, serão descritos os cinco passos estabelecidos por Watzlawick et al. (1967), posteriormente incluídos na Terapia Comunitária Integrativa por Barreto (2005).

Passo 1 - Todo comportamento é comunicação: a linguagem corporal pode ser contrária à comunicação verbal. Sinais e sintomas físicos podem ser considerados formas de comunicação de algo inconsciente. Essa linguagem revela muito do indivíduo, pessoas que não conseguem ou não têm direito de verbalizar podem utilizar recursos corporais e comportamentais para se comunicar.

Passo 2 - Toda comunicação possui dois componentes: a relação entre os que estão se comunicando e a mensagem (conteúdo): As pessoas, quando se comunicam, não desejam apenas transmitir informações, mas sim ganhar consciência e informações daquilo que elas próprias significam em suas relações interpessoais, formando, assim, consciência e impressões de si mesmas. Com essa dinâmica, pode se vivenciar a confirmação, a rejeição e denegação.

Passo 3 – Toda comunicação depende da pontuação: os conflitos, geralmente, se instalam quando existe a convicção de que existe somente um posicionamento correto, o interlocutor está convencido de que está correto. A probabilidade do diálogo acontecer é comprometida, pois a abertura para mudança torna-se inexistente, pode existir, também, uma relação de subordinação e opressão que impede a resolução dos problemas.

Passo 4 – A comunicação tem duas formas de expressão: a comunicação verbal e a não verbal: para uma comunicação eficaz, é necessário que exista a combinação da linguagem verbal com a não verbal. É muito comum que se ocorra a contradição entre as palavras e a comunicação não verbal. O crescimento ocorre quando a comunicação é clara e sem duplicidade ou contradição.

Passo 5 – A comunicação pode ser simétrica, baseada na semelhança ou complementar: nessa comunicação, ocorre uma limitação entre as partes, com a finalidade de superar o outro em comportamento semelhante, o que gera competição, rivalidade e sofrimento. Na comunicação complementar, os parceiros buscam complementar o comportamento um do outro, entendendo que cada um tem o seu papel e não precisam ser iguais.

Com esse entendimento, a comunicação é evidenciada como instrumento de transmissão de significados entre as pessoas, objetivando sua integração na organização social. Além da transformação pessoal e coletiva, deve-se ficar alerta aos efeitos nocivos usados de maneira ambígua, uma vez que todo ato verbal tem várias possibilidades de significados e sentidos que podem estar ligados ao comportamento e à busca de cada ser humano pela consciência de existir e pertencer como cidadão (BARRETO, 2008).

Por meio das histórias compartilhadas nas reuniões da TCI, é possível observar a transformação de cada participante, já que são estimulados a exercer sua autonomia e empoderamento. Por isso, na TCI, procura-se colocar os participantes em um círculo para promover o contato face a face e estabelecer uma comunicação clara, na qual o receptor e o emissor possuem papéis importantes (BARRETO, 2005; ROCHA, 2012).

A comunicação pode, ainda, ser entendida como uma atividade educativa, já que há uma troca de ensinamentos e conhecimento que moldam a disposição mental entre os que se comunicam.

2.1.3 Antropologia Cultural

A antropologia é uma ciência que investiga as origens, o desenvolvimento e as semelhanças das sociedades humanas, bem como as diferenças entre elas. A antropologia, então, busca conhecer a humanidade, compreender os problemas humanos e o modo de enfrentá-los. O objetivo da antropologia é o estudo da humanidade como um todo. Nenhuma parte pode ser entendida plenamente se separada do todo, como também o todo não pode ser percebido com exatidão sem o conhecimento profundo das partes (CARÍCIO, 2010; HOEBEL; FROST, 1995).

A antropologia cultural estima os valores culturais como fatores importantes para a formação da identidade do indivíduo e do grupo, área que subsidia para a edificação das redes sociais que incluem ações intersetoriais, interinstitucionais, valorização dos recursos locais, fortalecimento de vínculos e apoio à dinâmica familiar (BARRETO, 2008).

Nesse contexto, a Terapia Comunitária faz o resgate da cultura como o conjunto de realizações de um povo, como base na maneira de pensar, discernir valores e opções para o cotidiano. A Terapia Comunitária reconhece e valoriza os conhecimentos, as crenças e as manifestações populares como indispensável para a transformação do indivíduo em sujeito ativo da sua história. Desse modo, ressalta que a pessoa tem problema, mas também tem a solução (CARÍCIO, 2010; BARRETO, 2005).

A antropologia cultural, na Terapia Comunitária, busca compreender os significados que os próprios indivíduos atribuem a seu comportamento, sendo de grande interesse para a vida cotidiana, seus desafios, alegrias e hábitos (CARÍCIO, 2010).

2.1.4 Conceito de Resiliência

Segundo Rocha (2012, p. 32), “resiliência é a arte de gerenciar e superar desafios, de modo a sair-se fortalecido das adversidades e de autoestima recuperada”. Este termo vem sendo utilizado como a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades em superar as dificuldades, produzindo um saber que tem permitido aos menos favorecidos sobreviverem ao longo dos tempos (CAMAROTTI et al., 2003).

A resiliência tem sido utilizada para representar a capacidade das pessoas aprenderem com a experiência de vida, armazenando conhecimento e possibilidades de solução. É a capacidade dos indivíduos de se tornar mais forte naquilo que é mais fragilizado.

O objetivo da TCI é, primordialmente, reforçar a dinâmica interna de cada indivíduo. Dessa forma, cada um descobre seus valores, seu potencial e torna-se mais seguro, o que aumenta a autoestima individual e coletiva, valoriza a família e seu papel, estimula o desenvolvimento comunitário e a formação de vínculos de confiança entre a comunidade. O reforço a essa dinâmica também cria redes de proteção, valoriza as práticas culturais, promove o diálogo entre o conhecimento popular e o científico e encoraja a participação, o diálogo e a reflexão para que os participantes tomem iniciativas de ser agentes de sua transformação (BARRETO, 2005).

A TCI apresenta-se como uma ferramenta que estimula o fortalecimento de características necessárias ao processo resiliente dos indivíduos, por meio de um espaço no qual a autonomia seja encorajada e a identificação das potencialidades de cada participante necessária para a superação das dificuldades (ROCHA, 2012).

Este pilar da TCI vem ao encontro do objeto de estudo sobre o empoderamento, pois ao conseguir que os indivíduos conquistem uma maior autonomia, capacidade crescente de se libertar dos antigos hábitos e, por consequência, serem mais resilientes em sua trajetória de vida, eles se tornam capacitados para assumirem o controle das suas decisões com o intuito de ampliar a sua qualidade de vida.

2.1.5 A Pedagogia de Paulo Freire

Freire é uma das maiores personalidades mundiais no campo da pedagogia. Seus livros foram traduzidos em diversos países, sendo o seu método reconhecido não somente como pedagogia, mas também como método de pesquisa e produção de conhecimento. Sua obra possui ótica educadora e política, pautada na consciência e na justiça social.

Para a Pedagogia de Freire, a educação tem início a partir da experiência de vida de cada indivíduo, e não em conteúdos determinados por uma instituição. Além disso, a educação precisa ser um processo contínuo de tomada de consciência e de transformação de si próprio e do mundo (FREIRE, 2014).

Sua obra critica os meios de opressão às camadas populares e a concepção de uma educação bancária, propondo a construção de uma relação dialógica de educação como prática de liberdade (LUISI, 2006).

Essa pedagogia parte da crítica ao modelo tradicional de educação, considerada desumanizante, na medida em que ignora a experiência de vida dos educandos, bem como os contextos em que vivem. Essa educação tradicional, fundamentada na relação entre educador e educando, impede o desenvolvimento da consciência crítico-reflexiva, necessária à inserção dos educandos como sujeitos sócio-histórico-culturais (CARÍCIO, 2010).

Freire (2014) ressalta a atitude dos educadores que se consideram sujeitos-narradores de saberes, considerando o educando um mero objeto paciente-ouvinte. Nesta relação, o agente educador deposita e enche os educandos de conteúdos desconectados da totalidade e de palavras sem ação, sem significação. Logo, não há criatividade, não há transformação, não existindo a construção do saber (FREIRE, 2014).

Esta prática é denominada por Freire de educação bancária, ou seja, o educador transfere seus valores e deposita seus conhecimentos nos educandos, desconhecendo sua realidade e o seu contexto. Dessa forma, a educação transforma-se em uma ideologia de opressão, negando a educação e o conhecimento como processo de busca, o que favorece somente a alienação e a ignorância (FREIRE, 2014).

No método proposto por Freire, o conhecimento não está separado do contexto de vida, mas possui o foco no sujeito, permitindo a humanização do processo educativo, a apropriação de conhecimentos e a transformação das relações sociais (FREIRE, 2014).

A educação, como prática da liberdade, é práxis, que implica ação e reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo. A liberdade, que é uma conquista e não doação,

exige uma permanente busca, além de abrir caminhos para os homens aprenderem a escrever sua vida como autores e como testemunhas de sua história (FREIRE, 2014).

O processo de ensino-aprendizagem ocorre por meio do diálogo durante a TCI, pois esta oferece um espaço para a expressão da fala e escuta dos indivíduos como forma de acolher este sofrimento, para que ele possa ser transformado e reconhecido pelos outros membros do grupo. Esse processo ocorre em um ambiente seguro e afetivo, que fortalece a autoestima e a (re)construção da identidade. Cada indivíduo é convidado a falar de si e estimulado a ouvir a partilha das diferentes histórias narradas, escolhendo e acolhendo aquilo com que tiver se identificado mais.

O diálogo, para Freire, é o meio pelo qual o homem adquire significação, pois é através da troca dialógica que comunidade e terapeuta aprendem uns sobre os outros e todos sobre o mundo (LUISI, 2006). O diálogo implica uma possibilidade de reflexão e de ação para a transformação e só é possível a partir da consciência, do reconhecimento de si como sujeito reflexivo e ativo.

Para a pedagogia freiriana, uma educação pautada no diálogo humilde entre os agentes interativos do processo educacional, é fundamental, uma vez que se reconhece a capacidade de todos os indivíduos ali inseridos de ensinar e aprender de acordo com cada experiência e capacidade individual. Sendo assim, a aprendizagem realizada com discussões em grupo alcança a todos os inseridos no processo, à medida que, ensinando, também se aprende.

Na TCI, a pedagogia de Paulo Freire interliga-se com a Antropologia cultural, pois compreende o universo do educando como apropriação e consciência. Parte do trabalho é educar com o conhecimento prévio do educando, levando em consideração a sua vida, seu meio social e sua cultura. Envolve a seleção de temas sobre os quais o educador e o educando têm afinidade, com o intuito de permitir a conscientização e a apropriação do educando sobre o seu aprendizado e o mundo, o que lhe fornece uma visão crítica e reflexiva sobre si mesmo e a sociedade (LUISI, 2006).

O terapeuta, aliado com as competências das pessoas, tem o papel de circular as informações, suscitar a capacidade terapêutica que emerge do próprio grupo. Na Terapia Comunitária, a valorização das experiências individuais é parte do problema e parte da solução (BARRETO, 2005).

A TCI remete que só é possível compreender o indivíduo a partir de sua própria existência, de seu universo. As estratégias de grupo versam sobre a experiência de cada indivíduo através da dialogicidade, permitindo a construção do saber coletivo que valoriza a realidade e a competência dos envolvidos. Por intermédio do aprendizado mútuo e da

educação libertadora objetiva-se que os integrantes da TCI passem de indivíduos meramente espectadores do aprendizado e do seu próprio ser para indivíduos empoderados, capazes de retomar o controle da sua vida.

3 METODOLOGIA

Em continuidade, apresenta-se, neste capítulo, os fundamentos da abordagem metodológica e toda a organização sistematizada em etapas. Dada a abrangência do objeto de estudo, centrado no processo de empoderamento de pessoas que vivenciam a fibromialgia num grupo de terapia comunitária integrativa, optou-se pela pesquisa de natureza qualitativa, de abordagem participativa.

3.1 Fundamentos metodológicos

Para Minayo (2009), a pesquisa qualitativa retrata o maior número possível de elementos existentes na realidade estudada, ou seja, tem como finalidade interpretar o fenômeno que observa. Caracteriza-se como um método não estatístico, que identifica e analisa profundamente dados não mensuráveis, como sentimentos, sensações, percepções, crenças, pensamentos, intenções, entendimentos de razão, significados e motivações. Além destes, o método analisa valores e atitudes, sendo a linguagem, os símbolos, as práticas, as relações e as coisas são inseparáveis. Dessa forma, o método é capaz de responder às questões particulares e de compreender a realidade humana vivida socialmente.

Para esta dissertação, associou-se às fundamentações de Minayo (2009), a respeito da abordagem qualitativa, o estudo de Polit, Beck e Hungler (2011). Esses autores acreditam que o conhecimento sobre os indivíduos só é possível com a descrição da experiência humana e que esse tipo de pesquisa destaca a compreensão da experiência humana como ela é vivida, coletando e analisando materiais narrativos, subjetivos. Concentrando-se nos aspectos dinâmicos, holísticos e individuais dos fenômenos, busca-se entender os sujeitos em sua totalidade.

Nesse sentido, para investigar o empoderamento de pessoas que vivenciam a fibromialgia, fundamenta-se em Minayo (2009), pois esse tipo de pesquisa possibilita a obtenção de dados por meio da subjetividade do relato dos participantes, uma proposição que não é facilmente perceptível, nem pode ser captada em equações, médias, estatísticas. Ou seja, são dados que não podem ser quantificados.

Foi utilizada, neste estudo, a abordagem de Pesquisa Participativa (PP), a qual se aproxima do referencial da pesquisa-ação descrita por Thiollent (1985, p.14), caracterizando uma pesquisa com base empírica, "realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo".

A pesquisa participativa e a pesquisa-ação possuem algumas semelhanças; uma delas é a interação dos pesquisadores com as pessoas envolvidas nas situações investigadas, mas o caráter emancipador da pesquisa participante é a principal diferença entre elas. A pesquisa-ação supõe alguma forma de ação de caráter social, educativo, técnico ou outro, já a pesquisa participante tem como propósito fundamental a emancipação das pessoas ou das comunidades que a realizam (GIL, 2010).

Thiollent (2011) esclarece que toda pesquisa-ação é do tipo participativo, pois há a necessidade de participação das pessoas envolvidas nos assuntos pesquisados. Porém, a pesquisa participante nem sempre é pesquisa-ação, pois, às vezes, a PP baseia-se em observação participante, em que os pesquisadores procuram aproximação com o grupo cujo problema será investigado, buscando uma melhor aceitação no meio.

Nesse sentido, a PP pode ser caracterizada como uma abordagem de pesquisa que tem como propósito "auxiliar a população envolvida a identificar por si mesma os seus problemas, a realizar a análise crítica destes e a buscar as soluções adequadas" (LE BOTERF, 1984, p. 52). Trata-se, portanto, de um modelo de pesquisa que difere dos tradicionais porque a população não é considerada passiva e seu planejamento e condução não ficam a cargo de pesquisadores. Além disso, a seleção dos problemas a serem estudados não emerge da simples decisão dos pesquisadores, mas da própria população envolvida, que os discute com os especialistas apropriados.

A PP é descrita por Brandão e Steck (2006, p. 12), como um "repertório múltiplo e diferenciado de experiências de criação coletiva de conhecimentos destinados a superar a oposição sujeito/objeto no interior de processos que geram saberes e na sequência de ações que aspiram gerar transformações".

Nesse sentido, leva em consideração o conhecimento e experiências dos participantes do grupo ou da comunidade buscando a partir das situações problemas, necessidades e interesses que essas mesmas pessoas promovam simultaneamente a participação de todos, reconhecendo o valor da contribuição de cada uma delas no grupo, para a co-criação de conhecimento em um processo que não é apenas prática, mas também colaborativo de capacitação conforme justificam Onwuegbuzie et al. (2009).

Trata-se de dar voz e reconhecer a credibilidade dos envolvidos no contexto, implementando intervenções de melhoria do estado de saúde e bem-estar de grupos e comunidades, permitindo também a expressão das suas necessidades (MARTINS; SIMÕES; BRITO, 2012).

Sua principal influência encontra-se nos trabalhos de Paulo Freire nas décadas entre 60 e 70 relativos à educação popular libertadora. Seu método de alfabetização a partir da leitura do alfabetizando de seu próprio contexto sócio-histórico é que proporcionou as bases da pesquisa participativa. Assim, graças aos trabalhos de educadores como João Bosco Pinto (1976), Marcela Gajardo (1981) e Carlos Rodrigues Brandão (1981) desenvolveu-se a chamada vertente educativa da PP referindo como: "Uma pesquisa que é também uma pedagogia que entrelaça atores-autores e que é um aprendizado no qual, mesmo quando haja diferenças essenciais de saberes, todos aprendem uns com os outros e através dos outros", conforme descrito por Brandão e Steck (2006, p. 13).

Para Le Boterf (1984), a pesquisa participante possui seis fases: a) discussão do projeto de pesquisa; b) definição do quadro teórico (objetivos, conceitos, métodos etc.); c) delimitação da região a ser estudada; d) organização do processo de pesquisa (instituições e grupos a serem associados, distribuição de tarefas, partilha das decisões etc.); e) seleção e formação dos pesquisadores ou grupos de pesquisa; f) elaboração do cronograma de operações.

A investigação participativa é uma forma de *empowerment*, uma vez que a participação leva à transformação e, na expressão de Freire (1980), conhecimento é poder, de modo a conduzir a reflexão das pessoas e este, por sua vez, compreendê-la são sensibilizadas a mudarem os seus hábitos de vida para a melhora da saúde.

De igual maneira, a investigação participativa foca na aquisição do conhecimento através da ação, desenhada a partir do contexto de vida dos grupos e comunidades-alvo, do estabelecimento de prioridades e estratégias com os envolvidos e, assim, valoriza a experiência e história de vida como estratégia de resolução de problemas e de aprendizagem (MARTINS; SIMÕES; BRITO, 2012).

3.2 Cenário da pesquisa

O cenário do estudo foi o Laboratório de Fisiologia Aplicada à Educação Física (LAFISAEF) do Instituto de Educação Física e Desportos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IEFD/UERJ), situada no município do Rio de Janeiro.

Esse laboratório foi criado em 1986 pelos Ministérios da Saúde e da Educação e do Desporto, envolvendo, respectivamente, suas Coordenadorias de Doenças Crônicas Degenerativas e Secretaria de Educação Física. Surgiu com o objetivo de contribuir para o aumento da prática desportiva e de atividades físicas pela população, conscientizando-a sobre a importância da atividade física como fator de saúde e estimulando o desenvolvimento de hábitos mais saudáveis de vida.

Neste espaço, funcionam vários projetos, de ensino, extensão e pesquisa, os quais, reunidos, foram transformados em um Programa de Extensão intitulado *Práticas Corporais de Saúde*, ligado à Promoção da Saúde. Suas atividades são desenvolvidas de forma integrada, por professores e instrutores técnicos do Instituto de Educação Física e dos Desportos da UERJ, pela Psicologia, Fonoaudiologia e Medicina. A Enfermagem já participou em outros projetos deste laboratório, em anos anteriores; no entanto, a partir de janeiro de 2015, integra o projeto intitulado *Tratamento Interdisciplinar para Pacientes com Fibromialgia*.

O Laboratório está localizado na sala 8133-F do IEFD e, em frente a ela, localiza-se o espaço de atividades físicas, composto por aparelhos, do tipo esteira, bicicletas e bicicleta ergométrica, halteres, entre outros artigos esportivos.

3.3 Participantes do estudo

O grupo formado foi constituído por 11 participantes selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: pessoas com o diagnóstico de fibromialgia, participantes do grupo interdisciplinar do LAFISAEF/IEDD/UERJ, independente de sexo, etnia e religião e que aceitaram participar da pesquisa, os quais foram denominados de Grupo Participante (GP)

Os critérios de exclusão foram: pessoas de outros grupos cujas atividades são desenvolvidas no mesmo horário, sem possibilidade para participar integralmente das atividades propostas pelo grupo, aqueles que não apresentavam os exames cardiológicos e

laboratoriais que impossibilitava a prática das atividades e os que não se interessaram em participar.

3.3.1 Grupo de intervenção de Terapia Comunitária Integrativa

O grupo de intervenção é constituído por profissionais da Educação Física, Psicologia, Nutrição, Enfermagem, Fonoaudiologia e Medicina, sendo um profissional de cada área e uma aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem. Esse grupo é responsável pela elaboração de estratégias e planejamento de todas as atividades. E todas as decisões são deliberadas em conjunto.

3.4 Aspectos éticos da pesquisa

Este estudo integra a pesquisa intitulada O Cuidado em Saúde e Enfermagem: práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos no município do Rio de Janeiro, liderada pela Prof.^a Dra. Lina Márcia Miguéis Berardinelli, professora adjunta da Faculdade de Enfermagem da UERJ, a qual agrega estudantes dos Cursos de Graduação, por meio dos Trabalhos de Final de Curso e Iniciação Científica e Pós-Graduação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Possui o registro na Plataforma Brasil com CAAE nº 164 13013100005259 e aprovada em 26/06/2013 (ANEXO).

Esta pesquisa foi realizada atendendo ao disposto na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que versa sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013).

Todos os sujeitos tiveram suas identidades preservadas, tendo sido facultativa sua participação no estudo. Desse modo, a participação foi voluntária e os sujeitos foram informados de que poderiam desistir em qualquer fase de realização da pesquisa, sem qualquer sanção ou prejuízo decorrente deste ato, bem como lhes foi garantido o respeito às opiniões verbalizadas.

Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e concordaram em participar voluntariamente, conferindo o seu aceite formal por meio da assinatura do Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) em duas cópias, ficando uma sob a guarda do respondente da pesquisa e a outra, de posse da pesquisadora. Também foram informados sobre os benefícios da pesquisa, bem como sobre o fato de que o desenvolvimento do estudo não previu riscos (beneficência e não maleficência), inclusive financeiros, e as informações fornecidas seriam utilizadas apenas para fins de pesquisas e apresentação em eventos científicos.

3.5 Delineamento e definição das atividades

3.5.1 Apresentação das atividades

Inicialmente, nos primeiros anos de desenvolvimento do projeto de Tratamento Interdisciplinar para Pacientes com Fibromialgia, a divulgação era realizada nas unidades da Universidade, nas redes ambulatoriais do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) e Policlínica Piquet Carneiro (PPC).

Com o tempo, as atividades passaram a ser divulgadas pelas próprias pessoas que frequentavam o grupo. Elas referendavam e indicavam o acompanhamento a outras pessoas. Assim, à medida que os benefícios em prol da saúde aumentavam, a divulgação do trabalho também crescia para além dos muros da Universidade. Atualmente, as pessoas inscrevem-se por telefone ou no próprio local e a procura vem aumentando a cada ano.

Para ingressar no projeto, depois das inscrições, as pessoas são convidadas, pela equipe, a participar de uma entrevista, em que é preenchido um formulário com dados pessoais (idade, peso e altura), dados sociodemográficos (residência, telefone, bairro, nível de escolaridade, ocupação) e de saúde, histórico da doença (diagnóstico, sintomas, ano de início, medicação em uso, tratamentos realizados, comorbidades associadas e sequelas).

Para integrar, de fato, o grupo de fibromialgia, no ato da entrevista, os participantes devem entregar a confirmação de diagnóstico médico, baseado nos critérios estabelecidos pelo Colégio Americano de Reumatologia, o teste ergométrico – o qual registra várias medidas da pressão arterial e a frequência cardíaca, além de analisar a atividade elétrica durante cada etapa do esforço –, cujo objetivo é avaliar sinais de possíveis problemas cardiovasculares.

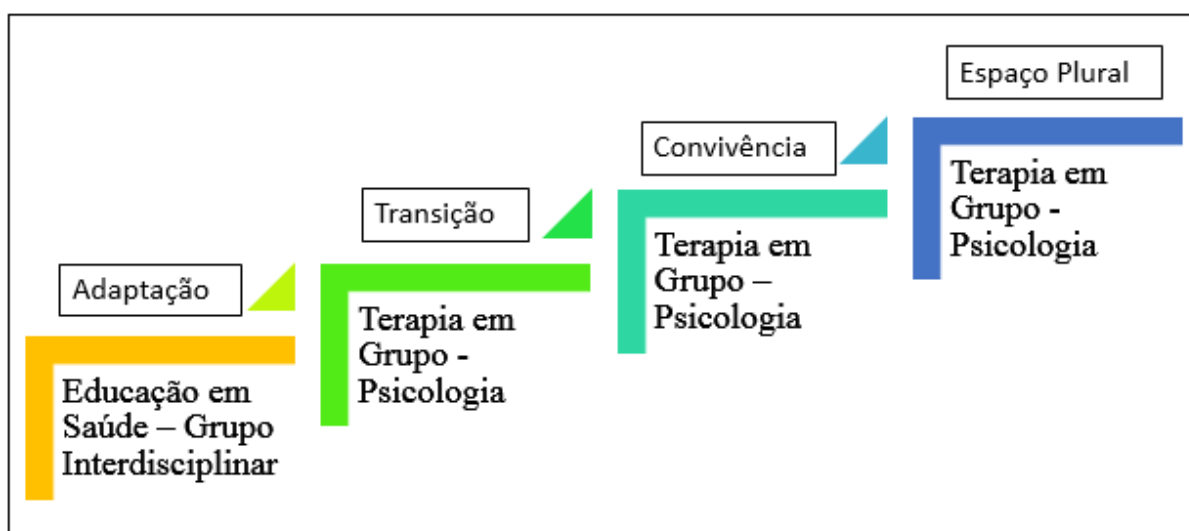
Além disso, os interessados devem mostrar os resultados dos exames laboratoriais de sangue, prescrição medicamentosa com carimbo médico e atestado para prática de exercícios físicos. Pessoas que apresentam cardiopatias graves, associadas a alguma limitação que impossibilite a prática regular de exercícios físicos e coloque em risco a vida, não podem participar das atividades.

Em seguida, o entrevistado responde a algumas perguntas acerca do interesse em participar das atividades, as suas dúvidas e necessidades em relação à saúde. Depois, a equipe faz a formação do grupo, o qual não pode exceder a 20 integrantes por vez. As atividades do grupo de fibromialgia no LAFISAEF–IEFD/UERJ têm duração de nove meses. Nesse período, o participante passa por três etapas, cada uma com duração de três meses.

3.5.2 Compartilhamento das atividades do grupo interdisciplinar

As atividades do Grupo Interdisciplinar de Terapia Comunitária Integrativa (GITCI) para pessoas com Fibromialgia do LAFISAEF–IEFD/UERJ possui as seguintes etapas: adaptação, transição e convivência (Figura 1).

Figura 1 - Etapas do GITCI para pessoas com Fibromialgia do LAFISAEF–IEFD/UERJ



Legenda: Grupo Interdisciplinar de Terapia Comunitária Integrativa (GITCI); Laboratório de Fisiologia Aplicada à Educação Física (LAFISAEF); Instituto de Educação Física e Desportos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IEFD/UERJ)

Fonte: A autora, 2015.

A primeira etapa é denominada de adaptação, fase em que o participante integra as atividades de educação em saúde com o grupo interdisciplinar uma vez por semana, mais o exercício físico duas vezes por semana e orientação nutricional com encontros quinzenais.

A segunda etapa é a de transição; nela, o participante realiza terapia de grupo com o apoio da psicologia uma vez por semana, mais exercício físico duas vezes por semana, mais orientação nutricional com encontros quinzenais.

Nos três últimos meses, os sujeitos envolvidos passam pela terceira e última etapa, denominada de convivência, fase em que se oferece ao participante do programa terapia em grupo chamada espaço plural, sob a coordenação da psicologia. Esse encontro acontece uma vez por semana, mais exercício físico duas vezes por semana, mais orientação nutricional com encontros quinzenais.

Após nove meses participando das atividades, se ainda houver interesse das pessoas em continuar, elas farão parte do Espaço Plural, com a psicologia uma vez ao mês, mais exercícios físicos duas vezes por semana, mais orientação com a nutrição e de enfermagem quando couber, com encontros quinzenais, permanentes.

O programa de exercícios físicos inclui atividades desenvolvidas em duas sessões semanais de 60 minutos, que consiste na realização de atividades aeróbias de moderada intensidade (70-85% frequência cardíaca de pico obtida em teste ergométrico máximo de ingresso no programa), que compreendem exercícios calistênicos – caracterizados pelo movimento e ritmo corporal simples, como a caminhada, atividades de iniciação desportiva, atividades recreativas – e treinamento contra resistência – caracterizado por atividades de musculação de alta intensidade – e exercícios de flexibilidade – alongamento antes e pós-treino.

Os exercícios físicos são amplamente indicados no tratamento para a redução da sintomatologia da FM. A prática de exercícios físicos apresenta um efeito analgésico e funciona como um antidepressivo, além de proporcionar uma sensação de bem-estar global e de autocontrole. A literatura revela também que os exercícios físicos podem compor os recursos utilizados para promover a melhora da função física em longo prazo (BRESSAN et al., 2008; CAMPOS et al., 2011; KONRAD, 2005).

O Colégio Americano de Medicina do Esporte (ACSM) aponta que a dose ideal de exercícios para indivíduos com fibromialgia ainda permanece desconhecida, porém há a indicação de exercícios de baixíssima intensidade no início, com aumento do trabalho de maneira gradual e confortável para o paciente (BIDONDE et al., 2014; FERREIRA; MARTINHO; TAVARES, 2014; HEYMAN et al., 2010; REZENDE et al., 2013).

A nutrição oferece consultas individuais mensais de orientação alimentar com distribuição balanceada e encontros quinzenais em grupo para discussão de temas referentes à alimentação saudável. A psicologia realiza, semanalmente, apoio psicológico em grupo fundamentado na terapia de mudança comportamental.

A enfermagem compartilhou das atividades com a equipe interdisciplinar, partindo da entrevista inicial, das reuniões em grupo para o preparo, organização e planejamento com toda equipe, na seleção dos temas emergentes das demandas e necessidades dos participantes, na seleção de materiais didáticos e audiovisuais, na estratégia e prática pedagógica a ser adotada, de acordo com o perfil do grupo selecionado, fundamentada nas concepções teóricas, filosóficas e tecnológicas do cuidado. Participou de toda a primeira etapa de discussão em grupo, como também do encontro com as famílias das pessoas que fazem parte do grupo, na organização, planejamento, na aplicação da técnica World Café¹.

O presente estudo foi desenvolvido exclusivamente durante a fase de adaptação, etapa em que o grupo interdisciplinar está voltado para a educação em saúde. Esta fase teve a duração de quatro meses, devido a ajustes no calendário letivo da universidade.

3.6 A produção dos dados

A produção dos dados foi realizada por meio das técnicas da entrevista semiestruturada, após o término do grupo interdisciplinar, da observação direta durante as discussões com o grupo interdisciplinar, das informações colhidas nos cadastros dos participantes, no roteiro para avaliação de conhecimento acerca do processo saúde-doença e autocuidado.

¹ World Café é um processo criativo que visa gerar e incentivar diálogos entre os indivíduos, criando uma rede viva de diálogo colaborativo que acessa e aproveita a inteligência coletiva para responder questões importantes para organizações e comunidades (TEZA et al., 2013). Essa técnica foi utilizada com os familiares das participantes para responder às dúvidas que eles possuíam em relação à Fibromialgia e ao autocuidado necessário para a saúde.

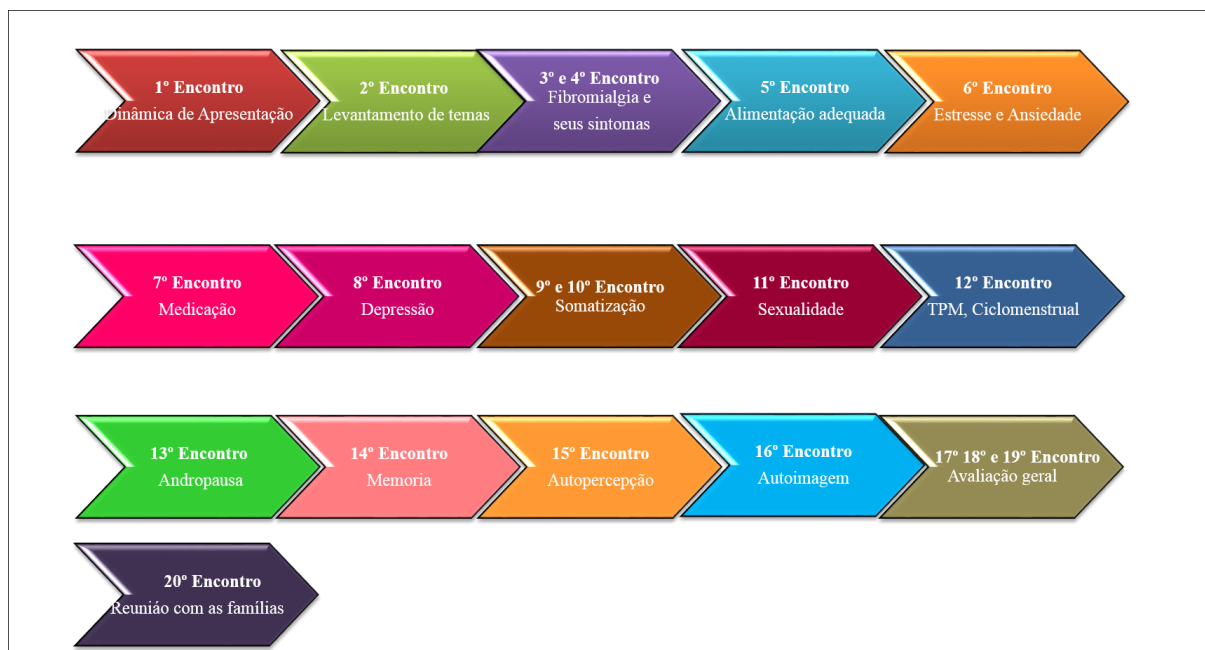
3.6.1 Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente, foram realizadas visitas ao Laboratório de Educação Física para reconhecimento do espaço, da coordenação e da equipe interdisciplinar que atua no projeto, bem como dos demais profissionais técnico-administrativos e alunos que participam daquele Programa, além da ambientação da pesquisadora com o grupo e vice-versa. Foram realizadas várias reuniões com a equipe de profissionais do LAFISAEF, com todos os envolvidos, para compartilhar ideias e sugestões, discussão das questões éticas que envolvem as atividades, o planejamento das atividades a serem desenvolvidas desde o ingresso no grupo, bem como a parceria da pesquisadora durante as entrevistas de seleção dos participantes e durante todo o processo das reuniões em grupo.

As atividades de educação em saúde do GITCI foram realizadas em 20 encontros semanais durante quatro meses e coordenadas pela equipe interdisciplinar. Ao término, foi realizado um encontro com os familiares dos participantes, a fim de esclarecer as dúvidas sobre os cuidados necessários durante e após o tratamento, sobre a patologia e suas complicações.

Os temas abordados nas reuniões foram escolhidos pelos participantes do grupo, conforme dito anteriormente. No primeiro encontro, foi realizada uma atividade, para apresentação e informação de como seria a dinâmica dos trabalhos e para que escrevessem novamente, de forma anônima, os temas de maior interesse a serem discutidos durante o período de adaptação. Foram determinados 20 temas, conforme a Figura 2. Após a seleção, foi montado o cronograma de datas e coordenação de temas por cada profissional envolvido.

Figura 2 - Temas abordados durante os encontros



Fonte: A autora, 2015.

Os encontros semanais tiveram a duração de 60 minutos e foram realizados em salas, com disponibilidade de recursos audiovisuais para a utilização durante as discussões, caso fosse necessário. O espaço foi organizado para que os participantes sentassem no formato de círculo para uma melhor interação e visualização de todos. Os coordenadores e a pesquisadora sentavam junto com os participantes como forma de facilitar a interação, o diálogo e todos pudessem se olhar.

As estratégias utilizadas foram a dinâmica de grupo, materiais audiovisuais para favorecer a explicação dos temas e tornar as discussões mais interativas, descontraídas e motivadoras, principalmente quando o tema era considerado denso, de difícil compreensão, como o tema da somatização e da depressão.

No primeiro encontro com os participantes, foram feitos esclarecimentos em relação ao estudo, o aceite, o voluntariado, apresentado os objetivos da pesquisa e o consentimento por escrito com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por livre e espontânea vontade.

Todas as experiências, registros e observações vivenciados com o grupo foram registrados no diário de campo. Após o término da primeira fase, chamada de adaptação, os participantes foram convidados a participarem da entrevista semiestruturada.

3.6.2 Observação Direta

Na primeira etapa, foi utilizada a observação direta (APÊNDICE B), durante todo o período, desde a entrevista inicial para ingresso no grupo, no processo de desenvolvimento das atividades e nas entrevistas individuais com os participantes. A observação é um dos meios mais frequentemente utilizados para conhecer e compreender o fenômeno da pesquisa, visando entender as subjetividades que estão por trás das ações (BRITTO; OLIVEIRA; SOUZA, 2003).

A observação direta acontece pelo contato direto do pesquisador com o fenômeno a ser observado e tem por objetivo aprender a realidade vivenciada na qual os atores sociais estão incluídos. Ela tem a vantagem da comparação entre as informações recebidas das pessoas pesquisadas com a própria realidade (CHIZZOTTI, 1995; MUDREY, 2006).

3.6.3 Entrevista Semiestruturada

A entrevista é uma técnica amplamente utilizada nas pesquisas qualitativas, principalmente nas ciências humanas e sociais.

De acordo com Minayo (2007), a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Por seu intermédio, o pesquisador busca obter informações contidas na fala dos participantes, revelando condições estruturais de sistema de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, transmitindo, por meio de um porta-voz, as representações sociais de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

Esse tipo de entrevista surgiu entre as décadas de 80 e 90 para estudar as teorias subjetivas, que seriam a reserva de conhecimento que os entrevistados possuíam sobre o conteúdo do estudo. Todas as pessoas têm conhecimento sobre qualquer assunto que inclui suposições explícitas e imediatas, que podem ser expressas pelos entrevistados de maneira espontânea quando responde uma pergunta aberta, sendo complementadas por suposições implícitas (FLICK, 2009).

A entrevista semiestruturada associa perguntas abertas e fechadas em que o entrevistado pode falar livremente sobre o tema sem se prender a uma indagação formulada. Na entrevista semiestruturada, a função do entrevistador é encorajar o participante a falar

abertamente sobre todos os tópicos da entrevista (MINAYO, 2009; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Na sequência, foi utilizado um roteiro de questões orientadoras da entrevista semiestruturada (APÊNDICE C), constando de identificação dos sujeitos e de questões pertinentes ao objeto de estudo e objetivos. As entrevistas foram realizadas individualmente, em local reservado, a fim de garantir a privacidade do participante.

3.6.4 Instrumento de avaliação de conhecimento

O instrumento de avaliação de conhecimento do processo saúde-adoecimento e autocuidado para pessoas com fibromialgia (APÊNDICE D) teve o propósito de identificar o conhecimento dos participantes acerca do processo saúde adoecimento e autocuidado antes e após a intervenção do GITCI, funcionando como um pré e pós-teste.

A utilização do instrumento neste âmbito, de pré e pós-teste, tem sido reconhecido como importante gerador de dados necessários para atingir os objetivos de pesquisa científica. No caso do presente estudo, serviu, ainda, para articular as questões culturais e nível de escolaridade, norteados, assim, as estratégias e técnicas para o desenvolvimento das práticas educativas em saúde, como também demandas das situações de saúde.

Este instrumento foi montado pelas pesquisadoras e envolve questões relacionadas à capacidade de autocuidado, hábitos saudáveis, alimentação, exercícios físicos, fatores de risco, tratamento da fibromialgia, dor física, motivação para mudança, relacionamento de grupo. Contém 15 questões, abertas e fechadas.

No final da fase de adaptação, esse instrumento foi avaliado pelas próprias participantes, as quais disseram ter entendido todas as questões, que as características das questões e a forma como foram elaboradas estavam claras e que não necessitava acrescentar outras. Ou seja, as questões estavam ao nível de entendimento das participantes e não somente ao nível de entendimento das pesquisadoras.

3.7 Organização, classificação e categorização dos dados

A produção de dados ocorreu durante os meses de fevereiro a junho de 2015, sendo que as entrevistas individuais foram realizadas nos meses de junho e julho.

As entrevistas foram gravadas em aparelho eletrônico de MP3 da própria pesquisadora e, posteriormente, transcritas e organizadas em ordem cronológica, inseridas em arquivo do Microsoft Word. Os entrevistados foram identificados pela letra E, associado ao número sequencial de participação, conforme exemplo: E1, E2, E3.

Em seguida, realizou-se *backup* de todos os dados e foram copiados em mídia contendo observações sobre data e duração de cada entrevista e estas serão mantidas resguardadas com a pesquisadora durante um período de cinco anos após o término da pesquisa.

Os dados foram organizados, identificados e categorizados seguindo o método de análise de conteúdo, segundo Bardin (2009). Entende-se que a organização e a análise são bem complexas na pesquisa qualitativa, sendo necessário o pesquisador estar envolvido com a pesquisa, ter uma visão ampla do objeto de estudo, dos objetivos e de todo o contexto.

A análise de conteúdo, para Bardin (2009, p. 33), “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. A escolha da técnica de análise ocorreu em função de sua abordagem englobar tanto os conteúdos manifestos que pertencem ao campo objetivo, quanto os latentes, que correspondem àqueles que não estão aparentemente na mensagem, ou seja, que estão no campo simbólico, do não dito, da subjetividade.

As técnicas de análise proposta por Bardin (2009) são compostas de três etapas: pré-análise – organização do material com a seleção do instrumento –, exploração do material – fase da análise propriamente dita com codificação, decomposição e enumeração – e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A organização propriamente dita das informações foi realizada na fase da pré-análise. Correspondeu a um momento de intuição com objetivo operacional e sistemático, no qual as ideias iniciais foram se organizando esquematicamente, em plano de análise.

Em seguida, procedeu-se à leitura flutuante, ou seja, desinteressada, visando a “estabelecer contato com os documentos a analisar e em conhecer o texto, deixando se invadir por impressões e orientações” (BARDIN, 2009, p. 122).

Posteriormente, a leitura flutuante tornou-se mais precisa, em função das suposições surgidas e da familiaridade com todo o assunto. Após a organização dos dados em material único, constituiu-se um *corpus* analítico que, segundo Bardin (2009), se refere à organização do conjunto de documentos a serem submetidos à análise. Para constituí-lo, seguiram-se as regras da exaustividade, da representatividade, da homogeneidade e da pertinência.

A etapa da categorização é bastante complexa, pois envolve escolhas de um caminho a ser seguido, necessitando-se de sucessivas leituras e imersão nos dados. Em seguida, foi preciso articular todos os dados observados, descritos e relatados pelos sujeitos durante as entrevistas, do questionário e inventário de Beck.

Para Bardin (2009), a exploração do material consiste, fundamentalmente, na aplicação sistêmica das decisões adotadas. É uma fase longa, cansativa, que consiste, basicamente, em operações de codificação, decomposição e enumeração.

Em continuidade – e pautado no objeto e objetivos desta pesquisa –, foram feitos recortes de cada entrevista, o que gerou 506 unidades de registro (UR). Posteriormente, procedeu-se com a identificação das URs e a contagem frequencial simples e percentual registrada no quadro de unidades de registros e categorias analíticas (APÊNDICES E e F).

Sequencialmente, foi realizada a leitura incessante de todas as informações reunidas pelas características comuns emergentes, com base nas quais foram agrupadas e nomeadas as categorias analíticas.

A primeira categoria intitulada, O grupo interdisciplinar de terapia comunitária integrativa como dinamizador para a construção do conhecimento emergiu a partir da identificação de 297 URs, originando duas subcategorias denominadas: O processo de ensino aprendizagem em grupo e O GITCI como instrumento mediador da aprendizagem.

A segunda categoria intitulada, O empoderamento dos participantes por meio do grupo Interdisciplinar de Terapia Comunitária Integrativa, emergiu a partir da identificação de 209 URs, dividida em duas subcategorias denominadas O empoderamento no cuidado em saúde e Mudanças nas relações familiares.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo será iniciado com a apresentação da caracterização dos sujeitos e os resultados do questionário de avaliação de conhecimento antes e após a intervenção do grupo e posteriormente a análise das categorias.

4.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Nesse subitem, são apresentados alguns aspectos do ingresso dos participantes no grupo, em continuidade à caracterização dos sujeitos do estudo, considerando os dados sociodemográficos e os de saúde.

Inicialmente, foram realizadas quinze inscrições para ingresso no grupo de fibromialgia, atendendo aos critérios previamente estabelecidos. Entretanto, ao iniciar as atividades, quatro candidatos desistiram do grupo, sendo uma por residir em bairro muito distante da Universidade, outra por residir em outro município do Rio de Janeiro, a terceira por dificuldade financeira e, por fim, a quarta havia sofrido um procedimento cirúrgico recente.

Nesse sentido, para tentar minimizar as questões de ordem financeira, algumas pessoas do Programa, voluntariamente, fizeram doações em dinheiro para o pagamento do transporte dos participantes que estariam com dificuldades para iniciar as atividades.

Outra estratégia da equipe do LAFISAEF foi disponibilizar uma declaração ao participante com dificuldade financeira, constando a inscrição no projeto e da importância da continuidade desta pessoa no grupo, com a finalidade de se apresentar junto aos órgãos públicos, visando à gratuidade do transporte. Por fim, a equipe interdisciplinar garantiu às pessoas que não puderam participar, nesse momento, vaga na próxima turma de adaptação se assim o desejassem.

Nesse sentido, os sujeitos da pesquisa foram 11 pessoas, todas do sexo feminino, pertencentes ao grupo de adaptação do LAFISAEF. Em relação à faixa etária, esta variou entre 25 e 66 anos, possuindo a maioria das mulheres uma idade superior a 55 anos. Esses dados estão discriminados na Tabela 1.

Tabela 1 – Faixa etária dos participantes da pesquisa

Faixa Etária	N	%
25 a 34 anos	1	9
35 a 44 anos	2	18
45 a 54 anos	2	18
> 55 anos	6	55
Total	11	100

A média de idade encontrada entre as participantes foi de 51 anos. Estudos epidemiológicos demonstram que a prevalência de FM varia de 0,66% a 10,5% da população adulta, tendo maior prevalência em mulheres (BRANDT et al., 2011; CAVALCANTE et al., 2006).

Quanto à etnia dos participantes, observa-se, na Tabela 2, que seis participantes são brancas, três negras e duas pardas, confirmando semelhanças com o estudo de Cavalcante et al. (2006), no qual 93% das mulheres acometidas por fibromialgia são brancas.

Tabela 2 – Etnia dos participantes da pesquisa

Etnia	N	%
Branca	6	55
Parda	2	18
Negra	3	27
Total	11	100

Quanto à renda familiar, a maioria ficou em torno de 2-4 salários mínimos, conforme representado na Tabela 3.

Tabela 3 – Faixa Salarial dos participantes da pesquisa

Renda/ Salário Mínimo	N	%
1 a 2 salários	3	27
2 a 4 salários	5	46
> 4 salários	3	27
Total	11	100

No que se refere à renda, a faixa com maior representatividade está entre 2 a 4 salários mínimos (entre R\$ 1.576,00 a R\$ 3.152, com base no salário mínimo de 2015), semelhante à renda média de R\$ 2.382,20 da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, em outubro de 2015 (IBGE, 2015). A Tabela 4 expressa a ocupação dos sujeitos participantes.

Tabela 4 - Situação de trabalho dos participantes da pesquisa

Ocupação	N	%
Aposentado	3	27
Desempregada	5	46
Empregado	2	18
Licença médica	1	9
Total	11	100

Observa-se que a maioria se encontra desempregada (cinco), três participantes estão aposentadas, duas possuem emprego e uma está afastada do trabalho por licença médica.

É importante destacar que o baixo nível socioeconômico aumenta a probabilidade do desenvolvimento de problemas de saúde e a não adesão ao tratamento, principalmente quando associados a situações de estresse, adversidades, limitações e falta de recursos, conforme apontado nos estudos de Calvetti, Muller e Nunes (2007).

O desemprego e a ausência de proteção familiar e financeira levam à pobreza e à enfermidade, além de desestabilizar emocionalmente a pessoa, podendo acarretar tristeza e desespero, desencadeando doenças (CHAVES, 2015).

A Tabela 5 refere-se ao grau de escolaridade dos sujeitos.

Tabela 5 – Grau de escolaridade dos participantes da pesquisa

Grau de Escolaridade	N	%
Ensino Fundamental Incompleto	1	9
Ensino Fundamental Completo	2	18
Ensino Médio Completo	4	37
Ensino Superior Incompleto	2	18
Ensino Superior Completo	2	18
Total	11	100

A maioria das participantes possui o ensino médio completo (quatro); duas com apenas o ensino fundamental completo. No entanto, quatro representantes cursaram o ensino superior, sendo que duas conseguiram concluir o curso e outras duas, de forma incompleta. Por fim, uma integrante possuía o ensino fundamental incompleto.

Em 2003, no Brasil, 28% da população ocupada possuía o ensino médio incompleto ou completo. Em 2013, 10 anos após, este percentual havia subido para 36% (GANDRA, 2015). Segundo a World Health Organization (WHO, 2010), a escolaridade desempenha um importante papel nas condições de saúde, influenciando o estilo de vida em decorrência de vários fatores, como informações sobre promoção da saúde, prevenção das doenças, compreensão do problema e adesão ao tratamento. Sabe-se que quanto menor o nível de instrução do indivíduo, maior o esforço do educador em saúde para adequar a linguagem das orientações dadas sobre os cuidados (BERTOLIN, 2013).

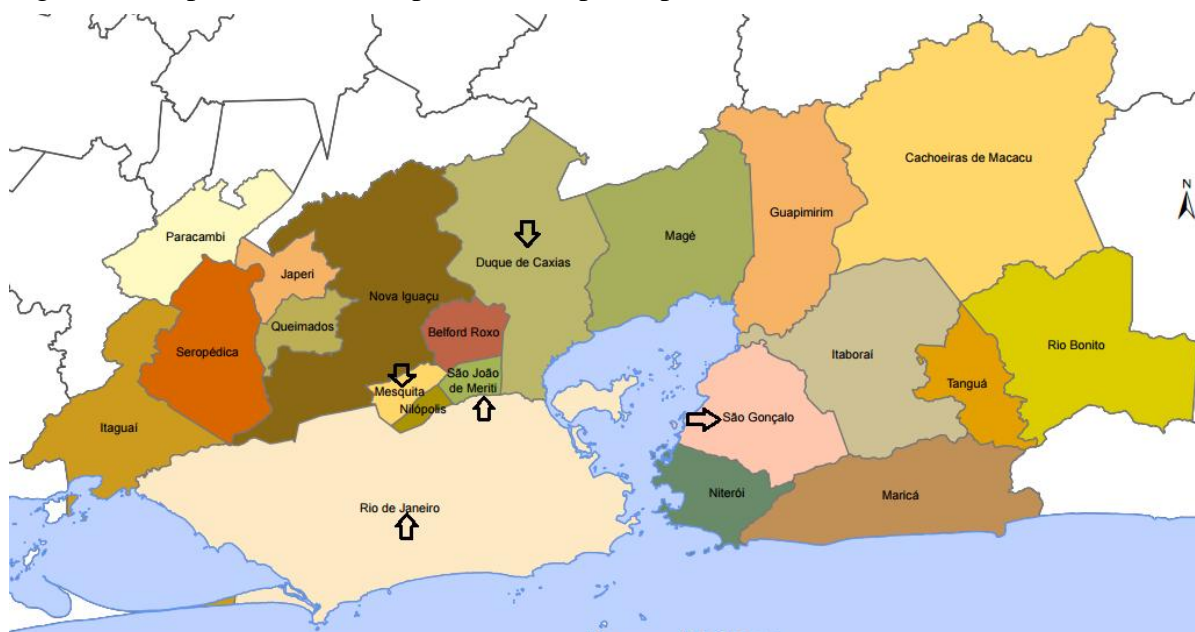
A seguir, observa-se a situação do domicílio dos sujeitos (Tabela 6).

Tabela 6 – Local de residência dos participantes da pesquisa

Local de residência	N	%
Rio de Janeiro	7	64
São Gonçalo	1	9
São João de Meriti	1	9
Mesquita	1	9
Duque de Caxias	1	9
Total	11	100

Quanto ao local de residência, sete participantes entrevistados são residentes da cidade do Rio de Janeiro e já se esperava por isso, pois as atividades do grupo são realizadas na UERJ, localizada na região metropolitana. Os demais participantes residem no município de São Gonçalo, São João de Meriti, Mesquita e Duque de Caxias. Todos pertencem aos municípios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, conforme sinalizado no mapa representado na Figura 3.

Figura 3 - Mapa com os municípios onde as participantes residem



Fonte: Centro Estadual de Estatísticas, Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro (CEPERJ, 2014).

Em relação aos dados de saúde, observa-se nas Tabelas 7 e 8, as patologias associadas à fibromialgia.

Tabela 7 – Patologias associadas por faixa etária entre 25 e 54 anos nos participantes da pesquisa

Patologias associadas na faixa etária entre 25 a 54 anos	N	%
HAS	1	20
Depressão	2	40
Hérnia de disco	1	20
Hipotireoidismo	1	20
Total	5	100

Legenda: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Ao observar a Tabela 7, percebe-se que uma participante apresenta o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e duas possuem o diagnóstico de depressão.

Tabela 8 – Patologias associadas por faixa etária acima de 55 anos nos participantes da pesquisa

Patologias associadas na faixa etária acima de 55 anos	N	%
Depressão	1	17
Hipotireoidismo	1	17
HAS, DM e Depressão	1	17
HAS e DM	1	17
HAS e Depressão	2	32
Total	6	100

Legenda: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); Diabetes Mellitus (DM).

Ao observar a Tabela 8, percebe-se que quatro participantes apresentaram o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, quatro possuem depressão e duas possuem diabetes mellitus tipo. Nessa faixa etária, de 55 anos ou mais, percebe-se maior número de patologias associadas, entre elas, a HAS, DM e a Depressão.

A literatura tem comprovado que as doenças crônicas não transmissíveis, além de se constituírem em grande magnitude, podem estar associadas a outras enfermidades e atingem pessoas de diferentes níveis socioeconômicos, os grupos mais vulneráveis e os que vivem à margem social. Das 57 milhões de mortes no mundo em 2008, 36 milhões (63%) foram em razão das DCNTs, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica (BRASIL, 2011).

Quanto à prática de atividades físicas, observou-se que, dos 11 participantes, sete são sedentários e quatro deles praticavam atividades físicas, sendo que a hidroginástica foi a mais representativa.

Estudiosos, especialistas da área e as Organizações de Saúde têm incentivado a prática regular de atividade física como forma de reduzir taxas glicêmicas, a hipercolesterolemia, triglicerídeos, combatendo a obesidade, reduzindo níveis pressóricos e prevenindo doenças.

Estima-se que 3,2 milhões de pessoas morrem a cada ano devido à inatividade física. Pessoas que são insuficientemente ativas têm entre 20% e 30% de aumento do risco de todas as causas de mortalidade (WHO, 2010). Nesse sentido, o exercício físico é um dos métodos

de tratamento que melhora a qualidade de vida e apresenta excelentes resultados no controle dos sintomas da Fibromialgia (BUENO et al., 2012).

4.2 O conhecimento do grupo participante antes e após o GITCI

Neste subitem, são apresentados os resultados do Instrumento de avaliação de conhecimento acerca do processo saúde-adoecimento e autocuidado para pessoas com fibromialgia (APÊNDICE D) antes e após o início das atividades em grupo.

Conhecimento é a capacidade de interpretar e agir sobre um conjunto de informações. Essa capacidade é criada a partir das relações que o indivíduo estabelece com as informações, e destas com outras que já lhe são familiares, como as experiências que lhe permitem compreendê-las e tirar conclusões sobre elas e a partir dela (HASHIMOTO, 2003).

O conhecimento articula-se entre o saber popular e o científico. Essas modalidades não são antagônicas e sim complementares, relacionando-se mutuamente (NIETSCHE; TEIXEIRA; MEDEIROS, 2014). Os saberes e o conhecimento de cada um são importantes para a construção de um conhecimento coletivo ampliado, permitindo desenvolver uma reflexão comum (BRASIL, 2011).

No entanto, o conhecimento popular advém da experiência com a realidade do dia a dia, é um conhecimento que é capaz de observar e absorver fatos e fenômenos e tem valor reprodutivo, passado de geração em geração e não se preocupa em alterar estruturas ou se aprofundar em outras questões. Já o conhecimento científico distingue-se pela utilização de normas empíricas, argumentos lógicos, ceticismo e da forma como os cientistas empenham-se para obterem as melhores e possíveis explicações sobre o mundo natural. Logo, o pensamento científico é objetivo, quantitativo, homogêneo, generalizador, diferenciador, investigador e renovador (CARVALHO, 2009).

O conhecimento que as pessoas trazem consigo é enfatizado durante a aprendizagem, devendo-se valorizar as experiências vividas, seu repertório vocabular, a vida e o meio no qual estão inseridas. O processo ensino-aprendizagem não deve ser separado do contexto de vida do educando, pois, assim, ele se torna sujeito da sua história e não apenas objeto. A educação que não leva em conta os saberes e o contexto de vida dos educandos anula a sua criatividade e sua criticidade (FREIRE, 2014).

Ressalta-se que é importante levantar o conhecimento das pessoas acerca do processo saúde-doença, articulado à caracterização do perfil do grupo, a fim de repensar as práticas e dinâmicas a serem realizadas na educação em saúde, de modo a favorecer a participação de todos e a cocriação do conhecimento em conjunto entre profissionais e os sujeitos participantes.

O Quadro 1 apresenta a evolução do conhecimento das participantes, demonstrando as questões e o número de acertos de cada uma, antes e após a intervenção do GTCI a saber:

Quadro 1 - Quantidade de participantes que responderam corretamente, por questão, antes e após o GITCI (continua)

1. O que significa autocuidado para você?	
Antes	4
Após	9
2. Quais são os hábitos que preciso ter para me manter saudável?	
Antes	6
Após	10
3. O que é uma doença crônica para você?	
Antes	9
Após	10
4. Você acredita que os problemas familiares podem prejudicar a sua saúde?	
Antes	11
Após	11
5. O que você acha que influencia o surgimento de uma doença crônica?	
Antes	3
Após	8
6. Qual a orientação nutricional mais indicada para o paciente com doença crônica?	
Antes	11
Após	11
7. A prevenção para a doença crônica é?	
Antes	10
Após	11
8. Com relação ao autocuidado da pessoa com fibromialgia, é importante:	
Antes	9
Após	10
9. O tratamento da fibromialgia inclui:	
Antes	7
Após	11
10. O que você vem buscar no grupo?	
Antes	Qualidade de vida, conhecimento sobre a doença e melhora para a dor
Após	Buscar melhor qualidade de vida, obter conhecimento sobre a doença e melhora para a dor

Quadro 1 - Quantidade de participantes que responderam corretamente, por questão, antes e após o GITCI (conclusão)

11. Que espaço você encontra no grupo para se expressar?	
Antes	Espaço livre, liberdade em todos os momentos para expressar, retirar dúvidas
Após	Espaço livre, liberdade em todos os momentos para expressar, retirar dúvidas
12. De que atividades vocês participavam, antes de ingressar no Grupo?	
Antes	Hidroginástica
Após	Hidroginástica e caminhada
13. Capacidade de se relacionar com o outro é:	
Antes	4
Após	7
14. Como você reage frente aos problemas?	
Antes	7
Após	9
15. Você está motivada para mudar os seus hábitos e comportamentos de risco para sua saúde?	
Antes	11
Após	11

Legenda: Grupo Interdisciplinar de Terapia Comunitária Integrativa (GITCI).

Ao analisar os dados originados do Instrumento de avaliação antes do GITCI, observa-se que a média de acerto das perguntas foi de 11, em um total de 15 questões, sendo que a menor quantidade de acertos foi de 9 e a maior, de 13.

Isso significa que, analisando as questões 1 e 2, as quais se referem sobre o autocuidado na doença crônica, somente quatro participantes acertaram a questão 1 e seis acertaram a questão 2. Pode-se dizer, então, que elas pouco conheciam sobre o autocuidado necessário para se manterem saudáveis.

A questão 3 versa sobre o que é uma doença crônica, e nesta, nove pessoas acertaram. Na questão 4, sobre a influência dos problemas familiares na saúde, todas as participantes responderam corretamente. Já a questão 5, que diz respeito aos fatores de risco, somente três participantes responderam corretamente. A questão 6 enfatiza orientação nutricional como tema e todas responderam corretamente. A questão 7 é sobre a prevenção das DCNTs e dez pessoas responderam corretamente.

Em relação ao autocuidado, questão 8, nove participantes acertaram; no entanto, sobre o tratamento da fibromialgia, questão 9, sete participantes responderam corretamente. A questão 10 interroga as participantes sobre o que vieram buscar no grupo. As respostas que

mais tiveram recorrência foram: buscar qualidade de vida, obter conhecimento sobre a doença e melhora da dor. Já a questão 11 tem relação com o espaço para se expressar. As respostas que mais apareceram foram: espaço livre, liberdade em todos os momentos para expressar e retirar dúvidas.

A questão 12 versa sobre as atividades realizadas antes do início das atividades em grupo. A resposta que mais teve recorrência foi: hidroginástica. Em continuidade, a questão 13 tem como assunto a capacidade de se relacionar e somente quatro participantes responderam corretamente, ou seja, todas as alternativas da questão estavam corretas. Sendo assim, a resposta certa é: a capacidade de construir e manter laços de amizade e confiança, ter facilidade na comunicação, respeito ao outro, aceitar crítica e ter equilíbrio nas situações de conflito.

A questão 14 é sobre qual a melhor atitude para resolver um problema. A resposta correta é aquela em que o indivíduo menciona que deve enfrentar os desafios e buscar soluções para resolvê-los. Foram contabilizados sete participantes que acertaram a questão. Por fim, na questão 15, indaga-se ao participante se ele se sente motivado para mudar hábitos e comportamentos que trazem risco para sua saúde e todas as participantes responderam que estão motivadas para a mudança.

Percebe-se, pelos resultados, que as participantes, inicialmente, chegaram com pouco conhecimento sobre as doenças crônicas e seus fatores de risco, o autocuidado e os cuidados necessários para conviver com a fibromialgia, como o tratamento e controle, considerando que esta síndrome não tem cura. Essa deficiência pode ter contribuído, de certa maneira, para o agravamento da doença, surgimento e associação de outras comorbidades que estão interligadas com as consequências dessa enfermidade, como a depressão.

Juntamente a isso, o resultado referente à questão 13 mostra que alguns participantes não sabem discorrer sobre sua capacidade de relacionamento e isto pode prejudicar o convívio com familiares próximos, como cônjuges e filhos. Há, também, participantes que responderam que preferem não enfrentar os problemas encontrados.

Associado a isso, algumas participantes não sabem como obter melhora nos relacionamentos sociais e familiares. Essa constatação é prejudicial para o relacionamento com familiares próximos, como cônjuges e filhos. Algumas delas relatam que possuem uma postura rígida em relação ao cônjuge e aos filhos, apesar de amá-los, não demonstrando afeto. Outras responderam que preferem não enfrentar os problemas encontrados.

A queixa frequente das participantes era falta de concentração e perda da memória, sendo um dos motivos para levantar reflexões e repensar as suas repercussões no dia a dia do desenvolvimento de suas atividades laborais.

Ressalta-se que uma das complicações da fibromialgia é a disfunção cognitiva. Nesses casos, são relatados problemas com a memória, concentração, análise lógica e motivação. A causa dessa disfunção está centrada na dor crônica e na fadiga. Nesses casos, a melhora do quadro da fibromialgia leva à melhora dessas alterações (HEYMANN, 2010).

Durante os primeiros encontros, observou-se que as mulheres chegavam mais silenciosas, com dificuldade de se expressar, cansadas, usavam trajes mais simples e cabelos nem sempre alinhados, o rosto sem maquiagem e suas faces expressavam preocupações e, eventualmente, dor. A queixa frequente era dor, vontade de não sair de casa.

Esses comportamentos corroboram com a depressão, podendo se agravar, caso não seja percebido pelos profissionais envolvidos. Nesse sentido, a depressão pode influenciar negativamente na qualidade de vida dos pacientes, aumentando a sensação de dor, tornando a adesão ao tratamento mais difícil, além de gerar uma queda na qualidade das relações sociais (BERBER, 2004).

Portanto, alerta-se, quanto maior o entendimento dos profissionais acerca destas situações, mais brevemente portadores de FM poderão ser atendidos, beneficiando-se de melhor qualidade de vida e vivendo com mais autonomia e bem-estar.

Ao analisar os dados originados do Instrumento de avaliação após o GITCI, observa-se que a média de acerto das perguntas foi de 14 de um total de 15 questões, sendo que a menor quantidade de acertos foi de 6 e a maior, de 12.

Isso significa que, analisando as questões 1 e 2, as quais se referem sobre o autocuidado na doença crônica, nove participantes acertaram a questão 1 e dez acertaram a questão 2. Pode-se dizer que, após a intervenção do grupo, as participantes possuem conhecimentos necessários sobre o autocuidado.

Foi observado, pela equipe interdisciplinar e pela pesquisadora, no decorrer das atividades da fase da adaptação, o empenho das participantes em se integrarem nas atividades, aprender com o outro e contrastar suas experiências vividas com as do grupo. Da mesma maneira, isto acontecia durante os exercícios físicos, demonstrando empenho em se exercitarem.

A questão 3 versa sobre o que é uma doença crônica e dez pessoas a acertaram. Na questão 4, sobre a influência dos problemas familiares na saúde, todas as participantes responderam corretamente. Já a questão 5, que diz respeito aos fatores de risco, oito

participantes responderam corretamente. A questão 6 enfatiza a orientação nutricional como tema e todas responderam corretamente. A questão 7 é sobre a prevenção das DCNTs e todas as participantes responderam corretamente.

Em relação às questões 8 e 9, referentes ao autocuidado e ao tratamento na fibromialgia, os resultados obtidos foram: dez participantes acertaram a questão 8 e todas as participantes responderam corretamente à questão 9.

A questão 10 tem como tema o motivo pelo qual as participantes vieram buscar o grupo. As respostas que mais tiveram representatividade foram as mesmas do primeiro questionário: buscar uma melhor qualidade de vida, obter conhecimento sobre a doença e melhora para a dor. Já a questão 11 tem relação com o espaço para se expressar e as respostas que mais apareceram foram: espaço livre, liberdade em todos os momentos para expressar, retirar dúvidas.

A questão 12 versa sobre as atividades realizadas antes do início das atividades em grupo. A resposta que mais teve recorrência foi: hidroginástica e caminhada. Em continuidade, a questão 13 tem como assunto a capacidade de se relacionar e sete participantes responderam corretamente, ou seja, todas as alternativas da questão estavam corretas. Sendo assim, a resposta certa é: a capacidade de construir e manter laços de amizade e confiança, ter facilidade na comunicação, respeito ao outro, aceitar crítica e ter equilíbrio nas situações de conflito.

A questão 14 é sobre qual a melhor atitude para resolver um problema. A resposta correta é aquela em que o indivíduo menciona que deve enfrentar os desafios e buscar soluções para resolvê-los. Foram contabilizados nove participantes que acertaram a questão. Por fim, a questão 15 pergunta ao participante se ele se sente motivado para mudar seus hábitos e comportamentos que trazem risco para sua saúde e todas as participantes responderam que estão motivadas para a mudança.

Com base nos resultados obtidos na segunda aplicação, após o término do GITCI, percebe-se que as participantes tiveram um entendimento maior sobre o processo saúde-doença após as atividades em grupo. Isso porque elas tiveram momentos de discussão e reflexão, os quais permitiram um diálogo franco, sincero e de forma respeitosa. Assim, houve oportunidade para uma interação entre as participantes entre si e delas com o GITCI, dando oportunidade a manifestações como a descontração, a liberdade de expressão, a escuta ativa e participativa. Além disso, houve abertura para que cada uma falasse de sua situação, ouvisse a de outras pessoas, refletissem sobre os aspectos que iam se apresentando e buscassem soluções, construindo aprendizagens.

A fibromialgia, assim como as demais doenças crônicas não transmissíveis, além do tratamento prolongado, precisa de acompanhamento, gerando condições para que as pessoas entendam como proceder para que haja o controle dos sintomas e o autocuidado. Para tanto, o trabalho em grupo desperta o interesse, a motivação e favorece a disponibilidade interior para tomar decisões.

Assim, durante as práticas de saúde, faz-se necessário que se considere o nível de habilidade do participante para se ajudar, seu contexto familiar e comunitário, não só para a compreensão dos fatores que o influenciam a realizar ou não as práticas de autocuidado requeridas, mas, também, a fim de se certificar se os recursos estão disponíveis para permitir sua realização (BRICENO-LEON, 1996; OMS, 1990).

As práticas educativas com ênfase na educação dialógica de Paulo Freire têm a capacidade de elevar a qualidade de vida do participante, pois ela favorece a emancipação ao se preocupar com a realidade vivida pelo participante, propõe intervenções práticas dinâmicas e transformadoras capazes de permitir que o participante seja realmente um agente transformador de sua realidade (COSTA, 2014).

Freire propõe uma interação entre o educador e o educando, na qual o educador, ao mesmo tempo em que ensina, também aprende com o educando, ou seja, o profissional ensina o participante e este, por sua vez, ensina o profissional.

Ao cruzar os dados sociodemográficos e de saúde juntamente com os resultados do questionário para avaliação do conhecimento aplicado em dois momentos distintos, pode-se afirmar que todas as participantes compreenderam e responderam ao questionário sem nenhuma dificuldade.

A seguir, serão apresentados os resultados das categorias e subcategorias analíticas.

4.3 Categoria 1: O grupo interdisciplinar de terapia comunitária integrativa como dinamizador para a construção do conhecimento

A estratégia do GITCI, formado por profissionais de saúde e o GP, foi a educação em saúde. O grupo interdisciplinar é um espaço no qual as participantes têm a liberdade de escolherem os temas para os encontros e, a partir da discussão, busca-se a solução para aquele problema/dúvida em conjunto. Essa busca coletiva para a resolução do problema incentiva a

mudança de hábitos e ações que trazem prejuízos à saúde e a valorização e construção conjunta do conhecimento.

Essa categoria emerge a partir de 297 URs e consiste em analisar a repercussão do grupo de terapia integrativa para a construção do conhecimento no processo de ensino saúde-adoecimento e autocuidado. Esta categoria é subdividida em duas subcategorias denominadas: O processo de ensino aprendizagem em grupo e O grupo GITCI como instrumento mediador da aprendizagem.

4.3.1 O processo de ensino-aprendizagem em grupo

Entende-se que, por meio do ensino-aprendizagem dialógico, é possível, com o passar do tempo e dos encontros coletivos, proporcionar aos participantes o desenvolvimento da consciência crítica, favorecendo ao indivíduo o contato com ele mesmo, com as suas dúvidas, e percebendo como os outros reagem diante de determinadas situações. Assim, percebem suas potencialidades e encontram um sentido para um modo de viver diferente do qual ele vivia, mais saudável. Apenas a informação, compartilhada nos processos educativos tradicionais, por si só não modificará os comportamentos em relação à situação-problema.

Segundo Costa (2014, p. 21),

A abordagem tradicional não é capaz de alcançar as reais necessidades desse público. Surgem então muitas críticas a esse modelo propondo que o objetivo da Educação em Saúde deveria ser o de colaborar para desenvolver, no grupo ou no indivíduo, a habilidade de pensar criticamente sobre sua realidade; de tomar decisões conjuntas para a resolução de problemas; de organizar, realizar e avaliar as decisões criticamente.

A troca de informações de modo horizontal permite o crescimento mútuo por meio do compartilhamento de experiências, conteúdo de discussão adequado com a realidade do participante e com o predomínio do diálogo crítico. Isto leva o participante à reflexão sobre o processo saúde-adoecimento e adequação aos novos hábitos saudáveis de vida.

Com o objetivo de analisar a repercussão das atividades e estratégias propostas pelo Grupo de intervenção de TCI com o GP após os encontros de educação em saúde, questionou-se se o GITCI acrescentou alguma coisa para elas.

Acrescentou muito. As coisas que eu aprendi sobre a fibromialgia aqui [...] E eu não tinha muito conhecimento [...] Gostei muito quando a reumatologista veio e ela falou sobre a questão do tratamento, das medicações que são usadas junto com as outras. Me identifiquei bastante. (E3)

É, trouxe conhecimento, principalmente do meu problema. Então, eu fui entender com as discussões sobre a fibromialgia e as outras coisas também que essa doença favorece. [...] O assunto da depressão foi o que mais me marcou, o da memória também foi muito bom. Eu não sabia como lidar com essas coisas. Então foi muito importante para mim adquirir esse conhecimento. (E4)

Todos os temas me interessaram, acho que tudo foi na medida certa. [...] Da apresentação da doutora sobre a compaixão, que a gente tem que ter compaixão da gente. Da palestra da enfermeira sobre a sexualidade. (E9)

Assim eu tive mais informações a respeito da doença, tive um apoio tão grande [...]. A parte da psicologia, da nutrição, tudo. O grupo me deu um apoio e conhecimento que eu não tinha. (E10)

Os assuntos abordados foram bons, relevantes, tudo estava dentro da medida, tudo muito bem pensado. Realmente tocando “ah! Precisava escutar isso, precisava saber disso, como foi bom ter falado aquilo!”. [...] A parte da sexualidade que a enfermeira trouxe, sua vivência, a parte da médica, o que a psicóloga fala, aquela coisa que ela pensou é a mesma que eu pensei e tal. (E11)

Percebe-se, pelos depoimentos, que as participantes se referiram ao GITCI de forma positiva, proporcionando situações que contribuíam para a aquisição de novos conhecimentos não só sobre a fibromialgia, mas também sobre assuntos que elas sugeriram para a discussão nos encontros como a depressão, sexualidade, perda da memória, alimentação e autoimagem.

Aprender é uma responsabilidade compartilhada. Logo, é importante que o facilitador estimule os participantes a criar um ambiente de aprendizado participativo, com o objetivo de facilitar o processo de aprendizado. Dessa maneira, todos, participantes e facilitadores, contribuem com o conteúdo da atividade (BRASIL, 2011).

Para que o aprendizado seja efetivo na vida do indivíduo, é importante que este demonstre interesse em aprender novos conceitos, de tal modo que esse processo seja visto como uma ponte entre o indivíduo e os cuidados que ele precisa ter para se manter saudável.

Acredita-se que a construção coletiva do conhecimento, estimule o encontro do saber de cada um. Ao juntar esses saberes, formando um só e único, é possível sensibilizar melhor os participantes do que somente a transferência de conhecimento por parte do saber de um único profissional. Durante a trajetória de ensino-aprendizagem do GITCI, buscou-se fazer o contrário das ações educativas tradicionais: buscou-se empoderar as participantes por meio do conhecimento surgido pelos questionamentos e relatos de experiências expressas durante os encontros.

Os encontros foram intensos, com expressão de afeto, sensibilidade e muita emoção. As participantes contavam suas histórias, seus problemas e essas experiências remetiam as pessoas para o seu passado ou para suas realidades de vida. Dessa forma, outras participantes sentiam-se à vontade para discutir as questões e relatar as suas vivências.

Pode-se dizer que todos os encontros geraram participação dos sujeitos envolvidos, tanto se identificando quanto comparando suas experiências com as do outro. O diálogo e o posicionamento dos profissionais colaboravam na busca de alternativas de enfrentamento das barreiras e dificuldades encontradas para o alcance das metas, ou seja, a realização das práticas de autocuidado. Observou-se que os participantes mais tímidos também despertaram interesse de se expressar.

Foi possível, ainda, identificar que os temas relacionados com a alimentação, as dificuldades, os mitos e sua adequação, sexualidade e autoimagem foram os que mais suscitaram discussões. As técnicas facilitadoras – como vídeos e dinâmicas, degustação de alimentos saudáveis – empregadas nos grupos mostraram-se efetivas em favorecer a explanação dos temas e suas discussões de forma mais interativa e descontraída e, conseqüentemente, motivaram os participantes a envolverem-se ativamente nas reuniões.

Esse tipo de aprendizado tem base na educação dialógica, que tem o objetivo de transformar os saberes existentes. A prática educativa, nesta perspectiva, visa desenvolver a responsabilidade dos indivíduos e da coletividade no cuidado com a saúde, não mais pela imposição de um saber técnico-científico restrito ao profissional de saúde, mas pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde e das possibilidades de intervir sobre tal situação (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

De acordo com Freire (2014), a educação envolve uma relação entre os homens e a fé. O estabelecimento de um diálogo entre o educador e o educando ocorre pela crença de que cada um é capaz de superar a si mesmo, de mudar, de se adaptar, de se cuidar. Quando a fé não está presente nessa relação, não se estabelece um vínculo de confiança mútua e a troca de informações fica prejudicada.

O conhecimento abordado durante as reuniões visou criar habilidades e competências do indivíduo para a adoção de hábitos saudáveis de vida. Nesse caso, sabe-se que somente o indivíduo capacitado é capaz de assumir a responsabilidade e o controle pela sua saúde. Corroborando essa assertiva, a Carta de Ottawa (WHO, 1986) afirma que as ações de promoção da saúde têm a finalidade de reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurando oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde.

A capacitação tem o objetivo de que os indivíduos se tornem pró-ativos na busca da saúde, na mudança do seu estilo de vida para adoção de hábitos saudáveis, fornecendo, assim, um reforço no poder, empoderamento. Nessa perspectiva, visando ao empoderamento, a educação passa a ser vista como uma troca entre o profissional e o indivíduo, com o objetivo de construção e reconstrução do conhecimento por parte dele, de forma que ele possa tomar decisões informadas acerca do cuidado de si, ou seja, autocuidado (GUERRA, 2012).

Ao se utilizar, portanto, a problematização proposta por Freire na discussão dos assuntos abordados, as participantes eram levadas a pensarem criticamente, considerando a sua realidade de vida, as suas ideias e posições e traziam para o grupo a solução mais viável que encontravam. Essa estratégia pedagógica foi capaz de sensibilizar com maior ênfase as participantes a tornarem-se livres e, principalmente, capacitadas para decidir sobre sua saúde.

Ao serem questionadas em relação a um tema, ou quando perguntadas sobre qual a melhor solução para uma determinada dificuldade apresentada, percebeu-se que as participantes recebiam aquela informação e se remetiam a sua história de vida e, a partir dessa reformulação, elas verbalizavam que era possível colocar em prática a solução encontrada em conjunto.

4.3.2 O grupo GITCI como instrumento mediador da aprendizagem

Essa subcategoria é originada das URs: “Estar junto”, “Ouvir as pessoas”, “Estar em rede”, “Sentir a mesma dor”, “Estar em contato”, “Mesma língua/linguagem”, “Em rede”, “Não ser criticada”. Expressa a importância do grupo no processo ensino-aprendizagem.

O trabalho em grupo respeita e valoriza as experiências e o saber do outro, além de estimular a reflexão, aproximar as pessoas, desenvolver a autonomia, produtividade e cooperação, aprendizado coletivo e conhecimento.

Para tanto, o grupo formado seguiu alguns pressupostos da Terapia Comunitária Integrativa. A literatura tem demonstrado que esse tipo de grupo tem apresentado resultados significativos porque acolhe, escuta e cuida dos sujeitos e, desse modo, possibilita direcionar melhor as demandas. Esse tipo de abordagem foi incluído como um dos dispositivos para a consolidação do Sistema Único de Saúde do Brasil, tornando-se um espaço de reflexão e de troca de experiências e saberes, renovando a dinâmica interna de cada indivíduo (JATAI; SILVA, 2012; SOUZA et al., 2011).

Nesse sentido, as pessoas mostram-se mais interessadas em participar, compartilhar as histórias de vida, possibilitando a solidariedade com o outro e a identificação de problemas comuns, conforme mostram os depoimentos abaixo:

Porque todo mundo fala a mesma linguagem, então aqui ninguém critica ninguém [...] Então quando falo da minha dor, não há crítica, porque a gente sente igual, não há dor na mesma intensidade, mas é parecido, então não vou ser criticada pelas dores e aquela pessoa também não vai ser. E a gente vai compreender um ao outro, como se eu estivesse conectada, em rede. (E2)

Entrar em contato com pessoas que têm a mesma coisa que eu faz muita diferença, saber que eu não sou a única, que eu não vou ser criticada pelas dores que eu estou sentindo, de entender que a dor restringe, que não estou fazendo corpo mole, qualquer coisa desse tipo. (E3)

Estar junto com outras pessoas me auxiliou bastante, me deu muita luz e aqui eu encontrei pessoas onde falamos e sentimos as mesmas coisas. (E4)

Estar com pessoas com o mesmo problema que eu, me ajuda muito, [...] porque a gente toca em assuntos bem parecidos, só que cada um com sua dor [...] Porque a gente vai conhecer o problema do outro e com a decisão do outro vai também estar se ajudando e trazendo uma ajuda para outras do grupo. Ainda que o problema não seja o mesmo, mas a solução para o outro pode me ajudar a tomar as minhas decisões também. (E6)

Acrescentou assim, por exemplo, eu, às vezes, eu quero fazer algumas coisas que eu já fazia tempos atrás, e eu lembro do que algumas pessoas falaram no grupo, e vejo que aquilo dá para esperar, contornar ou então posso fazer aquilo mais tarde. Eu fico lembrando e guardando tudo o que foi falado durante o grupo. (E9)

Os depoimentos podem ser entendidos como apoio social entre as integrantes do grupo participante (GP). Estarem juntas, vivenciando as mesmas situações que a síndrome desencadeia, favoreceu conhecer a dor do outro, ajudou a entender e aprender a lidar com determinadas situações parecidas. Além disso, favoreceu uma identidade ao grupo, laços de solidariedade e troca de experiência.

As pessoas sentiram-se bem e com vontade de estar reunidas com pessoas que passam pelos mesmos problemas e dificuldades no cotidiano. Ao compartilhar, elas refletem as estratégias de enfrentamento de conflito propiciadas pelo exercício de escuta do outro.

Relembrando os encontros, durante os momentos de experiência compartilhada, houve intensa participação de todos, cada qual ouvindo e se identificando com os problemas e situações já vivenciadas e, assim, por meio do diálogo e da reflexão, buscavam o autoconhecimento e alternativas de enfrentamento das barreiras para a realização das práticas de autocuidado.

Pode-se afirmar que os seres humanos são gregários e essencialmente sociais; a interação com outras pessoas vão moldando e formando suas opiniões e comportamentos.

Essa experiência demonstrou que o apoio do grupo foi fundamental, pois conseguiram vencer suas inquietações, passaram a se articular melhor e, por conseguinte, expressar as suas ideias e atitudes e, além disso, venceram o desafio para propor soluções em conjunto, demonstrando maior disponibilidade e capacidade de aprender. Isso criava um ambiente em que se levava em consideração o sentimento envolvido e as participantes ficavam mais à vontade para falar.

Para Jatai e Silva (2012, p. 662),

A TCI é caracterizada como um espaço de promoção de encontros, interpessoais e intercomunitários, onde se procura partilhar experiências de vida e sabedoria de forma horizontal e circular, objetivando a valorização das histórias de vida dos participantes, a restauração da autoestima e da confiança em si, a ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de resolução a partir das competências locais. Tem como base de sustentação o estímulo para construção de vínculos solidários e a promoção da vida. É uma prática de efeito terapêutico, destinada à prevenção na área da saúde e ao atendimento de grupos heterogêneos através do contato face-a-face, promovendo a construção de vínculos solidários por meio de uma rede de apoio social, onde a comunidade busca resolver os problemas de forma coletiva.

Em consonância à assertiva dos referidos autores, o grupo formado propôs-se a formar redes solidárias de fortalecimento da autoestima de pessoas, famílias e comunidades, que propiciam as mudanças. Nos depoimentos relatados anteriormente, constata-se a colaboração como uma forma de apoio grupal que essa terapia vem permitindo experimentar na vida de seus participantes. A escuta das falas de cada pessoa, faz com que todos se tornem corresponsáveis pela superação dos desafios do dia a dia, despertando a solidariedade e a busca por solução dos problemas enfrentados.

Ao escutar sobre as vivências dos integrantes, o comportamento delas é influenciado pelo que escutam e se identificam. Percebe-se que o estar nesse grupo influenciou de forma positiva a mudança de comportamentos que antes trazia prejuízos à saúde e que, agora, com a mudança, as participantes se veem através das falas das outras mais saudáveis.

Percebe-se que estar junto com o outro – e principalmente ouvir o outro sobre a sua doença, ou seu problema ou atitude – aparece em diversos relatos. Essas ações demonstram o sucesso da técnica de grupo, pois, ao escutar do outro o mesmo problema, a experiência vivida, o participante reflete sobre o que ele ouve e sobre suas próprias ações, construindo um novo conceito para ele.

Afonso (2006), Costa (2014) e Souza et al. (2011) afirmam que os pressupostos educacionais de Paulo Freire, que valorizam o diálogo e consideram a educação como uma ação transformadora, são eficazes na condução do trabalho em grupo. No grupo, foi possível aprender e ensinar por meio da troca de experiências, proporcionar uma reflexão da realidade

por meio do convívio com os semelhantes e, nesse ambiente, crer que a mudança desejada pode acontecer, já que as pessoas tendem a ressignificar suas vivências, reconhecendo a si mesmas nos outros.

O grupo, além de ser um bom instrumento para fazer atividades de promoção à saúde, torna-se um espaço importante de compartilhamento de vivências e desabafo. As participantes sentem a necessidade de falar e expor seus problemas e situações conflituosas ruins, ou seja, a atenção e a compreensão que elas não encontram em seus lares. Elas expõem mais suas inquietações com os profissionais que estão dispostos a ajudá-las do que com seus familiares (MATTOS; LUZ, 2012).

Propõe-se, com a prática da TCI nos serviços de saúde, viabilizar espaço para a fala e a construção das redes solidárias, podendo, assim, enxergar no indivíduo o sofrimento que, até então, estava embutido, oculto, de forma a identificá-lo. Seu desenvolvimento permite que se formem redes sociais imprescindíveis para o enfrentamento dos problemas sociais que afetam diretamente a saúde (SOUZA et al., 2011).

Através da rede social, é possível promover o suporte necessário para capacitar pessoas a viverem independentemente, principalmente nas doenças crônicas. Essa possibilidade pode constituir uma alternativa efetiva para reduzir o número e os custos decorrentes de constantes internações e/ou necessidades de intervenções em consequência de complicações. As redes potencializam os processos participativos e geram a possibilidade de vínculos capazes de apoiar as pessoas no enfrentamento de problemas (CUNHA et al., 2006; MENDES, 2011).

Percebe-se que a troca de experiências entre as participantes, durante os encontros, proporciona uma melhor apreensão das mudanças que precisam ser colocadas em prática, ou seja, ao ouvir o outro, ela se sente mais sensibilizada e com um empenho maior de mudar os seus comportamentos para uma melhor qualidade de vida.

Além do conhecimento adquirido, surgiu a preocupação de criar um ambiente para que as participantes se sentissem seguras para se expressar, e à vontade ao fazê-lo.

A gente fica com vontade de falar e de falar, perguntar e perguntar e o tempo acaba. [...] No grupo, com certeza, eu tive o espaço pra falar e coloquei muita coisa da minha vida, fiz muitas revelações, ainda não ditas em público e aprendi muita coisa sobre tudo. (E1)

Gostei muito do grupo, eu não senti falta de nada [...] eu achei assim, muito completo. A questão de ter várias pessoas com diferentes olhares, interdisciplinar, foi muito bom. (E3)

Eu tive espaço para falar e estar com pessoas com o mesmo problema que eu, isso me ajuda muito. Todos os assuntos me interessaram, tudo foi muito bem elaborado, discutido. (E6)

Eu gostei muito do grupo. Eu estou satisfeita [...]. Estar junto com as meninas, o grupo em si ajuda muito, os temas discutidos, as conversas que temos ajuda bastante. Eu tive total liberdade para falar, para expressar. (E10)

Tivemos espaço para nos expressar, contar, falar até demais, só não falou quem não quis. Os assuntos abordados foram bons, relevantes, tudo estava dentro da medida, tudo muito bem pensado, eu acho. (E11)

Os relatos acima evidenciam que as participantes se sentiram acolhidas e à vontade para se expressarem, todas relatam que tiveram espaço para se comunicarem, trocaram experiências e liberdade de expressão.

Percebe-se que o ambiente foi propício para a troca de experiências, conhecimento entre o grupo. Houve uma preocupação com a manutenção de um ambiente agradável e seguro para os encontros. Em vários encontros, o tempo de discussão foi estendido para uma maior compreensão do assunto, pois se percebeu que o tempo programado não seria o suficiente para esgotar o assunto proposto. Dentre esses assuntos, estavam: depressão, sexualidade, autoestima, autoimagem/autopercepção.

É preciso garantir que o grupo seja um lugar seguro para se discutir os temas e manifestar opiniões e ideias sem que haja julgamentos, críticas, discriminação e desrespeito (BRASIL, 2011).

A organização dos encontros possibilita integração e discussões, favorecendo a criação de redes de cuidado para além do grupo. Isso gera sujeitos ativos e espaço no qual as pessoas possam superar suas dificuldades e obter maior autonomia e, também, estreitar a relação entre a equipe multiprofissional e o participante, fortalecendo a aliança terapêutica (BRASIL, 2013).

No início dos encontros, nas primeiras reuniões, percebia-se um distanciamento entre as participantes, não havia conversa antes das discussões e elas sentavam-se distantes umas das outras. O mesmo ocorria durante os exercícios físicos, em que cada uma fazia sua atividade longe das outras. Conforme foram acontecendo as reuniões do grupo e as discussões, houve a identificação dos assuntos comuns e a amizade foi crescendo entre elas.

Nas últimas reuniões, via-se, no que tange o relacionamento e a convivência, que o cenário era bem diferente do que foi descrito anteriormente. Nas reuniões, as mais tímidas eram estimuladas a falar pelas próprias integrantes, além de haver uma rede de cuidado, em que cada uma estimulava a outra a participar das atividades. Um dos meios usados era um grupo de mensagens via celular, pelo qual as participantes se incentivavam mutuamente.

Quando acontecia a ausência de uma integrante, as demais participantes, por meio desse grupo de mensagens, enviavam apoio e solidariedades à ausente.

Vários estudos afirmam que o uso de grupos que visam auxiliar no manejo de uma situação de doença que interfere no autocuidado e no cotidiano das pessoas são mais eficazes que o acompanhamento individual sem o suporte de grupos de apoio social. Ou seja, o indivíduo que se conecta a grupos de apoio social consegue a sua recuperação da saúde/controle da doença em menos tempo, a incidência de complicações pela doença crônica é menor do que em indivíduos que não fazem parte de alguma rede de apoio (ANDERSON et al., 2009; CASTILLO et al., 2010; HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010; TADDEO et al., 2012).

O uso do grupo pode auxiliar o cuidado, contribuindo para o aumento da autonomia, auxílio no enfrentamento e na resolução de problemas. Essa rede de relações propicia os vínculos interpessoais para a recuperação da saúde, permitindo aos profissionais de saúde usar a troca de experiências para incentivar a adoção de comportamentos saudáveis e incentivo ao empoderamento.

4.4 Categoria 2: O empoderamento dos participantes por meio do grupo interdisciplinar de terapia comunitária integrativa

Existem diversas definições sobre o empoderamento aceitas na literatura, porém, a que mais se aproximou com a temática abordada, foi a definição proposta pela OMS (1998). Nela, o empoderamento é visto como um processo no qual os participantes adquirem maior controle sobre as suas decisões e ações que afetam a sua saúde. Afirma, também, que o empoderamento pode ser um processo social, cultural, psicológico e político em que os participantes são capazes de expressar suas necessidades e suas preocupações, traçando e cumprindo as estratégias para a resolução de um determinado problema.

Esta categoria, portanto, procura analisar o empoderamento das participantes após o GITCI. Nesse sentido, aborda os principais benefícios e as contribuições que as participantes perceberam e vivenciaram ao longo do processo de educação em saúde por meio do GITCI. Essa categoria emerge de 209 URs identificadas por meio das entrevistas com as participantes e se subdivide em duas subcategorias denominadas: O empoderamento no cuidado em saúde e Mudanças nas relações familiares.

4.4.1 O empoderamento no cuidado em saúde

Essa subcategoria expressa os principais benefícios individuais que as participantes vivenciaram após as reuniões do grupo de TCI e os exercícios físicos e advém das URs: Olhar para mim, Autoestima, Estou cuidando mais de mim, Eu melhorei, A dor diminuiu, Estou tentando mudar, Exercício físico, Sentir-se bem.

Além das atividades educativas no grupo, as participantes realizam atividades envolvendo exercícios físicos, que são importantes para o tratamento da fibromialgia, pois é evidente o alívio das dores e a diminuição da ansiedade. Além disso, proporciona distração, diversão, alegria, melhora no condicionamento físico e prevenção de outras doenças crônicas de saúde. Os relatos evidenciam os benefícios encontrados pelas participantes.

Eu ainda preciso mudar muita coisa, mas eu estou tentando controlar isso [...] é uma coisa que eu comecei aqui com vocês, mas que eu vou ter que levar para toda a vida agora. (E1)

Eu tive um pouco mais de consciência, das coisas que eu fazia para ficar melhor e também das muitas coisas que eu fazia que piorava. Eu estou respeitando mais meu corpo, principalmente no excesso, porque, às vezes, a gente quer fazer tudo de uma vez só. [...]. Tenho percebido como o cuidado comigo mesma me faz bem e diminui a dor. (E3)

As atividades me ajudaram a melhorar bastante, me ensinou a me controlar. (E4)

Minha autoestima melhorou, estou sentindo mais prazer em acordar de madrugada e vir, e estou vindo satisfeita. (E7)

Eu moro numa rua de subida e eu subia aquilo duas a três vezes no dia, aquilo tudo, podia estar cansada, agora não, quando eu estou cansada eu falo assim “não, eu vou descansar meu corpo e amanhã eu resolvo isso”, tomo um banho, passo creme nos pés e deito e durmo [...] tenho que cuidar de mim, amar o meu corpo. (E9)

Me sinto mais animada né, [...] fazer as atividades que eu me sinto bem, né. Quando eu saio, eu sinto aquela sensação de bem-estar. (E10)

Pelos relatos, percebe-se o empenho para o cuidado com a sua saúde, através da mudança de comportamentos relacionados à alimentação e ações que ativam a dor e as que não ativam, o cuidado em relação à autoestima, a qual, muitas vezes, na fibromialgia, está comprometida.

Esse empenho para o cuidado também foi percebido durante os encontros. Muitas participantes perderam peso, o que era necessário para melhorar a sua qualidade de vida. Após os encontros sobre o autocuidado e autoimagem/autoestima, percebeu-se que as

participantes estavam fazendo o uso de maquiagem, principalmente o batom, item esse que foi identificado pelo grupo como um símbolo de autoestima. Várias participantes vinham contar como tinham aplicado em casa, no decorrer da semana anterior, as sugestões levantadas durante as discussões.

A fibromialgia provoca um impacto negativo e significativo no nível de vida dos pacientes devido às modificações decorrentes nos padrões interpessoais, profissionais, familiares e sociais. Esse impacto correlaciona-se fortemente com a intensidade da dor, com a fadiga originada e com o decréscimo da capacidade funcional (PROVENZA et al., 2005). Frequentemente, é associada à fadiga generalizada, distúrbios do sono, rigidez matinal, dispneia, ansiedade e alterações de humor, que podem evoluir para um quadro de depressão (SANTOS et al., 2006).

A ansiedade e a baixa autoestima, juntamente com a falta de autocuidado, eram frequentes entre as participantes do estudo, fato percebido pelas verbalizações durante os encontros. No fim da terapia, percebe-se uma melhora do quadro e do cuidado consigo mesma, o que foi demonstrado através dos relatos e do comportamento observado durante as reuniões.

O empoderamento, como já apresentado anteriormente, pode apresentar diferentes níveis: psicológico, organizacional e comunitário. O psicológico refere-se à capacidade de tomada de decisão e compreensão dos fatores que interfere nesse processo, bem como o controle sobre a vida pessoal. O organizacional tem a ver com a liderança compartilhada, oportunidades para desenvolver habilidades e influência efetiva da comunidade. Já o comunitário envolve indivíduos agindo coletivamente para conquistar maior influência e controle sobre os determinantes da saúde e da qualidade de vida em sua comunidade (COSTA, 2014).

A experiência do empoderamento psíquico ocorre quando a pessoa vivencia seu poder em situações de carência. Através dessa vivência, ela reconhece não apenas recursos e possibilidades pessoais ou coletivas, mas também sua capacidade em sair de uma posição de impotência e resignação, convertendo esse conhecimento em ação. Além de fortalecer suas competências, a pessoa desenvolve novas habilidades para enfrentar, em seu cotidiano, incertezas, adversidades e situações de risco (KLEBA; WENDAUSEN, 2009).

Além do efeito na autoestima, percebe-se outros ganhos na saúde e na qualidade de vida das participantes:

Esse período do grupo me ajudou muito, as dores diminuíram muito, até diminui a quantidade de remédio na minha última consulta com o médico, as dores diminuíram bastante a ponto de não precisar mais de tanto remédio. (E1)

Quero dizer aqui que eu aguento, caminho, faço essa caminhada aqui e eu estou me sentindo super bem. Eu melhorei também meu comportamento, já não fico tão estressada mais. Eu acho que eu estou mudando, e percebo em mim. (E2)

Eu não tinha nenhuma atividade física, nada mesmo. Hoje eu faço questão de vir e eu gosto de fazer exercício. [...] eu amo as discussões em grupo, gosto de tudo, mas eu foco no exercício, é ali que me solto. (E5)

De início, se eu tivesse que fazer cinco coisas no dia, eu queria fazer aquelas cinco coisas tudo no mesmo dia, agora não, se der para fazer uma no dia eu faço e as outras quatro ficam para o outro dia. E eu vou fazendo lentamente e sempre que eu vou fazer alguma coisa eu lembro que alguém falou isso e isso no grupo e faço ou não. Porque a gente também tem que se ajudar.

Eu estou me sentindo bem melhor, bem mais calma. Porque quando eu não conseguia resolver aquilo tudo eu ficava estressada com todo mundo [...]. Eu realmente não tenho tanta dor mais, estou mais animada para fazer as coisas. Estou levando assim: se dá para fazer naquele dia eu faço, se os braços começam a doer eu paro logo e deixo para fazer amanhã [...]. Parei porque daqui para frente eu quero melhorar muito mais. (E9)

Hoje eu tenho a famosa compaixão por mim, perdi um pinguinho de peso, melhorei a minha alimentação, diminui a comilança, tirei aquelas coisas erradas que eu comia, a nutrição me deu uma dieta boa. Eu acho que estou melhorando comigo, estou me olhando melhor no espelho, estou me vendo diferente. Eu acho! (E11)

De acordo com os relatos, a mudança na qualidade de vida e no comportamento das participantes é bem satisfatória. Percebe-se o ganho de saúde e de autoestima que elas tiveram com o grupo e, principalmente, com a mudança de comportamento e o empenho para adaptar-se a uma nova rotina.

Observa-se, ainda, a mudança durante os encontros e as aulas de exercício físico. No início do grupo, era preciso que as moderadoras incentivassem a participação durante a educação em saúde; ao contrário, nas últimas reuniões, era preciso controlar as falas para que estas não ultrapassem o horário determinado para o término durante os encontros.

Durante os exercícios físicos, nas últimas reuniões, observava-se um empenho maior para a realização das atividades propostas, as participantes conseguiam realizar uma caminhada mais intensa e de maior duração do que no começo, os alongamentos no início precisavam do auxílio de um instrumento, como um banco, para serem feitos, no decorrer dos encontros esse instrumento foi sendo deixado de lado por algumas participantes.

O empoderamento está presente nos depoimentos, nos quais se percebe o poder garantido às participantes para realizarem as mudanças necessárias para uma melhor qualidade de vida e autocuidado eficiente. As mudanças de comportamento mais relatadas pelas participantes durante as entrevistas e notadas pela pesquisadora no término do grupo

foram: o cuidado em relação à saúde, como a mudança da alimentação, adoção de hábitos de práticas de vidas saudáveis, autocuidado; relatos de mudança de comportamento frente a situações estressantes; e problemas e a tomada de decisões para a saúde.

A capacidade de superar as adversidades permite aos indivíduos construir um rol de conhecimentos e suscitar suas habilidades e recursos. Essa capacidade lhes confere o poder de decidir sobre o que é melhor para a sua vida. Uma pessoa empoderada é um indivíduo com conhecimento e capacidade suficientes para realizar ações que resultem em um aprimoramento da sua saúde (SOARES, 2008).

Essas mudanças são resultado do empoderamento e da capacitação para a saúde das participantes, ou seja, a educação em saúde que foi planejada e aplicada teve o foco no estímulo ao empoderamento das participantes. Nessas práticas que foram realizadas, as participantes foram sempre vistas como responsáveis pelas escolhas feitas e não como um espectador das decisões.

Segundo Rocha (2012, p. 90),

A TCI, ao estimular o empoderamento e a competência pessoal dos participantes na luta pela própria conscientização e responsabilização mútua, torna os sujeitos ativos não apenas do processo saúde-doença, mas de um contexto social como um todo. Dessa forma, ela deve ser valorizada e divulgada por pessoas comprometidas com o estado de saúde dos indivíduos.

A abordagem do empoderamento vai ao encontro das necessidades dos participantes com doença crônica, pois a maior parte dos cuidados é, na realidade, constituída de autocuidado, exigindo-lhes mudanças de comportamento para que alcancem os níveis desejados de saúde (FUNNELL; ANDERSON, 2004).

Para colocar em prática a abordagem do empoderamento existem dois requisitos fundamentais. O primeiro é criar um ambiente onde o grupo se sinta seguro e aceito, o que pode ser alcançado pela relação entre profissionais e participantes. O segundo requisito é oferecer a eles os conhecimentos e as habilidades de que precisam para se tornarem os tomadores de decisão em seu próprio cuidado (ANDERSON et al., 2009; FUNNELL; ANDERSON, 2004).

Durante os encontros do grupo interdisciplinar de terapia comunitária integrativa, foi proposto às participantes que as moderadoras/profissionais de saúde seriam apenas colaboradoras durante aquele período e caberia às participantes selecionar as mudanças de comportamento que tornariam realidade, ou seja, empoderar-se-iam para a busca da própria saúde, o que é corroborado pelas suas falas. Para tanto, o empoderamento exige dos

profissionais de saúde e dos participantes um novo papel, sendo o do profissional o de colaborador e o dos participantes aqueles que tomam as decisões (DAVIES, 2010).

Foi possível perceber que a educação em grupo adotada vai ao encontro da abordagem do empoderamento, uma vez que promoveu o diálogo entre os semelhantes e permitiu a problematização do cotidiano em busca da superação das barreiras para o cuidado com a própria saúde.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2010), a enfermagem contribui para este processo de empoderamento, tendo por base o seu percurso de formação especializada, no qual adquiriu competências que lhe permitem participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e empoderamento das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania.

Ao comparar os comportamentos que as participantes tinham antes do grupo e o que elas possuem agora, pode-se perceber a mudança para o bem em sua vida, mas é preciso que se tenha em mente o comportamento anterior que trazia malefícios para a adoção das novas atitudes. O sucesso para a mudança do comportamento ocorre quando o indivíduo identifica o problema e planeja estratégias para a sua mudança de comportamento e as põem em prática, melhorando, assim, a sua saúde. O empoderamento, portanto, está diretamente relacionado a auxiliar as participantes no controle sobre a sua vida, com o objetivo de promover a saúde, evitando possíveis agravos.

A TCI vem funcionando como base para o desenvolvimento de redes solidárias, reforço da identidade e diversidade cultural das comunidades, uma vez que trabalha perdas, crises e valoriza as competências do indivíduo e da família. Tem na dialogicidade a essência da educação como prática da liberdade e considera que a superação passa pela vivência da emoção e identificação com o sentimento, dando possibilidade de ressignificação, objetivando assegurar o aprofundamento de questões relativas ao Eu (FERREIRA FILHA et al., 2009).

Foi possível perceber que o grupo é compreendido como um espaço de partilha das vivências e, assim, permite o alívio do sofrimento, a valorização pessoal e o fortalecimento dos vínculos, concorrendo para o surgimento da resiliência. Além disso, revela-se o empoderamento por meio da capacidade do participante de gerenciar a sua vida.

A abordagem do empoderamento encaixa-se com a necessidade dos participantes com FM, pois a melhora dos sintomas advém não só do uso da medicação, mas, principalmente, da

mudança de comportamento para o autocuidado, que inclui o exercício físico, controle das situações chamadas de gatilho, diminuição do estresse, da ansiedade.

4.4.2 Mudanças no relacionamento familiar

Essa subcategoria expressa as mudanças no relacionamento familiar que as participantes tiveram após as reuniões do GITCI. Essa categoria advém das quatro URs a seguir: Esposo; Família; Relacionamento em casa melhorou; Relacionamento em casa não melhorou.

As participantes queixavam-se de seus familiares no sentido do pouco entendimento em relação à dor e à depressão, isso porque, na visão delas, os familiares prejulgavam os sinais e sintomas da síndrome sem conhecer o que, de fato, representava as consequências dessa enfermidade. Essa perspectiva pode ser observada nos depoimentos a seguir:

Meu marido não tem noção do que eu passo. Eu digo para ele que estou com uma dor aqui no meu pé, ele me diz que está com dor em todas as partes do corpo, não tem, assim, aquela preocupação, porque ele também está doente. (E5)

Com os meus filhos não teve mudança, e o problema é que ficam dependendo de mim. (E7)

Meu relacionamento e o convívio dentro de casa melhoraram bastante. Eu refleti, [...] Eu estou sendo afetada, mas eles estão também, então eu tenho que procurar fazer para ele o que também seria bom pra mim, entendeu?! (E8)

Percebe-se, nesses depoimentos, que o familiar, sem entender o que está acontecendo com a pessoa, nem sempre pode ajudá-lo, ou nem sempre está disposto a se envolver com os agravos decorrentes da FM, muito menos apoiar o familiar fragilizado.

A família das pessoas com FM é sobrecarregada pela dificuldade que os acometidos pela fibromialgia têm de realizarem até as mais simples tarefas em casa, o que, para essas pessoas, é mais um motivo de se sentirem desanimados, derrotados, conforme a experiência relatada por Tawadros et al. (2013).

Uma doença crônica, como a fibromialgia, muda vários aspectos da vida pessoal e familiar da pessoa por ela acometida. A família tem papel fundamental na mudança, pois, ao mostrar capacidade de adaptação e mudança, a pessoa terá mais possibilidades de se adaptar e aprender a conviver com a síndrome (SILVA, 2005).

A falta de apoio familiar também é uma barreira, pois os familiares, muitas vezes, não aceitam as mudanças que precisam ser feitas, os novos comportamentos adotados acabam gerando conflitos e, para solucioná-los, o participante acaba deixando de fazer o que é necessário para a sua saúde, para evitar conflitos. O participante, frequentemente, volta aos hábitos antigos quando não existe o apoio familiar (COSTA, 2014).

Diante dessas dificuldades e desafios, o apoio do grupo foi fundamental, pois, no momento em que emergiam estas discussões, os participantes compartilhavam suas próprias experiências, que eram convergentes, na busca de alternativas para a superação das barreiras identificadas. E, por meio desse diálogo, foi criado um ambiente no qual os sentimentos eram considerados e os participantes sentiam-se mais à vontade para expressá-los.

A fibromialgia exige da família um período de ajustamento prolongado e caso a família e o indivíduo não estejam preparados para estas mudanças, o tratamento pode ficar comprometido ou pode aumentar o conflito familiar (ROLLAND, 1995).

Por outro lado, evidenciou-se, nos depoimentos a seguir, que estas empoderadas também apresentaram melhora no relacionamento com os filhos e marido.

Eu moro só com o meu marido. Minha filha é separada, mas mora na casa dela, e o relacionamento com eles melhorou sim. Antes, quando alguém vinha me falar de problema, eu ficava por conta, bravíssima e ainda era mandona, aí de quem não fizesse as coisas na hora que eu mandava, eu pedia pra eles fazerem e se eles não fizessem direito eu brigava. Um exemplo, eu pedia para pendurar a roupa e fulano pendurava errado e eu arrumava mesmo cheia de dor, não aguentava ver as coisas penduradas erradas, agora do jeito que eles penduram fica, não me estresso mais, a roupa vai secar do mesmo jeito. [...] Agora não, se eles me ajudam, eles fazem do jeito deles, não implico mais e a convivência ficou melhor. (E9)

O meu relacionamento em casa com marido e filho melhorou bastante, porque eu estou menos estressada [...] Procuro compreender também o lado deles, porque quando você fica muito em casa, muito nervosa, aquela coisa, às vezes você descarrega em cima da família. E eles também têm os problemas deles. Agora eu estou menos ansiosa, mais compreensiva, uma troca. Eles estão sentindo que eu estou mais calma, mais tranquila, e a convivência está mais tranquila. (E10)

Meu relacionamento em casa melhorou, porque eu entendo que eles não têm culpa e não sabem o que eu estou sentindo. Eu que tenho que saber meus limites, tenho que me valorizar e dizer não quando eu não puder fazer. Até então eu fazia tudo o que eu achava que tinha que fazer. Agora não, não vai dar, não posso fazer, não vou aguentar. Outro dia meu filho queria que eu ficasse com a filha dele, [...] falei que não dava, que naquele dia eu não podia, consegui falar não. Eles me olharam meio assim, mas depois entenderam. (E11)

Nesses depoimentos, percebem-se mudanças no relacionamento familiar, na organização das tarefas cotidianas, na superação da autoestima, na valorização pessoal e da

conquista pela percepção dos limites impostos pela enfermidade, pelo fato de passarem a entender das conjunturas que levam às desordens e distúrbios de comportamento.

A partir do momento que as pessoas entendem a importância desse saber, do lidar com as situações da enfermidade, do que elas aprenderam, passam a tomar decisões para a sua vida e para a melhora do seu quadro de saúde, decidindo o que é melhor e o que não é para ela naquele determinado momento.

A ansiedade e a depressão são comorbidades frequentemente associadas à fibromialgia. A presença de sintomas ansiosos representa uma severidade da doença, pois esses sintomas estão relacionados com o aumento da intensidade da dor (SANTOS et al., 2012). Pelos relatos, percebe-se que a ansiedade e o estresse das participantes foram reduzidos e isto melhora muito a convivência com os familiares, que passam a entender melhor o participante.

Sabe-se que a fibromialgia traz consigo mudanças e adaptações constantes, que são necessárias para o bem-estar indivíduo com FM, e é essencial que os conflitos sejam trabalhados de modo a proporcionar ao paciente um crescimento e uma melhor qualidade de vida. E a boa convivência com a família é primordial para o auxílio e incentivo ao indivíduo na adoção de hábitos saudáveis.

Durante o período de acompanhamento das reuniões do grupo, percebeu-se que a maioria das participantes possuía uma postura rígida frente às situações do dia a dia, de não aceitar a ajuda que alguns familiares ofereciam, ou se eles ajudassem só poderia ser da maneira que as participantes determinavam. Algumas não se abriam para a família em relação aos seus sentimentos e mágoas. Esse comportamento acarreta dificuldades no relacionamento familiar e pode gerar situações estressantes e gatilhos para a dor.

Essa dificuldade de relacionamento familiar foi muito discutida durante os encontros, pois a família é importante no estímulo ao cuidado, no acompanhamento, no apoio que é necessário para a adesão ao tratamento de uma enfermidade crônica.

A família é capaz de garantir um suporte ao familiar com FM na recuperação da sua saúde. Sabendo dessa importância, foi organizado um evento para que as participantes trouxessem os familiares para conhecer sobre a patologia que as aflige e sobre os cuidados necessários durante essa nova fase da vida. O encontro foi planejado para que participantes e familiares juntos discutissem sobre a FM e as mudanças que vieram junto com ela.

Pelos relatos apresentados, entende-se que o relacionamento familiar teve seus ganhos quando as participantes, uma vez empoderadas, foram capazes de expressar seus sentimentos

com os seus familiares, de evitar situações estressantes, por meio do diálogo e do entendimento de que eles também são afetados com as mudanças que a FM acarreta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse em estudar as Doenças Crônicas Não Transmissíveis advém desde o período da graduação e se estendeu no mestrado. Durante a trajetória profissional da autora desta dissertação, houve contato e oportunidade de cuidar de diversos pacientes que tiveram a sua saúde prejudicada devido às DCNTs, sendo parcela relevante desse prejuízo causado pelo fato dessas pessoas não serem capacitadas e empoderadas para realizarem com eficácia o seu autocuidado.

Nesse sentido, ao iniciar o mestrado com esse interesse, a autora aprofundou seus conhecimentos na literatura para buscar estratégias que pudessem atender às pessoas em sofrimento por algum agravo acometido pelas DCNTs.

Conjugando esforços nesse caminhar, a autora foi conhecer o LAFISAEF, por indicação de sua orientadora, a qual já orientava uma aluna de Iniciação Científica neste laboratório. Ao entrar em contato com as participantes do grupo, percebeu, imediatamente, que aquele espaço poderia ser uma alternativa eficiente para a capacitação e o empoderamento daquelas pessoas. A autora deste estudo foi inserida no grupo interdisciplinar como aluna de mestrado, com imenso interesse em acompanhar todo o processo, entendendo as repercussões do grupo interdisciplinar de terapia comunitária integrativa (GITCI) na saúde das pessoas e assim, participou, ativamente, de todas as reuniões de organização, planejamento, elaboração de cronograma e das práticas educativas.

Nesta perspectiva, esta dissertação de mestrado teve como objetivos: descrever o conhecimento das participantes acerca do processo saúde-adoecimento e autocuidado antes do início e após as intervenções do grupo; analisar a repercussão do grupo de terapia integrativa no processo ensino-saúde-adoecimento e autocuidado e discutir o empoderamento dos participantes após o término da prática educativa em saúde desenvolvida no grupo de terapia integrativa. Desse modo, a metodologia escolhida para o alcance dos objetivos foi a qualitativa, com a abordagem participativa.

Assim, foi possível conhecer o perfil socioeconômico e de saúde das participantes do grupo de adaptação do LAFISAEF. Ressalta-se que todas as participantes são do sexo feminino, sendo a faixa etária predominante entre 55 e 66 anos. Em relação à renda financeira, a maioria declarou receber de 2 a 4 salários mínimos, com base no salário mínimo vigente em 2105, no valor de R\$ 788,00. Quanto à ocupação, cinco participantes estão

desempregadas. E quanto às patologias associadas, houve a predominância da depressão, da hipertensão arterial e do Diabetes Mellitus.

Em relação ao Instrumento para avaliação do conhecimento acerca do processo saúde adoecimento e autocuidado para pessoas com fibromialgia, aplicado antes e após a intervenção do GITCI, pode-se dizer que as participantes possuíam déficit de conhecimento sobre as doenças crônicas e seus fatores de risco, o autocuidado e os cuidados necessários para conviver com a fibromialgia, como o tratamento e controle. Observa-se que o mesmo instrumento, aplicado no final da primeira etapa, teve como resultado a elevação do conhecimento das participantes em relação ao processo saúde-adoecimento e autocuidado.

Da primeira categoria, denominada O grupo interdisciplinar de terapia comunitária integrativa como dinamizador para a construção do conhecimento, emergiram duas subcategorias: O processo de ensino-aprendizagem em grupo e O GITCI como instrumento mediador da aprendizagem. Pode-se dizer que todos os encontros geraram momentos de ensinar/cuidar/aprender e promoveram a participação dos sujeitos envolvidos. Estes, identificaram-se com as experiências do outro e, por meio do diálogo, buscaram alternativas de enfrentamento das barreiras e dificuldades encontradas para a realização das práticas de autocuidado.

Com o grupo, as participantes tiveram a oportunidade de se aproximarem de pessoas que possuem a mesma patologia e de estabelecer um vínculo de apoio para o enfrentamento das adversidades que a vida acarreta. Percebe-se que o relacionamento entre elas cresceu a cada encontro do grupo e o apoio exercido a cada integrante que não está motivado no seu tratamento em um determinado momento é muito importante. Através das vivências compartilhadas durante as reuniões, surgiram estratégias para modificar comportamentos e hábitos não saudáveis, bem como o incentivo para o aumento do conhecimento através da construção mútua do saber.

A segunda categoria, intitulada O empoderamento dos participantes por meio do grupo Interdisciplinar de Terapia Comunitária Integrativa, originou duas subcategorias: O empoderamento no cuidado em saúde e Mudanças nas relações familiares. Observa-se, nos relatos, a mudança de comportamento, com adoção de condutas que contribuem para a saúde e o autocuidado. As participantes, uma vez empoderadas, conseguem ter o autocuidado e o controle da sua própria vida, evitando, assim, situações que trazem as crises algícas, diminuindo a ansiedade e a depressão – tão comuns entre os portadores de FM. As participantes foram incentivadas a participar, a se expressarem em relação às suas perspectivas e experiências em um ambiente acolhedor. A abordagem do empoderamento em

grupo inclui a resolução de problemas, a troca de experiência/ vivências e a identificação de apoio pelos participantes.

Esse tipo de grupo, com base na Terapia Comunitária Integrativa, revela-se como uma alternativa de cuidado de promoção à saúde, ao possibilitar um espaço integrador que busca o aumento da autoestima e a descoberta de potenciais para a solução de problemas/conflitos.

É possível afirmar que o Grupo Interdisciplinar de TCI é uma estratégia importante e eficiente para o empoderamento de pessoas com fibromialgia e promove um maior entendimento da patologia, das ações e atitudes que podem beneficiar seu controle, além de evitar o surgimento de comorbidades associadas, sendo capaz de tomar atitudes que beneficiam a sua saúde.

Além dos benefícios associados à melhora da qualidade de vida, pode-se ressaltar que a utilização desse tipo de estratégia apresenta-se como uma opção de custos reduzidos para a saúde pública, uma vez que há baixa necessidade de recursos para a implantação de grupos para a educação em saúde, podendo-se usufruir de espaços já preexistentes para a realização das atividades, bem como a utilização das experiências dos próprios participantes como forma de aprendizagem.

Acredita-se que este estudo poderá colaborar para a implementação de outras intervenções com a abordagem do empoderamento, o que é uma importante contribuição, considerando os benefícios dessa abordagem e escassez de estudos com o tema no contexto da população brasileira.

A Terapia Comunitária Integrativa demonstrou atender aos princípios do SUS, no que diz respeito à construção de redes de apoio social, porque possibilitou mudanças sociais e reconheceu as competências de cada ator social, no sentido de contribuir na superação das dificuldades. Além disso, favoreceu o desenvolvimento da abordagem participativa, pois auxiliou as pessoas do grupo participante a identificarem, por si mesmas, os seus problemas, refletirem sobre as possibilidades de mudança e a encontrarem soluções adequadas.

Além disso, a TCI atende às metas a que se propõe em relação à prática voltada ao caráter terapêutico, cuja ação é transformadora da realidade e que pode ser utilizada nos diversos níveis de atenção à saúde, especialmente na atenção básica.

Essa abordagem pode ser utilizada, na prática, pelos enfermeiros. Porém, para que isto ocorra, é necessário compreender que o cuidado às pessoas em situações crônicas de saúde é complexo. Exige dos profissionais de saúde não somente orientações baseadas em seus próprios conhecimentos, mas também uma imersão no conhecimento e na visão de mundo das pessoas, introduzindo elementos de informação que possam sensibilizar seus modos de

pensar, a partir de seus valores socioculturais. Da mesma maneira, sem compreender como as pessoas vivenciam o processo saúde-adoecimento, sem tentar, ao menos, entender o que pensam, sem compreender suas emoções e seus significados, é impossível ter um diálogo capaz de trazer motivação em melhorias na qualidade de vida do sujeito.

Neste sentido, não somente o enfermeiro, mas demais profissionais da saúde serão capazes de aprender, trocar e transformar conhecimentos, ampliando as relações e contribuindo para as práticas de saúde e de cuidado. É importante motivar essas pessoas e iniciar com elas um processo de reflexão e de repensar os seus diferentes modos de viver, principalmente aquelas que possam parecer contrárias a um viver saudável.

Vivenciar esse modelo de tecnologia de educação em grupo gerou um sentimento de satisfação aos profissionais, mesmo com todo o esforço despendido em relação ao planejamento e encontros para que as ações pudessem ser expressivas e pudessem melhorar a vida das pessoas. Esse sentimento deve-se não só aos resultados tangíveis, mas também à participação em uma intervenção dinâmica, que motivou a todos os envolvidos.

Quanto às limitações do estudo, pode-se dizer do exíguo período do grupo de adaptação, em apenas quatro meses de acompanhamento, e sem tempo para participar das fases subsequentes. Esse foi um fator limitante para a acurácia da evolução da qualidade de vida das integrantes do grupo.

Outra limitação refere-se ao não acompanhamento de outros grupos de pessoas com fibromialgia, o que reduziu o espectro de evoluções passíveis de estudo, limitando o entendimento do quanto as terapias em grupo podem auxiliar pacientes portadores de fibromialgia.

No entanto, pode-se afirmar que as pessoas envolvidas, tanto os participantes do estudo quanto o grupo interdisciplinar, não são mais as mesmas pessoas do início. Os sujeitos participantes adquiriram posturas e atributos compatíveis com o empoderamento, como flexibilidade para rever suas posturas, aceitar mudanças, desenvolvimento do raciocínio reflexivo, senso crítico. Desenvolveram habilidades pessoais, autoconhecimento, ampliaram a visão de mundo e sentiram-se autoconfiantes para retomarem suas vidas. Da mesma forma, sentiram-se colaboradores de seus propósitos, ao invés de meros espectadores; engajaram-se no autocuidado, demonstrando coragem e força para novas mudanças, posicionamento diante de situações da vida cotidiana, autovalorização, tornando-se mais fortes em situações de fragilidade.

Ressalta-se que as pessoas do GP demonstraram melhor nível de empoderamento e, assim, pode-se inferir que estão mais preparadas para enfrentarem as barreiras que as

impediam de praticar o autocuidado e de terem uma atitude mais positiva diante dos desafios, que é conviver com a fibromialgia, e, com isso, melhorarem a sua qualidade de vida. Essas mudanças significativas trazem, também, gratificação à equipe de trabalho.

De igual maneira, os profissionais envolvidos saíram mais fortalecidos para lidar com determinadas situações, evoluindo para novos paradigmas que deverão surgir, oferecendo subsídios para a práxis do cuidado humano em áreas afins.

Este estudo não se esgota com esses resultados apresentados; espera-se que outros sejam realizados a fim de aprofundar o conceito de empoderamento para o fortalecimento do autocuidado em situações crônicas de saúde através das tecnologias educacionais.

Propõe-se que sejam realizados cursos de capacitação – por meio de educação continuada, ou à distância, *online* – para que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, possam conhecer e aplicar cada vez mais essa tecnologia no sentido de incentivar outras pessoas em qualquer região do país, nesse exercício de ação comunitária, de inclusão social, resultando em benefícios para que as pessoas sejam capazes de superar barreiras, lutem pela sua autonomia, tornando-se responsáveis pelo seu autocuidado.

De igual maneira, sugere-se o aumento dos profissionais envolvidos no Grupo de Intervenção de TCI para que possam oferecer subsídios às famílias das pessoas com fibromialgia, ao mesmo tempo em que ocorrem as ações com o grupo participante, para que possam receber informações dessa síndrome e oferecer sustentação para o seu familiar adoecido – e não apenas na última fase de desenvolvimento das atividades, quando se proporciona uma reunião com as famílias.

Atualmente, percebe-se o quanto o enfermeiro, formado no processo crítico-reflexivo, necessita repensar a sua prática, onde quer que ele esteja envolvido, no sentido de se preparar para enfrentar não apenas as mudanças socioeconômicas, políticas e ambientais contemporâneas, como também para enfrentar os desafios decorrentes dessas mudanças, ampliando o seu saber fazer para as novas tecnologias de cuidado e desenvolvendo ações de baixo custo de promoção da saúde e prevenção de todo sofrimento físico, psíquico e emocional que as pessoas possam vir a desenvolver.

REFERÊNCIAS

AFONSO, M. L. (Org.). **Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

AKERMAN, M. et al. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 638-646, out. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n5/13156.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

ANDERSON, R. M. et al. Evaluating the efficacy of an empowerment-based self-management consultant intervention: results of a two-year randomized controlled trial. **Ther. Patient Educ.**, v. 1, n. 1, p. 3-11, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2805858/pdf/nihms129507.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

ANDRADE, E. A. **As tramas do empoderamento: o termo empoderamento em ações de promoção da saúde da gestão pública sob a perspectiva dos sujeitos**. 2015. 229f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-23072015-114955/es.php>>. Acesso em: 31 jan. 2016.

ANGEL, L. R. P. et al. Análise das capacidades físicas de mulheres com fibromialgia segundo o nível de gravidade da enfermidade. **Rev. Bras. Med. Esporte**, São Paulo, v. 18, n. 5, p. 308-312, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922012000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2016.

AQUINO, P. S. et al. Análise do conceito de tecnologia na enfermagem segundo método evolucionário. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 690-696, 2010.

BALDUINO, A. F. A. et al. Análise conceitual de autogestão do indivíduo hipertenso. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 37-44, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000400005>>. Acesso em: 14 set. 2015.

BAQUERO, R. V. A. Empoderamento: instrumento de emancipação social? Uma discussão conceitual. **Revista Debates**, Porto Alegre, v. 6, n.1, p.173-187, jan./abr. 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/debates/article/view/26722/17099>>. Acesso em: 25 jun. 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições, 2009.

BARRETO, A. **Terapia comunitária passo a passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2005.

_____. **Terapia Comunitária passo a passo**. 3.ed. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

BATISTA, S. H. S. A interdisciplinaridade no ensino médico. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 30, n.1, p. 39-46, abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022006000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2016.

BERARDINELLI, L. M. M. et al. Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 603-609, dez. 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a04.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2016.

BERBER, J. S. S. **Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida dos pacientes com fibromialgia**. 2004. 103 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/87626/202401.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

BERTOLIN, D. C. **Estresse, modos de enfrentamento e aceitação da doença de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 participantes de um programa educativo com envolvimento familiar**: ensaio clínico randomizado. 2013. 202f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

BIDONDE, J. et al. Exercise for Adults with Fibromyalgia: An Umbrella Systematic Review with Synthesis of Best Evidence. **Curr. Rheumatol. Rev.**, v. 10, p. 45-79, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25229499>>. Acesso em: 29 jan. 2016

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 2008.

BOSIO, R. S. **Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade**: uma análise da prática de atividades multi e interdisciplinares na visão dos profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde no Município de Petrópolis – RJ. 2009. 105f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2009.

BRANDÃO, C. R.; STECK, D. Pesquisa participante: a partilha do saber. In: BRANDÃO, C. R. (Org.). **Pesquisa participante**: o saber da partilha. São Paulo: Idéias e Letras, 2006. 295 p

BRANDT, R. et al. Perfil de humor de mulheres com fibromialgia. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 3, p. 216-220, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**: saúde mental. Brasília, DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, DF, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 março de 2006. Brasília, DF, 2014b.

_____. **Portaria nº 399/GM**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2014.

_____. **Portaria nº 971**, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. 2006a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html>. Acesso em 05 fev. 2014.

BRAZ, A. S. et al. Uso da terapia não farmacológica, medicina alternativa e complementar na fibromialgia. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 269-282, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v51n3/v51n3a08.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2015.

BRESSAN, L. R. et al. Efeitos do alongamento muscular e condicionamento físico no tratamento fisioterápico de pacientes com fibromialgia. **Rev. Bras. fisioter.**, São Carlos, v. 12, n. 2, p. 88-93, abr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552008000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2016.

BRICENO-LEON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 27-30, mar. 1996.

BRITTO, I. A. G. S.; OLIVEIRA, J. A.; SOUSA, L. F. D. A relação terapêutica evidenciada através do método de observação direta. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 139-149, dez. 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452003000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2016.

BUENO, R. C. et al. Exercício físico e fibromialgia. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 2, p. 279-285, 2012. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/631/386>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

BUSS, P. M. **Promoción de la salud y la salud pública**: una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe. Rio de Janeiro: Abrasco, 2000. apostila/mimeo.

CALVETTI, P.; MULLER, M.; NUNES, M. Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. **Psicol. ciênc. prof.**, Brasília, DF, v. 27, n. 4, p.706-717, 2007. Disponível em: <http://pepsic.homolog.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007001200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 03 ago. 2015.

CAMAROTTI, M. H. et al. **Terapia comunitária**: relato da experiência de implantação em Brasília – Distrito Federal. 2003. Trabalho apresentado no Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária no Brasil, 2003.

CAMPOS, R. M. S. et al. Fibromialgia: nível de atividade física e qualidade do sono. **Motriz: rev. educ. fis. (Online)**, Rio Claro, v. 17, n. 3, p. 468-476, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-65742011000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2016.

CARDOSO, F. S. et al. Avaliação da qualidade de vida, força muscular e capacidade funcional em mulheres com fibromialgia. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 51, n. 4, jul./ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042011000400006>. Acesso em: 23 de out. 2014.

CARÍCIO, M. R. **Terapia comunitária**: um encontro que transforma o jeito de ver e conduzir a vida. 2010. 133f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp133967.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2015.

CARVALHO, G. S. Literácia para a saúde: um contributo para a redução das desigualdades em saúde. In: LEANDRO, M.; ARAÚJO, M.; COSTA, M. (Org.). **Saúde**: as teias da discriminação social. Braga: Universidade do Minho, 2002. p. 119-135.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000400024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2016

CARVALHO, M. A. P. et al. Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 2028-2038, out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jan. 2016.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2029-2040, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v13s2/v13s2a07>>. Acesso em: 03 jul. 2015.

CARVALHO, T. M. Uma abordagem ao conhecimento e a interdisciplinaridade em ciências ambientais. **Rev. Acad., Ciênc. Agrária Ambiental**, Curitiba, v. 7, n. 2, p. 227-235, abr./jun. 2009. Disponível em: <www2.pucpr.br/reol/index.php/academica?dd99=pdf&dd1=3350>. Acesso em: 11 jan. 2016.

CASTILLO, A. et al. Community-based diabetes education for latinos: the diabetes empowerment education program. **Diabetes Educ.**, Chicago, v. 36, n. 4, p. 586-594, jul./ago. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20538970>>. Acesso em: 31 jan. 2016.

CAVALCANTE, A. B. et al. A prevalência da fibromialgia: uma revisão de literatura. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 40-48, jan./fev. 2006.

- CENTRO ESTADUAL DE ESTATÍSTICAS, PESQUISAS E FORMAÇÃO DE SERVIDORES PÚBLICOS DO RIO DE JANEIRO. **Região Metropolitana do Rio de Janeiro - 2014**. Rio de Janeiro: Fundação CEPERJ, 2014. Designação específica. Escala: 1:500000. Disponível em: <http://www.ceperj.rj.gov.br/ceep/info_territorios/RMRJ2013.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.
- CHAVES, A. C. S. **Narrativas de vida de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2: potencialidades para o cuidado de enfermagem**. 2015. 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1995.
- COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Porto: Lidel, 1999.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial [da] União**, n. 12, Seção 1, p. 59, 2013. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2014.
- COSTA, D. V. P. **Empoderamento na educação em grupo de diabetes na Atenção Primária à saúde**. 2014. 107f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.
- COSTA, L. R. **Terapia Comunitária e atenção básica: possibilidades de atenção à saúde mental no município de Pimenta – MG**. 2010. 40f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Pimenta, 2010.
- CUNHA, M. A. et al. Suporte social: Apoio a pessoas com doenças crônicas. In: JORNADA AUGM, 14. 2006, Campinas. **Anais eletrônicos...** Campinas: AUGM, UNICAMP, 2006. Disponível em: <<http://www.cori.unicamp.br/jornadas/completos/UFSC/CA2007%20-%20Mila%20-%20ESAI%20-%202006%202.doc>>. Acesso em: 03 ago. 2015.
- DAVIES, M. Psychological aspects of diabetes management. **Medicine**, Baltimore, v. 38, n. 11, p. 607-609, nov. 2010.
- FERREIRA FILHA, M. O. F. et al. A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. **Rev. Eletrônica Enf.**, Goiânia, v.11, n. 4, p.964-70, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a22.htm>>. Acesso em: 02 set. 2015.
- FERREIRA, G.; MARTINHO, U. G.; TAVARES, M. C. G. C. F. Fibromialgia e atividade física: reflexão a partir de uma revisão bibliográfica. **Salusvita**, Bauru, v. 33, n. 3, p. 433-446, 2014. Disponível em: <http://www.usc.br/biblioteca/salusvita/salusvita_v33_n3_2014_art_10.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2016.
- FLICK, W. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução de Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOTOUKIAN, Z. et al. Barriers to and factors facilitating empowerment in elderly with COPD. **Med. J. Islam. Repub. Iran.**, Tehran, v. 28, p. 155, 2014a. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4322331/>>. Acesso em: 14 set. 2015.

_____. Concept analysis of empowerment in old people with chronic diseases using a hybrid model. **Asian Nurs. Res.**, v. 8, n. 2, p. 118-127, 2014b. Disponível em: <[http://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317\(14\)00021-8/abstract](http://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317(14)00021-8/abstract)>. Acesso em: 14 set. 2015.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire.** 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

_____. **Pedagogia do oprimido.** 56. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

FUNNELL, M. M.; ANDERSON, R. M. Empowerment and self-management of Diabetes. **Clin. Diabet.**, New York, v. 22, n. 3, p. 123-127, 2004. Disponível em: <<http://clinical.diabetesjournals.org/content/22/3/123.full.pdf+html>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

GANDRA, A. **Escolaridade do brasileiro sobe 8 pontos percentuais em 10 anos, mostra pesquisa.** Entrevista concedida a Agência Brasil, Empresa Brasil de Comunicação - EBC, Brasília, DF, 30 abr. 2015. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/educacao/noticia/2015-04/data-popular-escolaridade-do-brasileiro-sobe-8-pontos-percentuais-em-dez>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

GHAZAVI, Z. et al. Effect of family empowerment model on quality of life in children with chronic kidney diseases. **Iran. J. Nurs. Midwifery Res.**, v. 19, n. 4, p. 371-375, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4145491/>>. Acesso em: 14 set. 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf>. Acesso em: 26 maio 2014.

GRITTEM, L.; MEIER, M. J.; ZAGONEL, I. P. S. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 765-770, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072008000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 maio 2015.

GUEDES, N. A. C.; BERARDINELLI, L. M. M. **Análise do déficit de autocuidado em clientes hipertensos hospitalizados: implicações para o cuidado de enfermagem.** 2012. 36f. Monografia (Especialização em Clínica Médica) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

GUERRA, M. T. B. P. F. **Empoderamento da pessoa com diabetes tipo 2.** Projeto de intervenção. 2012. 157f. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem) — Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Beja, Beja, 2012.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; LENARDT, M. H. Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com diabetes mellitus. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000200018>>. Acesso em: 21 ago. 2014.

HASHIMOTO, A. N. **O que é conhecimento?** 2003. Disponível em: <http://www.kmol.online.pt/artigos/200302/has02_1.html>. Acesso em: 11 jan. 2016.

HEIDMANN, I. T. S. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, abr/jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200021>. Acesso em: 06 jan. 2016.

HELFENSTEIN JUNIOR, M.; GOLDENFUM, M. A.; SIENA, C. A. F. Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 58, n. 3, p. 358-365, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000300018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 maio 2015.

HERRIGER, N. **Empowerment in der sozialen arbeit.** Stuttgart: Eine Einfuhrung, 1997.

HEYMANN, R. E. **Dores musculoesqueléticas localizadas e difusas.** São Paulo: Planmark, 2010.

HEYMANN, R. E et al. Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 56-66, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v50n1/v50n1a06>>. Acesso em: 21 maio 2015.

HOEBEL, E. A.; FROST, E. L. **Antropologia cultural e social.** São Paulo: Cultrix, 1995.

HOROCHOVSKI, R. R.; MEIRELLES, G. Problematizando o conceito de empoderamento. In: SEMINÁRIO NACIONAL MOVIMENTOS SOCIAIS, PARTICIPAÇÃO E DEMOCRACIA, II., 2007, Florianópolis. **Anais eletrônicos...** Florianópolis: UFSC, 2007. Disponível em: <http://www.sociologia.ufsc.br/nrms/rodrigo_horochovski_meirelles.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

IBGE. **Pesquisa mensal de emprego.** Out. 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/pme_201511rj_03.shtm>. Acesso em: 12 jan. 2015.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde 2013:** percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. 2014. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

IORIO, C. Algumas considerações sobre estratégias de empoderamento e de direitos. In: ROMANO, J.; ANTUNES, M. **Empoderamento e direitos no combate à pobreza.** Rio de Janeiro: Action Aid Brasil, 2002. p. 21-44.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber.** Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JATAI, J. M.; SILVA, L. M. S. Enfermagem e a implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Estratégia Saúde da Família: relato de experiência. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 65, n.4, p. 691-695, jul./ago. 2012.

KLEBA, M. E.; WENDAUSEN, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.18, n. 4, out./dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000400016>. Acesso em: 10 ago. 2014.

KONRAD, L. M. **Efeito agudo do exercício físico sobre a qualidade de vida de mulheres com síndrome da fibromialgia**. 2005. 129f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

LE BOTERF, G. Pesquisa participante: propostas e reflexões metodológicas. In: BRANDÃO, C. R. (Org.). **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1984. p. 51-81.

LEITE, N. S. L.; CUNHA, S. R.; TAVARES, M. F. L. Empowerment das famílias de crianças dependentes de tecnologia: desafios conceituais e a educação crítico reflexiva Freireana. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 152-156, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/revista/v19n1/v19n1a25.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2014.

LIPHAUS, B. L. et al. Síndrome da fibromialgia em crianças e adolescentes: estudo clínico de 34 casos. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 71-74, mar./abr. 2001.

LUISI, V. V. **Terapia comunitária: bases teóricas e resultados práticos de sua aplicação**. 2006. 231f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3161>. Acesso em: 31 jan. 2016.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 14, n. 34, p.593-605, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2016.

MARTINEZ, J. E. et al. Correlação entre variáveis demográficas e clínicas, e a gravidade da fibromialgia. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 53, n. 6, p. 460-463, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S048250042013000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2016.

MARTINS, M. E.; SIMOES, M. A.; BRITO, I. Investigação-ação participativa em Saúde: Revisão sistemática da literatura em língua portuguesa. In: BRITO, I.; MENDES, F. (Coord.). **PEER IV Escola de Verão em Educação pelos Pares & Investigação Ação Participativa em Saúde**. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA-E) Escola Superior de Enfermagem (ESENfC). 2012. Disponível em: <<http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=100021&code=132641739>>. Acesso em: 31 jan. 2016.

MARTINS, P. C. et al. Democracia e empoderamento no contexto da promoção da saúde: possibilidades e desafios apresentados ao Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300007>. Acesso em: 21 ago. 2014.

MASCARENHAS, N. B.; MELO, C. M. M.; FAGUNDES, N. C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 65, n. 6, p. 999-9. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a16v65n6.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2016.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 338-346, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/18.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2015.

MATTOS, R. S.; LUZ, M. T. Quando a perda de sentidos no mundo do trabalho implica dor e sofrimento: um estudo de caso sobre fibromialgia. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1459-1484, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312012000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jan. 2016.

MEIER, M. J. **Tecnologia em enfermagem**: desenvolvimento de um conceito. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

MENDES, E. V. **As redes de Atenção à Saúde**. 2 ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/pdf/Redes_de_Atencao.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2016.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p.70-77, abr./jun. 1991.

_____. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 28. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

MORIN, E. V. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 8 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

MUDREY, D. **Racionalidades e valores**: um estudo em duas unidades da rede Uni-Yôga. 2006. 139f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Centro de Educação de Biguaçu, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2006. Disponível em: <<http://siaibib01.univali.br/pdf/Daniele%20Mudrey.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2016.

NASCIMENTO, N. M.; PROGIANTI, J. M. **A contribuição das tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem para o empoderamento feminino na gravidez e no parto:** adaptação do modelo de promoção da saúde de Nola Pender. 2011. 93f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

NIETSCHE, E. A. **Tecnologia emancipatória.** Itajaí: UNIJUI, 2000.

NIETSCHE, E. A. et al. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 344-353, maio/jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a09>>. Acesso em: 25 ago. 2014.

_____. Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 1, p. 182-189, jan./abr. 2012. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3591/3144>>. Acesso em: 01 jul. 2013.

NIETSCHE, E. A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H. P. **Tecnologias cuidativo-educacionais:** uma possibilidade para o empoderamento do/a enfermeiro/a?. Porto Alegre: Moriá, 2014.

ONWUEGBUZIE, A. J. et al. Toward more rigor in focus group research: A new framework for collecting and analyzing focus group data. **Int. J. Qual. Met.**, Edmonton, v. 8, n.3, p.1-21. 2009. Disponível em: <<https://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/IJQM/article/view/4554/5593>>. Acesso em: 17 jan. 2016.

ORDEM DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES. **Servir a comunidade e garantir qualidade:** os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica. 2010. (Versão Portuguesa ISBN 978-989-96021-9-9). Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2015.

OREM, D. **Modelo de Orem.** Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas Masson-Salvat, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Division of Health Promotion, Education and Communications** (HPR). Health Promotion Glossary. Geneva, 1998.

_____. **Educational for health:** a manual on health education in primary health care. Geneva, 1990.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas.** Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. maio 2010. Disponível em: <http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250>. Acesso em: 31 jan. 2016.

OTERO, L. M.; ZANETTI, M. L.; TEIXEIRA, C. R. S. Características sociodemográficas e clínicas de portadores de diabetes em um serviço de atenção básica à saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, set./out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_08.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2013.

PADILHA, C. S.; OLIVEIRA, W. F. Terapia comunitária: prática relatada pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina, Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 16, n. 43, p. 1069-1086, dez. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2015.

PAYROVEE, Z. et al. Effect of family empowerment on the quality of life of School-Aged Children with Asthma. **Tanaffos**, Teerã, v. 13, n. 1, p. 35-42, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4153273/>>. Acesso em: 14 set. 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidência para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PROVENZA, J. R. et al. Fibromialgia. **Rev. Assoc. Méd. Rio Gd do Sul**, Porto Alegre, v. 49, n. 3, p. 202-211, 2005.

RAPPAPORT, C. R. Modelo piagetiano. In: RAPPAPORT, C. R.; FIORI, W. R.; DAVIS, C. **Teorias do desenvolvimento: conceitos fundamentais**. São Paulo: EPU, 1981. p. 51-75.

REZENDE, M. C. et al. EpiFibro - um banco de dados nacional sobre a síndrome da fibromialgia: análise inicial de 500 mulheres. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 53, n. 5, p. 382-387, out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042013000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jan. 2016.

ROCHA, I. A. **Desvelando histórias de idosos nas rodas de Terapia Comunitária Integrativa**. 2012. 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

ROLLAND, J. S. Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In: CARTER, B.; McGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 373-392.

SABÓIA, V. M. et al. Ação educativa no grupo de diabéticos em um hospital universitário: um relato de experiência. **Rev. Saúde**. Guarulhos, v. 4, n. 2, p. 37-41, 2010. Disponível em: <<http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/viewFile/503/662>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

SANTOS, A. M. B. et al. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos, v. 10, n. 3, p. 317-324, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v10n3/31951.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2015.

SANTOS, E. B. et al. Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão em fibromiálgicos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 590-596, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2016.

SANTOS, M. R.; MORO, C. M. C.; VOSGERAU, D. S. R. Protocolo para avaliação física em portadores de síndrome de fibromialgia. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 54, n. 2, p. 117-123, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v54n2/0482-5004-rbr-54-02-0117.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2015.

SANTOS, Z. M. S. A.; LIMA, H. P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, jan./mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000100010&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 ago. 2014.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 20, n. 4, dez. 2011. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 jan. 2016.

SÍCOLI, J.; NASCIMENTO, P. R. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 101-122, fev. 2003.

SILVA, F. C. **Fibromialgia e relações familiares aversivas na perspectiva comportamental**. 2005. 52f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Centro Universitário de Brasília, Brasília, DF, 2005. Disponível em: <<http://www.repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2801/2/20124994.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2016.

SILVA, P. S.; FELIPPE, K. C. The interdisciplinary care of the nurse in the multidisprofessional team in health care: systematic review. **Rev. pesquis. cuid. fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 2569-2578, 2011. Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5090787.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2016.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. A tecnologia em saúde: uma perspectiva psicossociológica aplicada ao cuidado de enfermagem. **Esc. Anna Nery. Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 169-173, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a23.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2014.

SOARES, C. S. D. A. **Terapia Comunitária na Estratégia Saúde da Família**: implicações no modo de andar a vida dos usuários. 2008. 103f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. **Fibromialgia**: cartilha para pacientes. Comissão de Dor, Fibromialgia e Outras Síndromes Dolorosas de Partes Moles, 2011. Disponível em: <<http://www.reumatologia.com.br/PDFs/Cartilha%20fibromialgia.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2015.

SOUZA, G. M. L. et al. A contribuição da terapia comunitária no processo saúde-doença. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.16, n. 4, p. 682-688, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/23030/17059>>. Acesso em: 02 dez. 2015.

TADDEO, P. S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100009>. Acesso em: 27 maio 2014.

TAVARES, R. S. **Vivenciando a rede de apoio social de pessoas com Hipertensão arterial**. 2010. 301f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/93565/288026.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 08 ago. 2015.

TAWADROS, A. E. et al. Quality of life in patients with fibromyalgia. **Int. J. Clin. Psychiat. Ment. Health**. v.1, p. 1-17, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12970/2310-8231.2013.01.01.1>>. Acesso em: 08 ago. 2015.

TEZA, P. et al. Geração de ideias: aplicação da técnica World Café. **Int. J. Knowl. Eng. Manag.**, Florianópolis, v. 3, n. 3, p. 1-14, jul./out. 2013. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/IJKEM/article/view/1990>>. Acesso em: 19 jan. 2016.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 1985.

_____. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-238, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a04v16n2.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2014.

VALOURA, K. C. **Paulo Freire, o educador brasileiro autor do termo empoderamento, em seu sentido transformador**. Trabalho apresentado como Residente do Programa Comunicarte de Residência Social 2005/2006. Disponível em: <http://tupi.fisica.ufmg.br/michel/docs/Artigos_e_textos/Comportamento_organizacional/empowerment_por_paulo_freire.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2014.

VASCONCELOS, E. M. A proposta de empoderamento e sua complexidade: uma revisão histórica na perspectiva do serviço social e da saúde mental. **Rev. Serviço Social Soc: seguridade social e cidadania**, v. 21, n. 65, p. 5-53, 2001.

VESTALA, H.; FRISMAN, G. H. Can participation in documentation influence experiences of involvement in care decision-making? **Open Nurs. J.**, v. 7, p.66-72, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3680981/>>. Acesso em: 14 set. 2015.

VINOGRADOV, S.; YALOM I. D. **Manual de psicoterapia de grupo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

WALLERSTEIN, N.; BERNSTEIN, E. Introduction to Community Empowerment, Participation, Education, and Health. **Health Educ. Q.**, New York, v. 21, n. 2, p. 171-186, 1994.

WATZLAWICK, P. et al. **Pragmática da comunicação humana**: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1967.

WEIDEBACH, W. F. S. Fibromialgia: evidências de um substrato neurofisiológico. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 291, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v48n4/14192.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2015.

WEINERT, S. C. C.; CUDNEY, S.; HILL, W. G. Rural women, technology and self-management of chronic illness. **Can. J. Nurs. Res.**, Montreal, v. 40, n. 3, p. 114-134, set. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2700733/>>. Acesso em: 25 ago. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global recommendations on physical activity for health**. Genebra, 2010. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The OTTAWA charter for health promotion**. Geneva, 1986. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>. Acesso em: 29 jan. 2016.

ZIMMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ZIMMERMAN, M. A. Empowerment theory: psychological, organizational and community levels of analysis. In: RAPPAPORT, J.; SEIDMAN, E. **Handbook of community psychology**. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2000. p. 43-63.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Assinando este documento, concordo em participar do estudo O empoderamento e a práxis do cuidado em situações crônicas de saúde – Desafios para Enfermagem, desenvolvido pela Enfermeira Mestranda Nathalia Aparecida Costa Guedes, sob orientação da Prof.^a Dr^a Lina Márcia Miguéis Berardinelli. Fui informado(a) que o presente estudo tem por objetivo analisar O grupo de ajuda mutua como estratégia no processo empoderamento das pessoas com problemas crônicos de saúde. Estou ciente que a técnica de investigação será conduzida pela técnica de entrevista e que minhas respostas serão gravadas em gravador de voz para posterior transcrição. Fui informado(a) que esta entrevista tem a garantia de ser livre, que mesmo após seu início posso recusar-me a participar, e minha recusa não prejudicará o atendimento recebido por mim ou qualquer membro desta instituição. Disseram-me também que a qualquer momento posso solicitar às informações que desejar e meu nome será mantido em sigilo. Compreendo que terei acesso aos resultados do estudo, e que pela participação não receberei valor em dinheiro, mas terei a garantia que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não será de minha responsabilidade. Para isso, colocaram a minha disposição para prestar outros esclarecimentos que julgar necessário o contato da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, localizada na Boulevard 28 de setembro, nº 157 no Bairro de Vila Isabel, 7º andar, Tels 2868-8235. Declaro que li e entendi todas as informações sobre essa pesquisa, e todas as minhas perguntas foram respondidas a contento.

 Nome do entrevistado

 Assinatura do entrevistado

Data ____/____/____

Declaramos que obtivemos de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante deste estudo. Data ____/____/____

 Nathalia Ap. C. Guedes
 Pesquisadora

 Lina Marcia M. Berardinelli
 Orientadora

APÊNDICE B – Roteiro de Observação

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Dados de identificação Data: ____/____/____

Hora início da observação: _____

Hora término da observação: _____

Número de participantes:

Profissionais participantes

Local de observação:

Conteúdo da Observação

Atividade/Encontro observado:

Modalidade pedagógica usada:

Disposição da sala:

Questionamentos levantados:

Reação do grupo com o palestrante:

Reação do grupo ao assunto abordado:

APÊNDICE C – Roteiro da Entrevista Semiestruturada



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO CENTRO BIOMÉDICO FACULDADE DE ENFERMAGEM

1. Identificação e dados Sociodemográficos e de saúde:

Nome (iniciais): _____ Sexo: M () F () Idade: _____
 Etnia: B () N () P ()
 Escolaridade: _____ Estado civil: _____
 Renda familiar: () 1 a 2 salários () 2 a 4 salários () acima de 4 salários
 Bairro onde mora: _____ Município: _____ Estado: _____
 Etnia: _____ Ocupação: _____
 () Trabalha () Licença Médica () Aposentada
 Patologia Associada: _____ Tratamento auxiliar: _____

1. Roteiro de Entrevista

1. Você acredita que o grupo te acrescentou algo? Justifique
2. As atividades/frequência do grupo proporcionaram alguma mudança na sua vida?
3. Você gostou do grupo? Sugestão para melhora

APÊNDICE D – Instrumento de Coleta de Dados



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO ACERCA DO
 PROCESSO SAÚDE ADOECIMENTO E AUTOCUIDADO PARA PESSOAS COM
 PROBLEMAS CRÔNICOS DE SAÚDE**

Nome: _____

1. O que significa autocuidado para você?
 - a) É o cuidado que pratico para minha família
 - b) É o cuidado que eu tenho com a minha saúde
 - c) É o cuidado oferecido à comunidade
 - d) É o cuidado médico direcionado individualmente
 - e) Não sei
2. Quais são os hábitos que preciso ter para me manter saudável
 - a) Praticar exercício físico regularmente
 - b) Alimentação com pouco sal
 - c) Tomar a medicação regularmente somente na crise
 - d) Não sei
3. O que é uma doença crônica para você?
 - a. É uma doença que aparece e vai embora
 - b. É uma doença que surge com outras
 - c. É uma doença que precisa de acompanhamento e controle
 - d. Não sei
4. Você acredita que os problemas familiares podem prejudicar a sua saúde? () Sim () Não
5. O que você acha que influencia o surgimento de uma doença crônica?
 - a) Fatores ambientais (clima) e idade (menor de 65 anos)
 - b) Alterações na dieta: sobrepeso/obesidade, desnutrição
 - c) Pessoas na família com Doença crônica
 - d) Situações de estresse
6. Qual a orientação nutricional mais indicada para o paciente com doença crônica:
 - a) Não ter cuidado com a dieta
 - b) A dieta não interfere na doença
 - c) Alimentar-se seguindo as orientações da nutricionista
 - d) Não sei
7. A prevenção para a doença crônica é:
 - a) Boa alimentação
 - b) Hábitos saudáveis
 - c) Exercícios físicos regularmente
 - d) Todas as alternativas acima estão corretas
8. Com relação ao autocuidado da pessoa com fibromialgia, é importante:
 - a) O conhecimento da doença pelo paciente e pelos familiares ajuda a melhorar a qualidade de vida
 - b) O ambiente e o bom convívio familiar não interfere na fibromialgia
 - c) A realização de exercício físico aumenta a depressão e a ansiedade de pessoas com fibromialgia
 - d) Não sei
9. O tratamento da fibromialgia inclui:
 - a) Abandono da atividade profissional
 - b) Dieta nutricional e suporte psicológico
 - c) Uso de medicamentos prescrito pelo médico e à prevenção de fatores agravantes da doença
 - d) Não sei

10. O que você vem buscar no grupo?

11. Que espaço você encontra no grupo para se expressar?

12. De que atividades vocês participavam, antes de ingressar no Grupo?

13. Capacidade de se relacionar com o outro é:

- a) Capacidade de construir e manter laços de amizade e confiança
- b) Facilidade na comunicação
- c) Respeito ao outro
- d) Capacidade de aceitar crítica e ter equilíbrio nas situações de conflito
- e) Todas as alternativas estão corretas

14. Como você reage frente aos problemas?

- a) Enfrenta o problema
- b) Deixa de lado
- c) Enfrenta os desafios e busca de soluções para resolvê-los
- d) Não sei

15. Você está motivada para mudar os seus hábitos e comportamentos de risco para sua saúde?

() sim () não

APÊNDICE E – Unidades de Registro e Categorias Analíticas



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Quadro 2 – Unidades de registros e categorias analíticas (continua)

Categoria 1: O grupo interdisciplinar de terapia comunitária integrativa como dinamizador para a construção do conhecimento			UNIDADES DE REGISTRO/ SIGNIFICAÇÃO	Nº URs	% URs	Nº Ent	Tota IUR	% URs
	Sub Categoria: O processo de ensino aprendizagem em grupo	Conhecimento	Achei ótimo	14	2,77%	11	230	45,45%
			Gostei de tudo	7	1,38%	4		
			Acrescentou muito	20	3,95%	9		
			Ajudou/Ajudado	14	2,77%	8		
			Aprendi/Aprendendo	13	2,57%	7		
			Maquiagem/Aparência	9	1,78%	6		
			Palestras	10	1,98%	8		
			Espaço pra falar	9	1,78%	8		
			Fibromialgia	19	3,75%	7		
			Conhecimento	7	1,38%	4		
			Compaixão	10	1,98%	5		
			Depressão	6	1,19%	4		
			Memória	4	0,79%	2		
			Sexo/Sexualidade	12	2,37%	5		
			Remédio/ Medicação	24	4,74%	5		
			Tratamento	4	0,79%	4		
			Alimentação	9	1,78%	5		
			Ter consciência do que faz mal e o que não faz	9	1,78%	6		
			Terapia	4	0,79%	4		
			Dor	26	5,14%	5		

Quadro 2 – Unidades de registros e categorias analíticas (continuação)

			UNIDADES DE REGISTRO/ SIGNIFICAÇÃO	Nº URs	% URs	Nº Ent	Total URs	% URs
Categoria 1: O grupo interdisciplinar de terapia comunitária integrativa como dinamizador para a construção do conhecimento	Sub Categoria O GITCI como instrumento mediador da aprendizagem	O estar Junto	Conviver com pessoas/ Estar junto	11	2,17%	3	54	10,67%
			Ouvir as pessoas	5	0,99%	3		
			Mesma linguagem/Língua	6	1,19%	5		
			Sentir a mesma dor	10	1,98%	8		
			Em rede	3	0,59%	2		
			Estar em contato com quem tem o mesmo que eu	6	1,19%	5		
			Saber das dores das outras	4	0,79%	4		
			Não vou ser criticada	2	0,40%	2		
			Whatsapp	4	0,79%	2		
			Atenção do grupo	3	0,59%	2		
		Mudanças propostas	Vontade de falar	3	0,59%	1	13	2,57%
			Tempo curto	4	0,79%	4		
			Tempo podia ser aumentado	4	0,79%	4		
			Começar mais tarde	2	0,40%	2		

Quadro 2 – Unidades de registros e categorias analíticas (conclusão)

Categoria 2: O empoderamento dos participantes por meio do grupo Interdisciplinar de Terapia Comunitária Integrativa		UNIDADES DE REGISTRO/ SIGNIFICAÇÃO	Nº URs	% URs	Nº Ent	Total URs	% URs
	Subcategoria: O empoderamento no cuidado em saúde	Olhar pra mim	8	1,58%	7	34	6,72%
		Aprendi a valorizar	5	0,99%	5		
		Autoestima	3	0,59%	2		
		Mais calma	10	1,98%	5		
		Parei de me cobrar	5	0,99%	3		
		Ansiedade diminuiu	3	0,59%	3		
		Tomar decisões/Atitudes	8	1,58%	2	97	19,17%
		Colocar em pratica	8	1,58%	5		
		Dizer não	5	0,99%	4		
		Estou cuidando mais de mim	16	3,16%	8		
		Eu melhorei/mudei	24	4,74%	10		
		Preciso melhorar/mudar/melhorar	12	2,37%	8		
		Estou mudando/melhorando	18	3,56%	10		
		Estou tentando mudar	3	0,59%	2		
		Benefícios	3	0,59%	3		
		Exercício/ Atividade Física	26	5,14%	8	44	8,70%
		Dor/crise diminuiu	6	1,19%	6		
		Sentir bem	12	2,37%	5		
	Subcategoria: Mudanças nas relações familiares	Esposo/Marido	5	0,99%	2	34	6,72%
		Família	18	3,56%	10		
		Relacionamento em casa melhorou	9	1,78%	8		
		Relacionamento em casa não melhorou	2	0,40%	2		
		Total	506	100%		506	100%

APÊNDICE F – Unidades de Registro



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Quadro 3 - Tabela de unidades de significação (continua)

[illegible]

Quadro 3 - Tabela de unidades de significação (continuação)

Código da Unidade de Registro	Temas/Unidades de identificação	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	Nº de U.R.	Total de Entrevistas
I	Whatsapp					3						1	4	2
J	Atenção do grupo	1				2							3	2
K	Achei ótimo	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	14	11
L	Gostei de tudo				1	3		2		1			7	4
M	Acrescentou muito	3	1	3	7	1	1	1	1	2			20	9
O	Ajudou/Ajudado	3			4	1	1		1	1	2	1	14	8
P	Aprendi/Aprendendo	4		1	3	1			1	1	2		13	7
Q	Maquiagem/Aparência	3		2		1		1			1	1	9	6
R	Palestras	1	1	2	2	1		1		1		1	10	8

Quadro 3 - Tabela de unidades de significação (continuação)

Código da Unidade de Registro	Temas/Unidades de identificação	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	Nº de U.R.	Total de Entrevistas
S	Espaço pra falar	1	2			1	1		1	1	1	1	9	8
T	Fibromialgia			3	6	2	3	2		1	2		19	7
U	Conhecimento			1	2	3				1			7	4
V	Compaixão			2		1				3	3	1	10	5
X	Depressão				3		1		1			1	6	4
Y	Memória	2			2								4	2
Z	Sexo/Sexualidade					7	2		1	1		1	12	5
W	Remédio/ Medicação	3			4		7			8	2		24	5
!	Tratamento			1	1	1	1						4	4
?	Alimentação			4		1		1	2			1	9	5
...	Ter consciência do que faz mal e o que não faz			2		1	1		1	3	1		9	6
◇	Terapia	1		1			1		1				4	4

Quadro 3 - Tabela de unidades de significação (continuação)

Código da Unidade de Registro	Temas/Unidades de identificação	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	Nº de U.R.	Total de Entrevistas
§	Dor		2	4	4	3				13			26	5
0	Vontade de falar	3											3	1
1	Tempo curto	1	1								1	1	4	4
3	Tempo podia ser aumentado	1		1							1	1	4	4
4	Começar mais tarde						1					1	2	2
5	Olhar pra mim	1			1	1			1	2	1	1	8	7
6	Aprendi a valorizar	1				1		1			1	1	5	5
8	Autoestima							2				1	3	2
9	Mais calma	2				2			1	3	2		10	5
£	Parei de me cobrar				1	2				2			5	3
¢	Ansiedade diminuiu			1					1		1		3	3

Quadro 3 - Tabela de unidades de significação (continuação)

Código da Unidade de Registro	Temas/Unidades de identificação	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	Nº de U.R.	Total de Entrevistas
7	Tomar decisões/Atitudes						7		1				8	2
¥	Colocar em pratica	1				1			3	2	1		8	5
©	Dizer não	1								1	1	2	5	4
▲	Estou cuidando mais de mim	1		3	2			1	1	6	1	1	16	8
%	Exercício/Atividade Física		1		5	5	1		3	1	6	2	26	8
◆	Dor/crise diminuiu	1		1	1	1			1	1			6	6
[]	Sentir bem		1			1		3		3	4		12	5
+	Eu melhorei/mudei	1	4	3	1	1	3		1	4	3	3	24	10
@	Preciso melhorar/mudar/melhorar	2	2	1	2	2	1			1	1		12	8
~	Estou mudando/melhorando	1	1	2	4	1	1		1	4	2	1	18	10
≡	Estou tentando mudar	1				2							3	2

ANEXO – Parecer Consubstanciado do CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PEDRO ERNESTO/
UNIVERSIDADE DO ESTADO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: O CUIDADO EM SAÚDE E ENFERMAGEM: PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Pesquisador: Lina Márcia Miguéis Berardinelli

Área Temática: Versão: 2

CAAE: 16413013.1.0000.5259

Instituição Proponente: Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ

Patrocinador Principal: Faculdade de Enfermagem da UERJ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 455.395

Data da Relatoria: 06/11/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa que utiliza-se do método etnometodológico e toma como objeto a análise da tecnologia educacional como estratégia para o empoderamento das pessoas com enfermidades crônicas, que utilizam os serviços de saúde e o cuidado de enfermagem em instituição universitária.

Objetivos da Pesquisa:

Analisar o cotidiano das pessoas com problemas crônicos no processo de aprendizagem sobre as práticas de cuidado em saúde voltadas para as estratégias de empoderamento nos serviços de saúde de instituição universitária.

Objetivo Secundário:

1- Compreender o cotidiano das pessoas com enfermidades crônicas nos serviços de saúde em instituição universitária; 2- Identificar as metodologias educacionais mais adequadas às práticas educativas com pessoas que vivenciam a enfermidade crônica à luz da complexidade; 3- escrever os elementos essenciais para desenvolver a promoção da saúde de acordo com as metodologias educacionais com meta de obter efetividade e visibilidade; 4- Explorar as tecnologias educacionais que possam potencializar o cuidado de enfermagem para ser resolutivo na promoção da saúde em pessoas que vivenciam a doença crônica, cardiovascular. 5- Analisar as repercussões do cuidado de enfermagem na promoção da saúde de pessoas que vivenciam a enfermidade crônica sob o enfoque do Pensamento Complexo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo não oferece riscos à saúde dos sujeitos.

Com relação aos benefícios os sujeitos da pesquisa participarão de momentos de ensino-aprendizagem por meio de metodologias participativas, educativas de construção e desconstrução do saber, utilizando como estratégia, as práticas pedagógicas motivadoras e sensibilizadoras para que aprendam a cuidar de si e sintam-se empoderados através do conhecimento a fim de melhorar o seu autocuidado, tornando-os responsáveis pela sua saúde e pela sua vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa atende aos requisitos éticos e metodológicos exigidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas. 2. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes. 3. O Comitê de Ética solicita a V. S^a. que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

RIO DE JANEIRO, 12 de Novembro de 2013.

Assinado por:

MARIO FRITSCH TOROS NEVES (Coordenador)

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo

Bairro: Vila Isabel

CEP: 20.551-030

UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2868-8253

Fax: (21)2264-0853 **E-mail:** cep-hupe@uerj.br