

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE -
EDUCAÇÃO MÉDICA

Lílian Grace Moura de Lucena

**Tecnologia Educacional sobre Medicina do Estilo de Vida para
Profissionais da Atenção Primária à Saúde de Comunidades
Ribeirinhas**

**Belém
2023**

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE -
EDUCAÇÃO MÉDICA

Lílian Grace Moura de Lucena

**Tecnologia Educacional sobre Medicina do Estilo de Vida para
Profissionais da Atenção Primária à Saúde de Comunidades
Ribeirinhas**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde – Educação Médica do Centro Universitário do Estado do Pará para obtenção do título de Mestra em Ensino em Saúde - Educação Médica.

Orientador: Prof. Dr. Haroldo José de Matos
Coorientadora: Profa. Me. Edienny Viana Santos-Lobato

**Belém
2023**

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
Biblioteca do CESUPA, Belém – PA

Lucena, Lílian Grace Moura de.

Tecnologia educacional sobre medicina do estilo de vida para profissionais da atenção primária à saúde de comunidades ribeirinhas / Lílian Grace Moura de Lucena; orientador Haroldo José de Matos, coorientadora Edienny Viana Santos-Lobato. — 2023.

Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário do Estado do Pará, Programa de Mestrado Profissional em Educação em Saúde – Educação Médica, Belém, 2023.

1. Serviços de saúde – Avaliação. 2. Atenção primária à saúde. 3. Ribeirinhos – Barcarena-PA. I. Matos, Haroldo José de, orient. II. Santos-Lobato, Edienny Viana. III. Título.

CDD 23^a ed. 614

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE -
EDUCAÇÃO MÉDICA

Lílian Grace Moura de Lucena

Tecnologia Educacional sobre Medicina do Estilo de Vida para
Profissionais da Atenção Primária à Saúde de Comunidades Ribeirinhas

Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestra em Ensino em Saúde –
Educação Médica

Data da defesa: 11.12.2023

Banca Examinadora

Prof. Dr. Haroldo José de Matos
PPGESEM/CESUPA

Profa. Me. Edienny Viana Santos-Lobato
CESUPA

Prof. Dr. Robson José Souza Domingues
PPGESA/UEPA

Profa. Dra. Stella Regina Taquette
PPGCM/UERJ

Prof. Dra. Milena Coelho Fernandes Caldato
PPGESA/CESUPA

Belém
2023

Aos meus pais Joana e Eurico, e à toda
minha ascendência.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que me permite desvelar parte desse glorioso mistério.

Ao meu parceiro de vida, Bruno Lucena, incansável em nossas lutas.

Aos meus amados irmãos, Ney e Rodolfo, sempre apoiando minhas decisões.

Ao meu grande tesouro, Sofia, que com dedicação desbrava diariamente a nossa relação tão íntima e especial.

Às famílias Lucena, Moura e Negrão, por seus importantes exemplos.

Aos meus amigos de trabalho, que tão generosamente cederam seu tempo para dispor de reflexões em grupo baseados em suas vastas experiências.

Aos meus apoios constantes, Glauca e Ricele, presentes sempre quando necessário.

Aos acropolitanos e capuchinhos, irmãos de alma, e que dão suporte aos meus avanços pessoais.

Aos meus professores e colegas do programa de mestrado, por me fazerem acreditar que era possível seguir nessa jornada acadêmica.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Haroldo José de Matos, e à minha coorientadora, Profa. Me. Edienny Viana Santos-Lobato, por todo o acolhimento e aprendizado.

Por fim, agradeço aos meus pacientes, que honraram o meu desenvolvimento com suas vidas e por vezes sofrimentos.

“O trabalho é o amor tornado visível.”

Khalil Gibran

RESUMO

Este estudo se concentrou no desenvolvimento de uma tecnologia educacional destinada a promover os princípios da Medicina do Estilo de Vida (MEV) na Atenção Primária à Saúde de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na região da Ilha das Onças, Barcarena, Pará. O estudo ressaltou a importância da MEV como uma disciplina clínica baseada em evidências que promove um estilo de vida saudável. Considerando a eficiência na prestação de serviços públicos, especialmente na área de saúde, como um princípio constitucional, a proximidade dos serviços da UBS é destacada como o único acesso da população ribeirinha aos serviços de saúde pública. A pesquisa concentrou-se na UBS Ribeirinha Vital Costa Gouvêa, situada em uma área amazônica classificada como de alta vulnerabilidade social. Os objetivos incluíram o desenvolvimento de uma tecnologia educacional, análise da integração dos princípios da MEV na prática profissional, identificação de desafios e oportunidades, e criação de material instrucional para capacitar os profissionais de saúde. O estudo foi transversal exploratório, utilizando sessões de Grupos Focais com quatro grupos de profissionais da UBS e foi aplicada a Análise de Conteúdo por meio do software IRaMuTeQ, seguindo o Método de Reinert na análise dos dados coletados. Como resultado, foram elaborados materiais instrucionais e um plano de ensino para uma oficina, abordando temas essenciais como padrão alimentar, atividade física, sono, controle do estresse, uso de substâncias tóxicas, conexão social e entrevista motivacional. Estes foram desenvolvidos com base nas observações e lacunas teórico-conceituais identificadas pelos profissionais durante as interações com os pacientes e discussões dos grupos focais, visando preencher essas lacunas por meio da educação permanente em saúde. A conclusão destacou a necessidade de estratégias educacionais que incorporassem tanto a abordagem técnica quanto a ênfase na interação humana, promovendo uma visão holística na promoção de hábitos saudáveis. A importância da comunicação eficaz, apoiada pela Educação Permanente e tecnologia educacional, foi enfatizada para otimizar o acompanhamento do paciente na UBS.

Palavras-chave: educação em saúde, avaliação da promoção de saúde, atenção primária à saúde, comunidade rural

ABSTRACT

This study focused on the development of an educational technology aimed at promoting the principles of Lifestyle Medicine (LM) in Primary Health Care of a Basic Health Unit (BHU) in the region of Ilha das Onças, Barcarena, Pará. The study highlighted the importance of LM as an evidence-based clinical discipline that promotes a healthy lifestyle. Considering the efficiency in providing public services, especially in the health area, as a constitutional principle, the proximity of the BHU services is highlighted as the only access of the riverside population to public health services. The research focused on the Ribeirinha Vital Costa Gouvêa BHU, located in an Amazonian area classified as high social vulnerability. The objectives included the development of an educational technology, analysis of the integration of LM principles in professional practice, identification of challenges and opportunities, and creation of instructional material to empower health professionals. The study was exploratory cross-sectional, using Focus Group sessions with four groups of BHU professionals and Content Analysis was applied through the IRaMuTeQ software, following the Reinert Method in the analysis of collected data. As a result, instructional materials and a teaching plan were developed for a workshop, addressing essential topics such as food pattern, physical activity, sleep, stress control, use of toxic substances, social connection, and motivational interview. These were developed based on the observations and theoretical-conceptual gaps identified by professionals during interactions with patients and discussions of focus groups, aiming to fill these gaps through permanent health education. The conclusion highlighted the need for educational strategies that incorporated both the technical approach and the emphasis on human interaction, promoting a holistic view in fostering healthy habits. The importance of effective communication, supported by Continuing Education and educational technology, was emphasized to optimize patient follow-up at the BHU.

Keywords: health education, health promotion evaluation, primary health care, rural community

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distância lexical entre os discursos dos prof. de saúde pela função ocupada	42
Figura 2 – Dendrograma – Classificação Hierárquica Descendente	45
Figura 3 – Análise Fatorial de Correspondência - AFC	46
Figura 4 – Distância entre os temas de acordo com os discursos dos prof. de saúde.....	48
Figura 5 – Análise de Similitude.....	54
Figura 6 – Nuvem de Palavras	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Grupos, Funções e Códigos dos Participantes da Pesquisa	33
Quadro 2 – Duração das Sessões e Número de Participantes	34
Quadro 3 – Temas Abordados nas Reuniões de Grupo Focal	39
Quadro 4 – Formas mais presentes nos discursos das funções	41

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AFC – Análise Fatorial de Correspondência

APS – Atenção Primária à Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CESUPA – Centro Universitário do Estado do Pará

CHD – Classificação Hierárquica Descendente

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESFR – Equipe de Saúde da Família Ribeirinha

GF – Grupo Focal

MEV – Medicina do Estilo de Vida

PNAB – Programa Nacional de Atenção Básica

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSRVCG – Unidade Básica de Saúde Ribeirinha Vital Costa Gouvêia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Tema em Estudo.....	14
1.2 Justificativa.....	16
1.3 Situação Problema e Questão Norteadora.....	17
1.4 Objetivos.....	19
1.4.1 Objetivo Geral.....	19
1.4.2 Objetivos Específicos.....	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
2.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Estilo de Vida Saudável.....	20
2.2 Medicina do Estilo de Vida.....	22
2.3 Equipes de Saúde da Família Ribeirinha.....	23
3 METODOLOGIA.....	26
3.1 Etapas da Pesquisa.....	26
3.1.1 Grupos focais e Análise de Conteúdo.....	26
3.1.2 Desenvolvimento da Tecnologia Educacional.....	26
3.2 Contexto da Pesquisa.....	28
3.3 Aspectos Éticos.....	30
3.4 Participantes da pesquisa.....	31
3.4.1 Critérios de inclusão e exclusão.....	31
3.5 Coleta de dados.....	31
3.5.1 Grupo Focal.....	33
3.6 Tratamento de Dados.....	35
3.7 Produto da Dissertação.....	36
4 ANÁLISE DE DADOS.....	38
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	41
5.1 Análise de Especificidades.....	41
5.2 Método de Reinert: Classificação Hierárquica Descendente (CHD).....	44
5.3 Análise de Similitude.....	53
5.4 Nuvem de Palavras.....	56
7 CONCLUSÃO.....	59
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
APÊNDICE A.....	65
APÊNDICE B.....	68
APÊNDICE C.....	71
APÊNDICE D.....	72

1 INTRODUÇÃO

Esta seção tem por objetivo apresentar o tema da pesquisa a ser realizada, sua justificativa e seus objetivos. Além disso, explicita brevemente o problema de pesquisa.

1.1 Tema em Estudo

A disseminação dos princípios da Medicina do Estilo de Vida – MEV tem ocorrido nos sistemas de saúde em nível mundial, com a proposta de reduzir custos globais de saúde pública, prevenir de forma mais efetiva as doenças crônicas e contribuir para a melhoria da qualidade de vida das populações humanas (Cruz *et al.*,2017).

A idealização e discussão de políticas públicas nas conferências internacionais de saúde abordam temas relacionados ao estilo de vida da população e aos determinantes sociais de saúde, como ocorreu na 30ª Assembleia Mundial da Saúde, também no encontro ocorrido na ex-União Soviética que compôs a Declaração de Alma-Ata, onde se propôs a meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e, ainda, na construção da Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Estes eventos estabeleceram marcos para o andamento de discussões relevantes e atuais a nível nacional e regional sobre políticas públicas de saúde (OMS,1977; Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978; OMS, 1986).

Em 2011, no Brasil, foi desenvolvida a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que descreve os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a serem operacionalizados no nível da Atenção Básica (Brasil, 2017).

A PNAB tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) o meio prioritário para a expansão e consolidação da Atenção Básica, também chamada de Atenção Primária à Saúde (APS). Ainda na Portaria Nº 2.436/2017 do Ministério da Saúde, a Unidade

Básica de Saúde (UBS) é considerada espaço potencial de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a Rede de Atenção à Saúde.

As UBSs têm como uma de suas diretrizes o Cuidado Centrado na Pessoa, percebido como o desenvolvimento de ações de cuidados individualizados, estimulando as pessoas a desenvolverem o entendimento e confiança necessários para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde (Brasil, 2017).

Os ribeirinhos da Amazônia têm assegurado, pelo Serviço Único de Saúde do Brasil, um serviço de atenção primária diferenciado em função das peculiaridades de seu território. Esse grupo social se caracteriza por residir em localidades cujo acesso é por navegação em rios, costuma ter grande dispersão territorial e necessitam de embarcações para acessar os serviços públicos como saúde e educação.

Neste contexto, podemos inferir que os princípios associados à Medicina do Estilo de Vida devem ser orientados de forma diferenciada a esta parcela da população, de modo que sejam eficazes à sua forma de vida, e que profissionais da ESF Ribeirinha necessitam de um instrumento de educação permanente adequado à sua realidade.

Portanto, se faz necessário desenvolver uma tecnologia educacional para a instrução sobre os princípios da MEV com o olhar dos próprios colaboradores da ESF Ribeirinha, na qual reflitam suas vivências com a comunidade ribeirinha e que possa subsidiar melhorias nas práticas profissionais, educacionais e na própria qualidade de vida desta população.

1.2 Justificativa

A Medicina do Estilo de Vida é uma disciplina clínica baseada em evidências que promove a adoção de um estilo de vida saudável e se insere na educação médica e atenção primária através da sugestão de competências aos seus praticantes (Lianov; Johnson, 2010).

A aplicação dos princípios da MEV tanto pelas equipes de profissionais de saúde quanto pelos pacientes abordados depende de seu contexto, o que implica na necessidade de informação e diálogo formatado especificamente ao público a que se refere.

Do ponto de vista da política pública, o princípio da eficiência é um dos princípios constitucionais da Administração Pública e foi incluído no ordenamento jurídico brasileiro a partir da publicação da Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998. Este princípio é de observância obrigatória para todos os órgãos dos Entes Federativos e todos os membros de poderes, e implica no dever de realizar os serviços públicos com presteza, perfeição e racionalidade, medindo sempre os custos da satisfação das necessidades de seus usuários em relação ao grau de utilidade desejado (Maximiano; Nohara, 2017).

A aproximação dos serviços públicos à população é um dos valores que são associados ao princípio da eficiência na Administração Pública (Moraes, 2007) e, de acordo com esse valor, em 1994, o Governo Federal instala o Programa Saúde da Família, com o objetivo de implementar e desenvolver a atenção primária (Anderson, 2019).

A Atenção Básica, por meio da UBS, é a principal porta de entrada e o centro de comunicação com a RAS. É coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (Brasil, 2017).

A falta de acesso à educação em saúde, atrelado aos determinantes sociais de saúde externos importantes para o desenvolvimento do processo saúde-doença, dificultam a autoeficiência e autocuidado do usuário com sua condição de saúde. Sendo assim, torna-se necessário a avaliação das atividades de saúde no âmbito da ESFR para facilitar a compreensão dos processos com foco no aparelhamento do cuidado em saúde das populações vulneráveis (Dahlgren; Whitehead, 2021).

Dessa forma, a relevância desse estudo está na sua capacidade de contribuir metodologicamente para atender parte das demandas de educação permanente relacionadas à orientação e acompanhamento, por parte da equipe de saúde da ESFR, sobre a prática dos princípios da MEV pelas comunidades ribeirinhas.

1.3 Situação Problema e Questão Norteadora

A educação em saúde nas Unidades de ESF Ribeirinha é realizada por todos os profissionais que a compõem. Desde o médico, enfermeiros, técnicos, agentes comunitários de saúde, inclusive os demais colaboradores da unidade, como administrativos. As atividades de educação em saúde realizadas pela UESFR estimulam o paciente a refletir sobre suas atitudes e hábitos cotidianos e a consequência destes hábitos sobre a sua condição atual e futura de saúde, bem como apoiar na adoção de práticas mais saudáveis.

Assim, os temas da Medicina do Estilo de Vida trabalhados no contexto ribeirinho podem representar um suporte propício para que se busque alcançar melhoria na qualidade de vida para os membros da comunidade e, conseqüentemente, uma menor dependência dos serviços de saúde, especialmente os de alta complexidade.

O tema de estudo foi definido no decorrer das atividades como médica de uma unidade de ESF ribeirinha no município de Barcarena, durante as quais a pesquisadora passou a questionar se toda a equipe de saúde seria capaz de bem orientar os usuários, conforme seu papel, no que diz respeito as melhores práticas para a manutenção de um bom estado de saúde da comunidade.

Por meio dessa vivência, a pesquisadora pôde observar que mesmo na unidade de saúde, nem sempre os hábitos para a promoção da saúde eram adotados pela equipe, logo, talvez as orientações e modo de trabalhar os temas para um estilo de vida saudável ainda não estivessem bem estabelecidos.

Embora faça parte do grupo de profissionais de saúde da UBS Ribeirinha, a pesquisadora sente-se confortável em realizar a pesquisa excluindo suas opiniões a respeito dos temas investigados. Segundo Taquette e Borges (2020, p. 120), a pesquisadora, na investigação qualitativa, pode evitar o viés em processo de pesquisa tomando consciência de suas preferências pessoais, de tal forma que pondera o que permeia a pesquisa para além de apenas considerações científicas.

Contudo seguindo na observação das metodologias de ensino que poderiam ser empregadas em serviço através da construção do produto/processo educacional, Freitas (2021) descreve a estruturação composta pelos eixos conceitual, pedagógico e comunicacional, o que possibilita expressar dimensões de uma ferramenta de ensino que transcende a sua forma.

Assim, surgiu a necessidade de promover no grupo uma reflexão sobre a percepção dos componentes da equipe de saúde, sobre as estratégias para a adoção de um estilo de vida saudável no contexto ribeirinho, com o intuito de permitir o uso desses conhecimentos para a construção de uma tecnologia educacional para a educação permanente, apropriada para a melhoria da compreensão desses conceitos

e contemplando formas viáveis de transmitir esses conhecimentos aos usuários da UBS Ribeirinha Vital da Costa Gouvêa (UBSRVCG).

Diante do exposto, a pesquisa em questão busca a partir do discurso da própria equipe de saúde da UBS ribeirinha buscar dados e informações com o propósito de responder a seguinte questão norteadora: como os profissionais da APS, na UBSRVCG, localizada na Ilha das Onças - Barcarena - Pará, percebem e disseminam os pilares da medicina do estilo de vida aos usuários da atenção básica?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo Geral

Analisar a maneira como o profissional de saúde da APS Ribeirinha busca integrar as ideias referentes à MEV no seu cotidiano e nas suas relações com a população adscrita.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar as singularidades locais para aplicação dos princípios da MEV na ESFR.
- Desenvolver um instrumento de tecnologia educacional para a educação permanente da equipe de saúde de uma UBS ribeirinha que capacite seus profissionais na compreensão e disseminação dos princípios da MEV aos usuários da unidade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Estilo de Vida Saudável

Norteando as estratégias apresentadas, os relatórios da Organização Mundial de Saúde demonstram que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morte entre 30 e 70 anos, repercutindo na expectativa de vida e expectativa de vida saudável da população mundial, principalmente representadas por doenças cardiovasculares, o câncer, o diabetes e as doenças respiratórias crônicas (OMS, 2021A).

O 35º Caderno da Atenção Básica - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, publicado pelo Ministério da Saúde do Brasil, trata sobre o melhoramento nas mudanças de hábitos, promoção da alimentação saudável e prática de atividade física, além de abordagens para construção e acompanhamento dos planos de cuidado e de apoio ao autocuidado (Brasil, 2014A).

As DCNTs afetam desproporcionalmente as pessoas em países de renda baixa e renda média-baixa, onde ocorrem mais de 77% das mortes globais por DCNT (OMS, 2021A). Comparando o grupo de países de alta renda e renda média-alta, com o grupo de países de renda baixa e renda média-baixa, vem ocorrendo uma queda mais lenta no indicador de mortalidade prematura global por DCNTs no segundo grupo (OMS, 2021B).

Estatísticas nacionais sobre a frequência e a distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020 demonstram que doenças crônicas como hipertensão e diabetes são tão prevalentes quanto sedentarismo e hábitos alimentares pouco saudáveis (BRASIL, 2021)

Sendo assim, a análise do estilo de vida saudável no contexto da APS tem o potencial de subsidiar o desenvolvimento de ações que intensifiquem práticas e promovam o estilo de vida saudável em populações em situação de risco através da proposição de um conceito de estilo de vida saudável. (Marinho *et al.*, 2021)

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 do Ministério da Saúde (Plano de Dant), também demonstra a importância da APS para o desenvolvimento de ações para se chegar às metas estabelecidas para a saúde no Brasil. Dentre estas ações, destacam-se a formação dos profissionais de saúde da APS para a detecção precoce de fatores de risco para as DCNT e o desenho de iniciativas individuais e coletivas no território de abrangência das equipes (Brasil, 2020).

Para uma melhor compreensão das DCNT, é importante considerar os determinantes sociais de saúde de cada usuário, que compreendem as circunstâncias em que as populações crescem, vivem, trabalham e envelhecem (CDSS, 2010), muitas vezes, dificultando que escolhas saudáveis sejam escolhas fáceis (Benigas; Shurney; Stout, 2022). Comportamentos de estilo de vida pouco saudáveis pela população promovem a elevação progressiva nos gastos com saúde, em decorrência das conseqüentes doenças crônicas adquiridas, que geram um aumento no índice de absenteísmo, no número internações hospitalares e na busca aos serviços de saúde para o acompanhamento das DCNT (Vuong, Wei, Beverly, 2015; Lorig *et al.*, 1999; Malta *et al.*; 2017), o que torna os preceitos da Medicina do Estilo de Vida (MEV) mais relevantes e urgentes do que nunca (Benigas; Shurney; Stout; 2022).

2.2 Medicina do Estilo de Vida

De acordo com Lianov e Johnson (2010), a Medicina do Estilo de Vida é uma disciplina clínica baseada em evidências que promove a adoção de um estilo de vida saudável e se insere na educação médica e atenção primária através da sugestão de competências aos seus praticantes, tais como:

- Promover e praticar comportamentos saudáveis;
- Demonstrar conhecimento das evidências de que mudanças específicas do estilo de vida podem ter um efeito positivo na saúde dos pacientes;
- Avaliar as predisposições sociais, psicológicas e biológicas dos comportamentos dos pacientes e a sua influência no seu estado de saúde;
- Avaliar a prontidão, disposição e capacidade do paciente e da família para realizar mudanças no comportamento de saúde;
- Incluir em sua anamnese e exame físico os “sinais vitais” do estilo de vida, como o uso do tabaco, consumo de álcool, dieta, atividade física, índice de massa corpórea, nível de estresse, sono e bem-estar emocional. E a partir dessas informações rastrear doenças relacionadas ao estilo de vida;
- Utilizar diretrizes de prática reconhecidas para promover o autocuidado por parte dos pacientes em seus comportamentos de saúde e estilo de vida;
- Estabelecer a relação médico-paciente e com seus familiares de forma eficiente utilizando métodos e ferramentas de aconselhamento baseados em evidências;
- Apoiar e praticar a abordagem com equipe interdisciplinar;
- Avaliar processos e resultados para melhorar a qualidade das intervenções de estilo de vida em indivíduos e grupos de pacientes;

- Utilizar recursos de referência nas comunidades que apoiem a implementação de estilo de vida saudável.

A Medicina do Estilo de Vida deve ser utilizada no aprimoramento dos currículos da graduação (Trilk *et al.*, 2019) e pós-graduação em medicina (John Kelly, 2020), despontando como uma das cinco especialidades médicas emergentes de maior destaque segundo a Associação Americana de Escolas Médicas (Trilk *et al.*, 2019).

A necessidade do treinamento médico em MEV se justifica devido a significativa morbimortalidade e os custos envolvidos nos cuidados em saúde relacionados aos comportamentos dos indivíduos em relação aos seus estilos de vida (Trilk *et al.*, 2019).

Dessa forma, é bem estabelecido que hábitos e atitudes afetam tanto a prevenção quanto o tratamento de doenças, convergindo em direção aos princípios da MEV, como a prática regular de atividade física, nutrição adequada, controle de peso, cessação do tabagismo, controle do estresse, consumo moderado de álcool, manutenção de relacionamentos saudáveis e sono reparador (Rippe, 2018; Lianov, Johnson, 2010; Trilk *et al.*, 2019). A MEV se aprofunda especificamente em como essas modalidades são empregadas na prevenção e tratamento de doenças crônicas, incluindo doença coronariana, diabetes, obesidade e câncer (Rippe, 2018).

2.3 Equipes de Saúde da Família Ribeirinha

Na ESF, o conceito de Território é tido como uma unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. É determinado para dinamizar a ação em saúde pública, subsidiando a atuação na atenção básica,

onde cada equipe da ESF possui uma população adscrita, representando a área de atuação ou área de abrangência da equipe de saúde (Brasil, 2017).

A ESF atua junto à população adscrita de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. A área de abrangência da equipe da ESF é dividida em microáreas, que representam o espaço geográfico delimitado que corresponde ao espaço de atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) (Brasil, 2017).

As Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) desempenham suas funções sobretudo em Unidades Básicas de Saúde (UBS), inseridas em localidades cujo acesso é por rio. As embarcações tornam-se essenciais para viabilizar as atividades da equipe, em virtude da população se distribuir de forma dispersa dentro da área de atuação da ESFR (Brasil, 2014B).

A ESFR é formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou Medicina de Família e Comunidade; um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; e um auxiliar ou técnico de enfermagem. E podem contar com profissionais de saúde bucal, dependendo da modalidade de equipe. Quando há grande dispersão populacional, a ESFR poderá ter até vinte e quatro ACSs; até doze microscopistas, nas regiões endêmicas; onze auxiliares/técnicos de enfermagem; e um auxiliar/técnico de Saúde Bucal (Brasil, 2014B).

As ESFRs poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior à sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais antes previstos para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2014B).

O funcionamento do sistema de referência e contrarreferência é acessado com dificuldade pelos moradores das comunidades ribeirinhas (Queiroz *et al.*, 2018), pesando às ESFR a necessidade de proporcionar autonomia dos usuários do SUS, através da promoção e prevenção em saúde, com constituição de estratégias de apoio ao autocuidado, visando diminuir as demandas por serviços de maior complexidade.

O desafio atual é proporcionar no cenário da Atenção Primária à Saúde geração de conhecimentos, habilidades e atitudes, distinguindo as potencialidades locais, para agregar os pilares da Medicina do Estilo de Vida no cotidiano local.

3 METODOLOGIA

3.1 Etapas da Pesquisa

3.1.1 Grupos focais e Análise de Conteúdo

Foi conduzido um estudo transversal de natureza exploratória, com uma abordagem qualitativa.

A coleta de dados foi conduzida por meio de sessões de Grupos Focais com quatro grupos de profissionais da unidade de saúde. A análise dos dados foi realizada utilizando o *software* IRaMuTeQ para aplicar a Análise de Conteúdo, seguindo o Método de Reinert.

3.1.2 Desenvolvimento da Tecnologia Educacional

Foram elaborados um material instrucional e um plano de ensino para uma oficina, conforme sugerido como resultado dos grupos focais. Essa oficina aborda temas como alimentação saudável, atividade física, sono, controle do estresse, uso de álcool e substâncias tóxicas, conexão social e entrevista motivacional. As informações contidas nesses materiais foram fundamentadas nas observações e nas lacunas teórico-conceituais identificadas pelos profissionais em suas interações com os usuários.

Um produto tecnológico pode ser distinguido de duas maneiras essenciais: por sua finalidade educacional, pelas metodologias empregadas para alcançar tal propósito, e pelo seu conjunto de recursos, instrumentos e ferramentas que viabilizam o processo de aprendizagem (Freitas, 2021). Essas características combinadas podem definir a natureza e a possibilidade do produto/processo educacional em facilitar a aquisição de conhecimento, habilidades ou competências, de forma eficaz e

proporcionando uma abordagem mais abrangente na análise de sua utilidade educacional.

O produto apresentado “Guia para Realização da Oficina Pedagógica: Imersão em Medicina do Estilo de Vida pelos Profissionais da Atenção Primária à Saúde de Comunidades Tradicionais Ribeirinhas” é aderente à linha de pesquisa “Formação e Desenvolvimento do Profissional da Área da Saúde” do Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde – Educação Médica, pois relaciona-se com o desenvolvimento de um produto/processo educacional relativo a processos de desenvolvimento profissional no âmbito da docência e gestão na área da saúde.

Além disso, o impacto social esperado pela utilização e disseminação do produto é primeiramente a educação permanente dos profissionais de saúde da UBS Ribeirinha sobre os princípios da MEV e, culminando, na melhoria da qualidade de vida dos usuários da unidade.

A aplicabilidade do produto é evidenciada pela sua prontidão para utilização, requerendo apenas a reunião dos profissionais de saúde da UBS. Com posse do material desenvolvido, as atividades podem ser conduzidas de maneira autônoma, destacando a facilidade e agilidade na implementação do produto.

O produto é inovador pois mira em um contexto ainda pouco conhecido e pouco discutido no âmbito da saúde, bem como sua complexidade é baixa, pois é acessível a diversos níveis educacionais dos profissionais de saúde.

3.2 Contexto da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Barcarena - Pará, especificamente na região da Ilha das Onças, sendo este classificado na faixa de alta vulnerabilidade social pelo Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), que identifica porções do território onde há a sobreposição de situações indicativas de exclusão, de modo a orientar gestores públicos municipais, estaduais e federais para o desenho de políticas públicas mais sintonizadas com as carências e necessidades presentes nesses territórios (IPEA, 2015).

O município de Barcarena é vizinho à Belém, onde está localizada a (UBSRVCG), no Furo do Nazário – Ilha das Onças, tendo como população adscrita por 799 famílias e por aproximadamente 2378 usuários segundo dados de cadastro da unidade. Onde são assistidos 239 usuários do programa Hiperdia, 27 usuários do programa de Saúde Mental, 87 usuários portadores de obesidade, com mapeamento da adicção por álcool e tabaco.

O território adscrito da UBSRVCG é formado por 12 microáreas, e cada microárea possui um ACS responsável. A estrutura física da ESFR fica ao lado da Escola Municipal de Educação Infantil e Ensino Fundamental Prefeito Laurival Cunha, ambos os prédios são alimentados por energia de gerador abastecido com óleo diesel no período do dia que ocorrem as atividades.

A equipe de saúde é composta por trabalhadores moradores da região Metropolitana de Belém (2 técnicas de enfermagem, 1 médica, 2 enfermeiras, 1 nutricionista, 2 odontólogas, 5 auxiliares administrativos e 3 agentes de portaria) e da Ilha das Onças (11 ACSs, 1 técnica de enfermagem, 1 agente de portaria, 1 barqueiro e 1 funcionário de serviços gerais). Os funcionários provenientes de Belém e Ananindeua são transportados pelo barco da equipe, que faz o traslado de ida e volta

do Porto no mercado do Ver-o-Peso – UBSRVCG com duração de 25 minutos, assim como transporta a equipe nas visitas domiciliares no território adscrito.

O transporte dos funcionários, que são moradores da Ilha das Onças e trabalham no espaço físico da UBS, se dá por meios próprios; e os ACSs realizam suas atividades com canoas a remo fornecidas pelo município ou optam por utilizar barcos motorizados privados.

A UBSRVCG é uma unidade de saúde-escola, que recebe diariamente um grupo composto por 7 a 10 alunos do 12º semestre da graduação de Medicina do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA) oriundos de Belém. Integram as atividades realizadas individualmente e em grupo pela equipe da ESFR desde agosto de 2012. E são transportados por barco contratado pela Instituição de Ensino Superior – IES.

A equipe da ESFR possui atividades dentro e fora da UBS:

- Acolhimento da demanda espontânea;
- Realização de grupos de educação em saúde e consultas coletivas;
- Reuniões de equipe;
- Realização do Teste do Pezinho;
- Vacinação por equipes volantes;
- Realização de Testes rápidos para diagnóstico das Infecções Sexualmente Transmissíveis, gravidez e COVID-19;
- Consultas individuais eletivas de usuários hígidos (ex.: Puericultura, Planejamento Familiar, Pré-Natal de Baixo Risco e Saúde Bucal);
- Assistência aos usuários com doenças agudas e crônicas;
- Atendimentos de urgência;
- Dose semestral da vitamina A;

- Administração de medicamentos parenterais;
- Curativos e acompanhamento de feridas;
- Avaliação antropométrica;
- Aferição de pressão arterial, oximetria e glicemia capilar;
- Procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade;
- Fornecimento de medicamentos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME;
- Coleta de dados para os sistemas de informação do Ministério da Saúde;
- Recebe equipes volantes para atendimento em Psicologia e Assistência Social;
- Atividades externas: visitas domiciliares, consultas individuais e coletivas em pequenos grupos nas microáreas, priorizando localidades de acesso mais difícil, ou de menor adesão dos usuários às atividades realizadas pela UBS, e busca ativa de casos;
- Apoio às atividades de pesquisa com a comunidade realizadas pelo Instituto Evandro Chagas, CESUPA e Universidade Federal do Pará.

3.3 Aspectos Éticos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CESUPA, respeitando a resolução de N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com princípios regidos pelo Código de Nuremberg e de Helsinque, tendo sua aprovação obtida em 22/11/2022. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), por haver contato direto com as pessoas. Os participantes foram orientados sobre os objetivos do estudo, todos os convidados com disponibilidade assinaram o TCLE e o Termo de Autorização do Uso de Imagem e Som (Apêndice D).

3.4 Participantes da pesquisa

Para atingir o objetivo do estudo, foram convidados a participar da pesquisa 19 dos 31 colaboradores da UBSRVCG, sendo estes, 11 agentes comunitários de saúde (ACSs), 2 enfermeiras, 2 odontólogas, 1 nutricionista, 3 técnicas de enfermagem. Os demais colaboradores, 5 auxiliares administrativos, 1 profissional de serviços gerais, 4 agentes de portaria e 1 barqueiro não foram convidados por não lidarem diretamente com o tratamento e acompanhamento dos pacientes. A médica da UBS Ribeirinha é a pesquisadora que moderou a realização das reuniões dos grupos focais.

3.4.1 Critérios de inclusão e exclusão

Para ser incluído na pesquisa, o participante deveria ser funcionário da UBSRVCG, lidar diretamente com o tratamento e acompanhamento dos pacientes e que possuir idade superior a 18 anos. Não houve critérios de exclusão.

3.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi conduzida após a obtenção da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Estado do Pará (CEP/CESUPA). Posteriormente, foi realizada uma abordagem junto aos 19 colaboradores da Unidade Básica de Saúde Ribeirinha Vital Costa Gouvêia por meio da técnica de Grupo Focal (GF). Esse processo foi conduzido em conformidade com os critérios de inclusão, visando esclarecer dúvidas e apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), além de facilitar o preenchimento do questionário socioeconômico (Apêndice B) e a obtenção das assinaturas no Termo de Autorização do Uso de Imagem e Voz (Apêndice D). Dentre os colaboradores abordados, 16

concordaram em participar da pesquisa, representando uma taxa de participação de 84,21% (16/19) em relação ao total de colaboradores do universo pretendido.

A condução das reuniões de grupo focal foi liderada pela pesquisadora principal deste trabalho, a médica da equipe. Os colaboradores da UBSRVCG foram categorizados em três tipos de funções, considerando critérios como escolaridade e a natureza de suas funções internas e/ou externas à unidade. Dessa maneira, a coleta de dados foi realizada por meio de quatro reuniões de Grupo Focal.

As reuniões abrangeram as seguintes categorias de colaboradores: a primeira, composta por três profissionais de nível superior (uma enfermeira, uma nutricionista e uma odontóloga); a segunda, formada por três profissionais de nível técnico (três técnicas de enfermagem). Por último, o terceiro grupo composto por 10 Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), que foram distribuídos em dois grupos focais em virtude da agenda de trabalho e para facilitar a distribuição das falas durante as atividades.

No início de cada reunião, uma explicação formal do procedimento foi ministrada, fornecendo detalhes sobre as expectativas para os participantes, orientando-os sobre como participar ativamente das discussões e abordar os tópicos apresentados. Todos os diálogos foram registrados em formato de áudio e imagem, seguindo um roteiro predefinido (Apêndice C) que abordava cada um dos princípios da Medicina do Estilo de Vida, incluindo padrão alimentar, atividade física, sono, controle do estresse, uso de substâncias tóxicas e conexão social. Posteriormente, realizou-se a transcrição das gravações e o tratamento do corpus textual, preparando-o para análise de conteúdo.

Quadro 1 – Grupos, Funções e Códigos dos Participantes da Pesquisa

Grupo Focal	Função	Código
Grupo 1	Profissional de Nível Superior – Enfermeira	NS01
Grupo 1	Profissional de Nível Superior – Nutricionista	NS02
Grupo 1	Profissional de Nível Superior – Odontóloga	NS03
Grupo 2	Agente Comunitário de Saúde	ACS01
Grupo 2	Agente Comunitário de Saúde	ACS02
Grupo 2	Agente Comunitário de Saúde	ACS03
Grupo 2	Agente Comunitário de Saúde	ACS04
Grupo 2	Agente Comunitário de Saúde	ACS05
Grupo 2	Agente Comunitário de Saúde	ACS06
Grupo 2	Agente Comunitário de Saúde	ACS07
Grupo 3	Técnico em Enfermagem	TEC01
Grupo 3	Técnico em Enfermagem	TEC02
Grupo 3	Técnico em Enfermagem	TEC03
Grupo 4	Agente Comunitário de Saúde	ACS08
Grupo 4	Agente Comunitário de Saúde	ACS09
Grupo 4	Agente Comunitário de Saúde	ACS10

Fonte: Dados da Pesquisa

A coleta de dados foi conduzida no mês de maio de 2023, compreendendo quatro sessões de grupos focais nos dias 01, 05, 11 e 19 do mencionado mês, envolvendo os profissionais de saúde da UBS Ribeirinha. Para cada um dos grupos, foi empregado o mesmo roteiro (Apêndice B), com a divisão conforme apresentado no quadro 1.

Os grupos 2 e 4 que representam os Agentes Comunitários de Saúde da UBS, tiveram o seu número de participantes estabelecidos de acordo com a disponibilidade de cada participante, considerando também o limite de eficiência da técnica.

3.5.1 Grupo Focal

O Grupo Focal (GF) é um dos vários tipos de entrevistas abertas de coleta de dados qualitativos, onde os processos de construção da realidade social são apresentados de modo que integram narrativas conjuntas de um determinado grupo (Flick, 2009; p.180). A escolha desta técnica de pesquisa ocorreu após a definição do objeto, dos objetivos e do desenho metodológico da pesquisa (Silva *et al.*, 2013).

O tamanho ótimo para um grupo focal deve ser de seis a oito participantes, além dos pesquisadores envolvidos, no entanto grupos focais podem ocorrer com sucesso com pelo menos três e no máximo catorze participantes (Gill *et al.*, 2008).

Ainda assim, a seleção aleatória de participantes para um grupo focal nem sempre é a melhor estratégia. É crucial avaliar se o participante tem contribuições relevantes a fazer e se sente à vontade para expressá-las no grupo, conforme apontado por Gondim (2003). Por essa razão, nesta pesquisa, optou-se por organizar os grupos focais de acordo com as funções dos participantes. Isso foi feito para prevenir que alguns discursos dominem ou ofusquem outros.

Além do número de participantes, a complexidade do tema ou a polêmica em torno dele terão influência direta na duração da reunião, no geral, uma duração entre 90 e 110 minutos pode ser considerada uma boa prática (Trad, 2009).

A duração e o número de participantes de cada uma das sessões dos grupos focais realizadas são apresentados no quadro 2:

Quadro 2 – Duração das Sessões e Número de Participantes

Grupo Focal	Duração (min)	Nº de Participantes
Grupo 1	72	3
Grupo 2	158	7
Grupo 3	73	3
Grupo 4	100	3

Fonte: Dados da Pesquisa

Pode-se observar que, embora os grupos 1 e 3 tenham tido uma duração inferior a 90 minutos, mantiveram-se no limite inferior do número de participantes recomendado para a aplicação da técnica, devido à disponibilidade dos profissionais envolvidos. No entanto, é relevante destacar que todos os temas foram discutidos de maneira satisfatória pelos participantes.

Em grupos mais reduzidos, compostos por cinco a sete pessoas, busca-se atingir a máxima expressão de cada participante. Por outro lado, um maior número de participantes propicia a geração de um maior volume de ideias, conforme apontado

por Lervolino e Pelicioni (2001). Assim como observado no grupo 2, composto por 7 participantes e com maior duração da reunião dentre os grupos.

A coleta de dados por meio do Grupo Focal (GF) se aproveita da propensão humana para formar opiniões e atitudes durante a interação social. A moderadora do grupo, que também é a pesquisadora, procurou criar um ambiente propício para que os participantes pudessem expressar diversas percepções e pontos de vista. Nesse contexto, o objetivo não era necessariamente atingir um consenso, conforme preconizam Lervolino e Pelicioni (2001).

3.6 Tratamento de Dados

Esta seção trata dos métodos e ferramentas utilizados para a análise qualitativa dos dados coletados, sendo estes, a análise de conteúdo e o *software* IRaMuTeQ.

Os dados coletados com a transcrição dos grupos focais utilizaram instrumentos metodológicos da Análise de Conteúdo. Essa metodologia está em constante aperfeiçoamento, e se aplica a discursos diversos. De forma, o esforço de interpretação oscila entre a obstinação da objetividade e a fecundidade da subjetividade, levando ao “desvendar crítico”, tido como foco primordial da Análise de Conteúdo (Bardin, 2016, p. 15).

As diferentes fases da análise de conteúdo, organizam-se dentro de três polos cronológicos: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (Bardin, 2016, p. 125).

A técnica proposta inicialmente foi do tipo temático e frequencial, por ser mais útil em uma primeira fase de abordagem da maioria dos materiais (Bardin, 2016, p. 55).

O Método de Reinert propõe uma classificação hierárquica descendente (CHD) do corpus textual analisado. A CHD tem por objetivo obter classes de segmentos de texto que, ao mesmo tempo, apresentem vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente dos segmentos de texto de outras classes (Oliveira Júnior; Salerno, 2021).

Para a análise sequencial foi utilizado o IRaMuTeQ, um *software* gratuito e desenvolvido sob a lógica do *open source*. Ele ancora-se no ambiente estatístico do *software* R e na linguagem *python*. Este *software* viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde simples até análises multivariadas. Ele organiza a distribuição do vocabulário compreensível, como na análise de similitude, possibilitando a elaboração de uma nuvem de palavras (Camargo; Justo, 2013).

O IRaMuTeQ gera uma CHD conforme proposto por Reinert. Esta análise é baseada na proximidade lexical e na ideia de que palavras usadas em um contexto semelhante estão associadas ao mesmo mundo lexical e fazem parte de mundos mentais específicos ou sistemas de representação. Nesta análise, os segmentos de texto são classificados de acordo com seu respectivo vocabulário e o conjunto de termos é particionado de acordo com a frequência das raízes das palavras (Oliveira Júnior; Salerno, 2021).

Para melhor desempenho da análise de dados *software* IRaMuTeQ realizamos o tratamento do corpus textual, retirando-se o vocabulário informal e jargões.

3.7 Produto da Dissertação

Concluída a primeira etapa, procedeu-se ao desenvolvimento do produto educacional, que inclui um plano de ensino e um material técnico destinados à realização de uma oficina sobre Medicina do Estilo de Vida, direcionada aos

profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família Ribeirinha (Apêndice E). A escolha do formato de oficina foi fundamentada na opinião dos próprios participantes da pesquisa, expressa durante os debates nas reuniões de grupo focal.

As oficinas pedagógicas estimulam a construção do conhecimento por meio do fomento ao diálogo e geram um processo de aprendizagem coletiva com o potencial de transformar a realidade de seus participantes (Martins *et al*, 2018). Uma oficina é diferente de um curso pois se realiza para construir ou aprimorar um conhecimento específico e solucionar um ou mais problemas.

O material instrucional e o plano de ensino destinados à realização da oficina foram elaborados com base na análise qualitativa dos dados coletados. Seu propósito é oferecer suporte na resolução de problemas relacionados à compreensão de elementos conceituais e práticas de um estilo de vida saudável, atendendo às necessidades de aprendizagem identificadas. Além disso, busca-se propor atividades que engajem os profissionais de saúde na construção de conhecimentos e no desenvolvimento de habilidades desse tema específico.

Do material desenvolvido, chamado “Guia para realização da oficina pedagógica: Imersão em Medicina do Estilo de Vida pelos Profissionais da Atenção Primária à Saúde de Comunidades Tradicionais Ribeirinhas” cujo objetivo é orientar para a execução de uma oficina sobre os princípios da MEV para os profissionais de saúde para uma UBS Ribeirinha, consta seções como:

- O plano de trabalho, que determina boas práticas a serem executadas antes, durante e depois da oficina;
- O plano de ensino da oficina;
- Casos de estudo e materiais de apoio.

4 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados, foi utilizado o software livre IRaMuTeQ, na versão 0.7 alpha 2, integrado ao ambiente estatístico do software R e à linguagem Python. Os resultados deste estudo foram fundamentados nas ferramentas fornecidas pelo IRaMuTeQ, facilitando a interpretação dos dados mais frequentes no *corpus textual* analisado.

O *corpus textual* final incorporou as formas ativas tendo sido consideradas os verbos, substantivos e adjetivos. Adicionalmente, foram incluídas formas não reconhecidas, embora esta última categoria possa não ter sido lematizada corretamente devido à ausência no dicionário do software utilizado. Advérbios não foram considerados como formas ativas pois alguns foram muito frequentes nos regionalismos presentes nos textos, dificultando a compreensão do contexto.

O *corpus textual* foi composto pela transcrição de 4 reuniões de grupos focais, consolidados em apenas um documento. Foram utilizadas nas análises 4 variáveis: Tema; Reunião de Grupo Focal; Função Exercida na UBS e Sujeito Participante. Para estar em conformidade com o IRaMuTeQ procedeu-se as seguintes decodificações das variáveis: sujeitos participantes da pesquisa (suj_1 até suj_16), temas (tema_1 até tema_9), reuniões de grupo focal (grupo_1 até grupo_4) e funções exercidas na UBS (func_1 até func_4).

O Quadro 3 apresenta os nove temas para os quais foram distribuídas as questões do roteiro de pesquisa.

Quadro 3 – Temas Abordados nas Reuniões de Grupo Focal

Temas	Descrição	Código
Tema 1	Alimentação Saudável	tema_1
Tema 2	Estilo de Vida Saudável	tema_2
Tema 3	Prática de Atividade Física e Exercício Físico	tema_3
Tema 4	Sono	tema_4
Tema 5	Estresse	tema_5
Tema 6	Consumo de Álcool e outras Substâncias Tóxicas	tema_6
Tema 7	Conexões Sociais	tema_7
Tema 8	Pautas para Gestor de Saúde	tema_8
Tema 9	Educação em Saúde	tema_9

Fonte: Autora

O *corpus textual* foi submetido à três diferentes análises no IRaMuTeQ, conforme descrito abaixo (SALVIATI, 2017):

- i. Análise de especificidades: este tipo de análise relaciona textos a variáveis, permitindo a análise da produção textual em relação às características específicas. No processo, o pesquisador associa ao corpus as variáveis que deseja examinar, resultando na divisão da base de dados de acordo com a variável selecionada. Um exemplo prático seria a comparação entre homens e mulheres em um questionário aplicado.
- ii. Análise pelo Método de Reinert e Análise Fatorial de Correspondência (AFC): o método de Reinert propõe um tipo de análise de agrupamentos que classifica as formas ativas do *corpus textual* em classes lexicais através de uma classificação hierárquica descendente (CHD). Essa classificação fundamenta-se na proximidade léxica, pressupondo que palavras utilizadas em contextos semelhantes estão vinculadas ao mesmo universo léxico e integram mundos mentais específicos ou sistemas de representação. No decorrer dessa análise, os trechos de texto são categorizados conforme seus respectivos vocabulários, e o conjunto de termos é particionado com base na frequência das raízes das palavras. O sistema busca formar classes compostas por palavras que

apresentam uma associação significativa com a própria classe (a significância é determinada a partir do qui-quadrado = 2). A Análise Fatorial de Correspondência (AFC) é uma representação gráfica dos dados para ajudar a visualização da proximidade entre classes ou palavras.

- iii. Análise de similitudes: Essa análise gera um gráfico que ilustra as relações entre as palavras no corpus textual. Através dessa análise, torna-se possível inferir a estrutura do texto e identificar os temas de relativa importância, com base nas coocorrências das palavras.

Além disso, para complementar a compreensão dos resultados foi gerada uma nuvem de palavras com os termos mais recorrentes no *corpus textual*.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do corpus textual, composto por 135 textos, revelou um total de 33.083 ocorrências e 2.180 formas distintas. Assim, 903 dessas formas são hápax, que são palavras que aparecem apenas uma vez no corpus, representando 2,73% das ocorrências e 41,42% das formas. A análise apresentou 947 segmentos de texto, dos quais 896 (94,61%) foram utilizados pelo IRaMuTeQ. Além disso, identificaram-se 1.922 formas ativas e 247 formas suplementares.

5.1 Análise de Especificidades

A análise de especificidades foi aplicada à variável função, na qual foi possível verificar os termos mais presentes nos discursos de cada uma delas (profissionais de nível superior, agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem). As principais palavras no discurso de cada uma das funções estão apresentadas no quadro 4.

Quadro 4 – Formas mais presentes nos discursos das funções

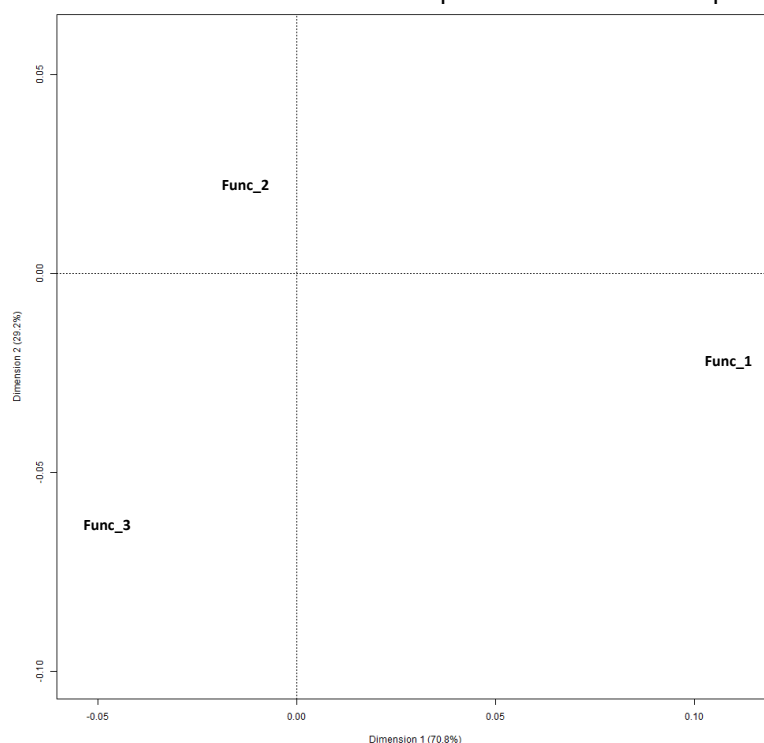
Presença	Func_1	Func_2	Func_3
1º	Sono	Área	Ver
2º	Uso	Orientação	Então
3º	Mais	Apenas	Baixo
4º	Questão	ACS	Acreditar
5º	Droga	Falar	Papel
6º	Físico	Mãe	Vida
7º	Estimular	Quando	Orientar
8º	Dever	Criança	Acordar
9º	Importante	Pedir	Querer
10º	Necessário	Criar	Ilha

Fonte: Dados da Pesquisa

Ao verificar mais profundamente os resultados das análises de especificidades, percebe-se a ausência de coincidências nos termos mais prevalentes nos discursos

das funções examinadas. Essa observação destaca diferenças nos escores provenientes da lei hipergeométrica para cada lista de formas geradas em relação às funções, sugerindo que os discursos ligados a cada uma delas são notavelmente distintos, apesar de serem gerados pelo mesmo instrumento de pesquisa e compartilharem um contexto comum, mas ocupando diferentes responsabilidades no cuidado à saúde dos pacientes. Esse distanciamento pode ser observado no gráfico da Análise Fatorial de Correspondência (Figura 1) realizada a partir da variável função.

Figura 1 - Distância lexical entre os discursos dos profissionais de saúde pela função ocupada.



Fonte: Dados da Pesquisa - IRaMuTeQ

O discurso dos profissionais de nível superior revela uma abordagem mais técnica em relação aos temas, citando diretamente aspectos específicos como 'sono', 'drogas' e 'atividade física'. Adicionalmente, destaca a importância desses temas e a maneira de abordá-los, utilizando termos como 'dever', 'importante', 'necessário' e 'estimular' "...o indivíduo quando já está com o hábito instalado, quando ele já é

usuário de droga é **necessário** que o trabalho seja mais especializado, e não conseguimos suprir a necessidade desse paciente” (suj_01).

Por outro lado, os discursos dos agentes comunitários de saúde evidenciam uma maior ênfase na forma de abordagem, no sujeito da abordagem e no objeto dessa abordagem, mediante o uso dos termos 'orientação', 'falar', 'pedir', 'mãe' e 'criança'. E a referência à palavra 'criar' demonstra uma atitude de inventividade para mudança de realidade, com expectativas de melhora das condições em que vivem o povo ribeirinho “...eu estava prestando atenção aqui no que tu estavas **falando** em relação à horta suspensa, ela é uma ótima forma pra gente tentar **criar** dentro das outras comunidades um hábito mais saudável” (suj_05), “hoje em dia ninguém mais se preocupa em **criar** uma galinha, **criar** um porco, plantar alguma fruta” (suj_03) e “para eles terem um olhar mais carinhoso para o povo da ilha, porque na cidade eles **criam** as praças, quadras de esporte, ginásio, e nós aqui das ilhas não temos nenhum espaço público para incentivar as pessoas a praticarem esportes” (suj_09).

Por último, nos discursos dos técnicos de enfermagem, também são encontrados termos pertinentes ao modo de agir, como 'orientar' “...como lá é uma área ribeirinha eu **orientaria** a caminhada devido ter terreno com espaço e a natação pela proximidade com o rio, além disso indicaria pequenos exercícios em casa como alongamentos” (suj_11). O termo 'ver' reflete inúmeras experiências vividas sobre os temas investigados, como evidenciado nos segmentos '... aí quando eles vão, eles se estressam porque eles querem que seja rápido e não tem como, são vários pacientes, não tem como fazer nessa rapidez, então eu já **vejo** o estresse deles na espera do atendimento' (suj_13) ou “... eu **vi** que ela se esforçou para obedecer àquilo que foi repassado para ela, ela **viu** que realmente era um estilo de vida melhor para ela” (suj_12).

O termo 'baixa', para os técnicos de enfermagem, na maioria de suas ocorrências, carrega uma conotação negativa, como em 'baixo peso', 'baixa resistência', 'pra baixo' etc. O termo 'acreditar' está associado a um padrão de não proferir afirmações definitivas, mas sim em deixar clara a individualidade dessas afirmações "...causa muitas doenças e mesmo que tu digas beber socialmente, mas beber socialmente de qualquer jeito você está ingerindo álcool, então eu **acredito** que dentro de uma perspectiva de uma vida saudável tem que tirar de vez" (suj_12).

Enquanto que 'acordar' está ligado ao tema sono e está associado principalmente a ideia de que os moradores da ilha acordam cedo, embora, alguns discursos dos ACSs apontem que a chegada do sinal de celular tenha alterado em parte esta realidade "... o **sono** é fundamental, eu passei por um período muito difícil na minha casa, não sabíamos que uma pessoa da minha família não estava conseguindo dormir e o **celular** foi o motivo da falta de **sono**" (suj_16), demonstrando o impacto dos recursos tecnológicos no modo de viver da população ribeirinha da Ilha das Onças.

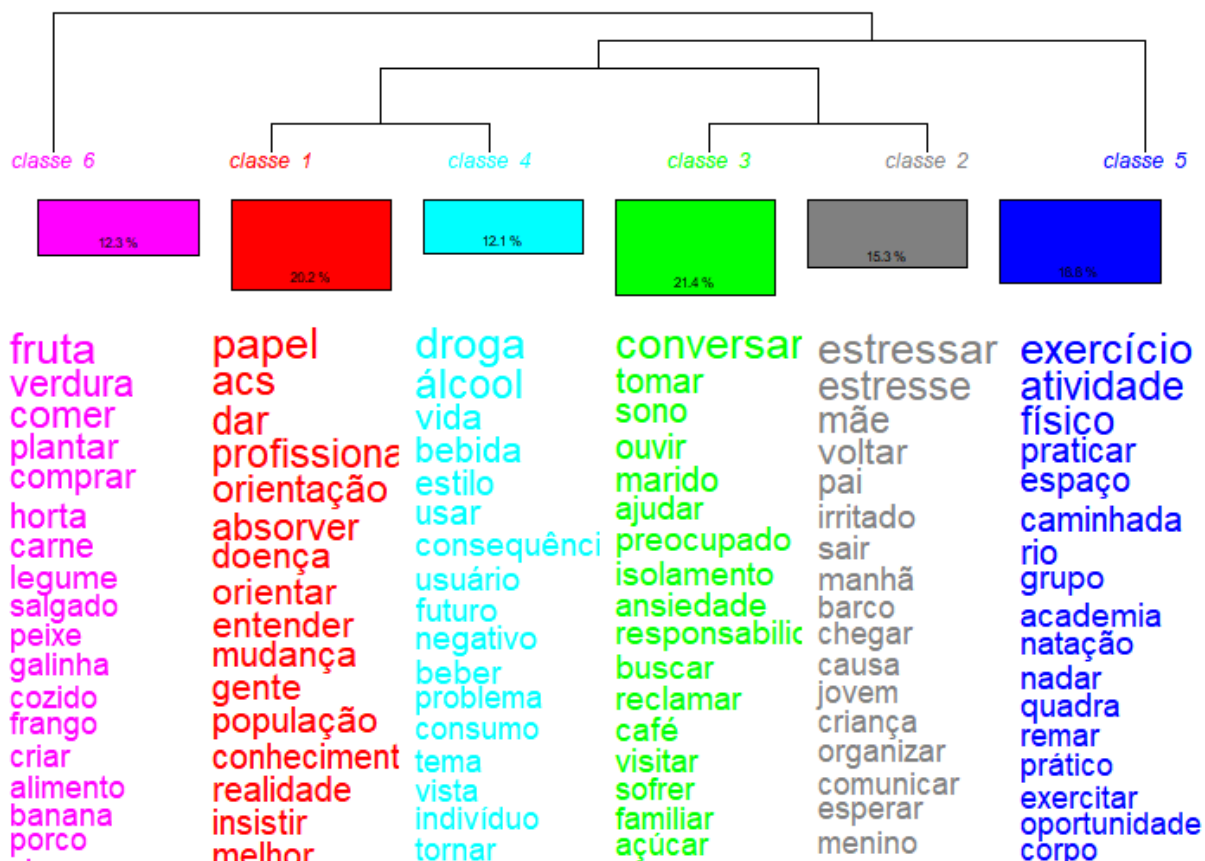
5.2 Método de Reinert: Classificação Hierárquica Descendente (CHD)

A análise da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) das formas ativas resultou na identificação de seis classes de palavras, nomeadas como: Classe 1 - Educação em Saúde; Classe 2 - Estresse; Classe 3 - Conexões Sociais e Sono; Classe 4 - Álcool e Substâncias Tóxicas; Classe 5 - Atividade e Exercício Físico; e Classe 6 - Alimentação.

De acordo com a representação na Figura 2, a classe 3 foi a mais representativa, com 192 (21,4%) segmentos de texto, seguida pela classe 1 com 181 segmentos de texto (20,2%), a classe 5 com 168 segmentos de texto (18,8%), a classe

2 com 137 segmentos de texto (15,3%), a classe 6 com 110 segmentos de texto (12,3%) e, por último, a classe 4 com 108 segmentos de texto (12,1%).

Figura 2 - Dendrograma – Classificação Hierárquica Descendente.



Fonte: Dados da Pesquisa - IRaMuTeQ

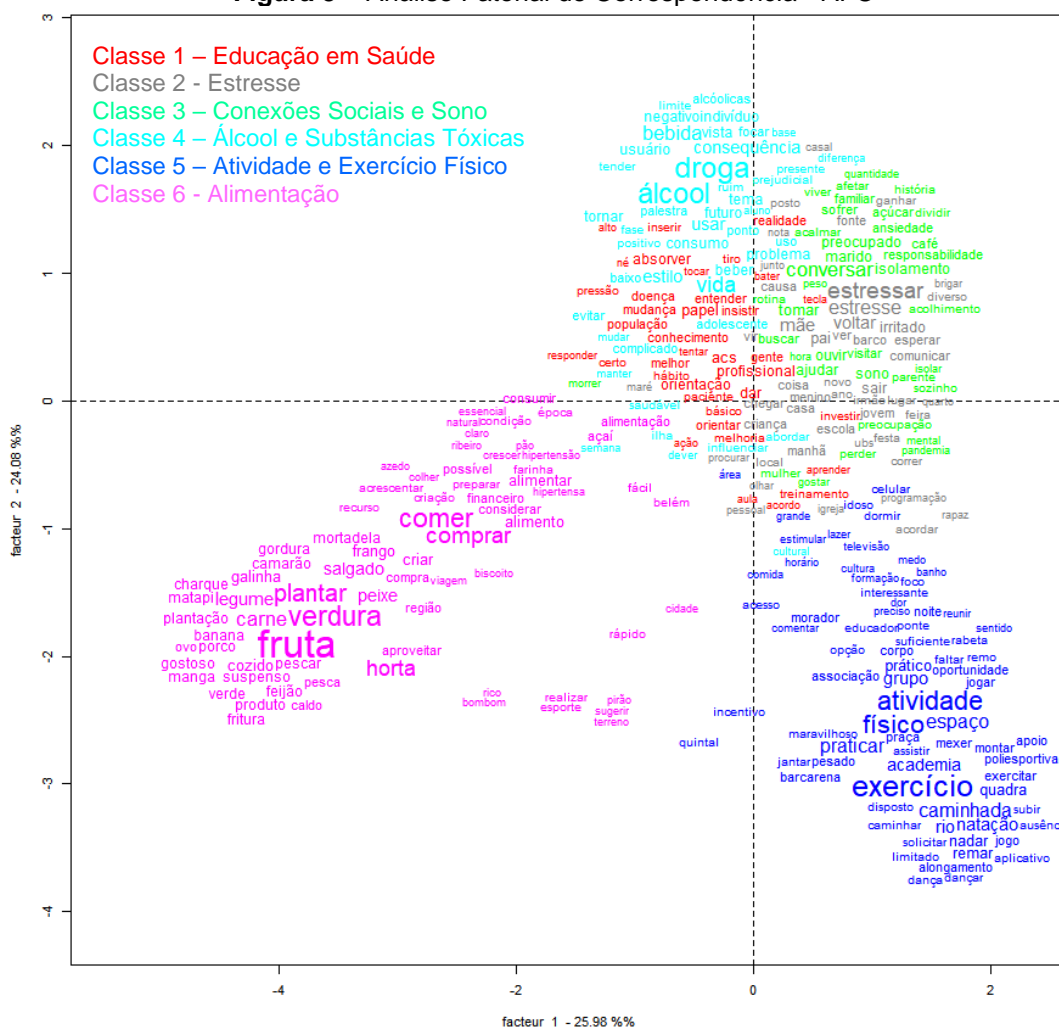
No dendrograma, é evidente que o processo de (re)agrupamento do texto se desdobra em quatro níveis, resultando em seis classes finais. A proximidade das classes em relação aos pontos de ramificação é indicativa da afinidade lexical entre elas, conforme destacado por Rosa e Candaten (2021). Quanto mais próximas as categorias em relação às bifurcações, maior é a afinidade lexical percebida.

A Análise Fatorial de Correspondência (AFC) resultou em cinco fatores que explicam 25,98%, 24,08%, 20,14%, 15,62% e 14,18% do modelo (Figura 3). Os dois

fatores com maiores percentuais explicam um acumulado de 50,06% do modelo, que estão representados nos eixos X e Y do plano cartesiano (Figura 2).

No eixo X, representando 25,98% da distribuição do corpus textual, a classe 6 (eixo X negativo) e a classe 5 (eixo X positivo) estão posicionadas em quadrantes diferentes, embora ambas estejam representadas do lado negativo do eixo Y, que corresponde a 24,08% de distribuição do corpus textual. Há predominância do posicionamento central das classes 1 (Educação em Saúde), 2 (Estresse), 3 (Conexões Sociais e Sono) e 4 (Álcool e Substâncias Tóxicas). E as classes 1, 2 e 4 estão posicionadas principalmente no eixo Y positivo. Existem palavras posicionadas na interseção dos eixos X e Y, representadas pelas classes 1 e 2.

Figura 3 – Análise Fatorial de Correspondência - AFC



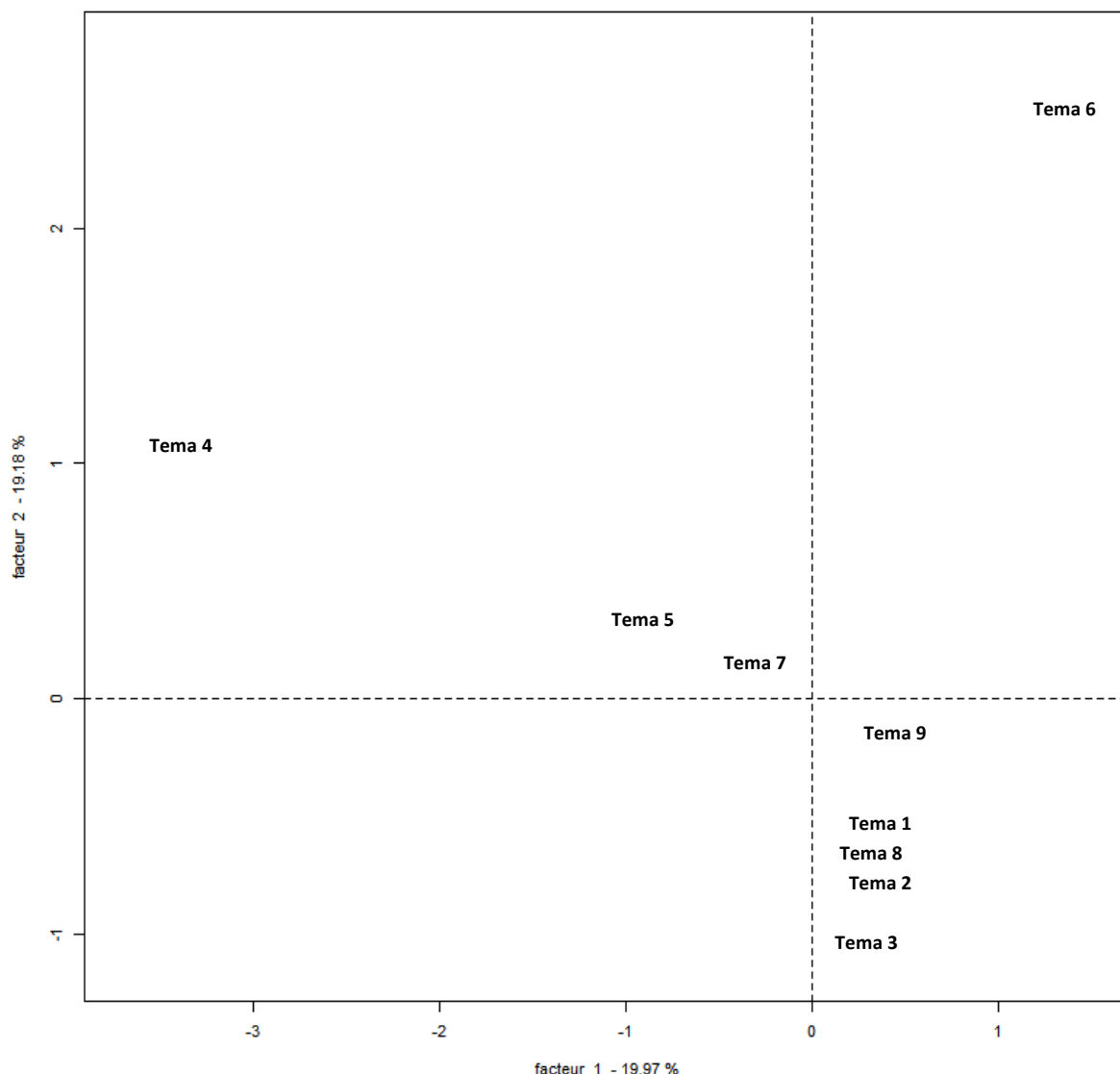
Fonte: Dados da Pesquisa - IRaMuTeQ

A combinação dos dois eixos (X e Y) oferece uma visão bidimensional e diferencia o corpus textual em três mundos lexicais. O primeiro, um mundo dos eixos X positivo e Y negativo, no quadrante inferior direito, mostrando a Classe 5 - Atividade e Exercícios Físico; o segundo, um mundo de coordenadas com eixos X e Y negativos no quadrante inferior esquerdo, apresentando a Classe 6 - Alimentação; e finalmente, um mundo lexical com uma posição central em relação ao eixo X e positivo ao eixo Y. Este mundo lexical se concentra principalmente na transição dos quadrantes superiores, onde estão posicionadas as Classes 1 - Educação em Saúde; Classe 2 - Estresse; Classe 3 - Conexões Sociais e Sono; e Classe 4 - Álcool e Substâncias Tóxicas.

A AFC da variável Tema está representada nos eixos X e Y do plano cartesiano da Figura 4 e evidencia a distância entre os 9 temas no *corpus textual*. Na demonstração desta distribuição são destacados três aspectos. Primeiro, que os temas 4 (Sono) e 5 (Estresse) embora estejam no quadrante superior esquerdo (eixo X negativo e eixo Y positivo), há uma lacuna entre os dois, e o tema 7 (Conexões sociais), ainda neste quadrante, está mais próximo do tema 5.

Esses achados estão em consonância com a concepção de que existe uma relação recíproca entre o estresse e o sono. Um estudo demonstrou que pessoas com privação de sono possuem um nível 60% maior de ativação da amígdala cerebral, que regula a expressão do medo e agressividade frente a estímulos ambientais (Yoo *et al*, 2007). Enquanto a influência contrária também é válida, pois o estresse é um dos principais contribuintes para a insônia, assim como a influência da genética, da história familiar de insônia, do gênero feminino e do estresse ambiental (Kalmbach; Anderson; Drake, 2018).

Figura 4 - Distância entre os temas de acordo com os discursos dos profissionais de saúde



Fonte: Dados da Pesquisa - IRaMuTeQ

Corroboram esses estudos a reflexão de dois profissionais a partir de certas falas como “... além disso, eu observo que a maioria deles [moradores da comunidade] tem também o sono prejudicado devido à preocupação por diversos motivos. Os homens reclamam mais sobre o medo de assaltos e furtos dos barcos, já as mulheres se queixam mais de preocupações familiares como os filhos que saem para vender açaí [nas feiras de Belém]” (suj_02), “... os idosos têm muita preocupação com os filhos e são coisas que não estão ao nosso alcance de se resolver, ou seja, a interrupção do sono não vai ajudar nesse problema, só causará malefícios à saúde”

(suj_02) e “muitas mulheres não conseguem dormir por preocupação com seus filhos, uma dessas motivações é o consumo de drogas, que aumentou na ilha e isso afeta a saúde mental e o sono” (suj_01).

Porém a conexão dos temas sono e estresse não foi observado de forma ampla nas falas dos sujeitos da pesquisa. Demonstrando que a percepção da relação entre o estresse e o sono, apesar de corroborado por inúmeros estudos, ainda necessita ser mais bem trabalhado entre os profissionais da UBSRVCG.

O tema 7 (Conexão Social) posicionado próximo ao tema 5 (Estresse) e em seguida ao tema 4 (Sono) sinaliza coerência com a literatura, pois as relações sociais reverberam no bem-estar emocional do indivíduo, assim como contribui com efeitos positivos em sua saúde física e mental a longo prazo, reduzindo o risco de mortalidade (Holt-Lunstad, 2021). Além disso, um estudo com 479.054 homens e mulheres do Reino Unido demonstrou que o isolamento social parece permanecer como um fator de risco independente para mortalidade após um evento de infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral (Hakulinen *et al.*, 2018).

Foi observado no discurso dos sujeitos da pesquisa, que as palavras mais recorrentes foram “família” e “conversa”, o que demonstra que para os profissionais o contato com a família é a principal forma de conexão social entre os moradores da comunidade.

A proximidade entre os profissionais e os pacientes também foi apresentado com destaque em trechos como “... alguns pacientes chegam tão mal para conversar com a gente que não há nem consulta, a pessoa chora bastante e desabafa sobre as suas experiências, isso faz bem” (suj_03), “eu vejo que os idosos lá na ilha são muito carentes, até com a gente, às vezes eles chegam lá querendo conversar, é uma avaliação simples e eles querem ficar um tempão conversando” (suj_12), “... às vezes

a gente percebe que eles não estão buscando se consultar, só estão lá para conversar, para desabafar, muitos não tem paciência para realmente ouvir, só está ali, mas não está ouvindo de fato as aflições do outro” (suj_02) e “ ... é cada um para um lado, cada um fazendo o seu trabalho, e para quem está necessitando de um pouco de atenção para conversar, para desabafar sobre alguma preocupação, quando encontra oportunidade de conversar é uma maneira de não chegar a este ponto de ficar nesse isolamento e desânimo” (suj_14).

A falta de conexões sociais então, parece ter relação com sensação de estresse e depressão. E a maior parte das evidências de intervenção provém de esforços terciários destinados aos indivíduos mais gravemente afetados. Mas entre as intervenções de saúde pública, os esforços terciários são os mais dispendiosos, e são os menos eficazes, logo maior atenção deve ser dada aos esforços na prevenção primária e secundária (Holt-Lunstad, 2021).

Nos EUA, por exemplo, o Departamento de Saúde e Serviços Humanos, considerando a implicação do isolamento social e da solidão na saúde pública, recomendou que se deve estabelecer um centro nacional de recursos para concentrar evidências, formação e melhores práticas sobre o isolamento social e a solidão, incluindo adultos mais velhos e população de risco (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). A riqueza dos discursos mostra que os profissionais estão atentos a este tema no dia a dia dos atendimentos aos pacientes, mas a estruturação de iniciativas consistentes entre os gestores, profissionais e comunidade precisam ser fortalecidas.

Em sequência, observa-se o tema 6 (Álcool e Substâncias Tóxicas) isolado no quadrante superior esquerdo (eixo X e Y positivos), sem proximidade com nenhum

dos demais temas. Uma hipótese para esse distanciamento lexical desse tema para os demais pode ter relação com o desconhecimento desse tema ou da forma de abordagem pouco estruturada pelos profissionais.

Lidar com o tratamento do alcoolismo, da ingestão exagerada de alimentos, ou do consumo de substâncias tóxicas, não é fácil por diversas razões. A literatura mostra que hábitos repetitivos não saudáveis, sustentam-se pelo seu mecanismo de gatilho, comportamento e recompensa (Brewer, 2022), ou seja, algo dispara a necessidade do consumo do alimento ou substância, ocorre o consumo e há uma satisfação momentânea.

Além disso, abordar o paciente ou sua família sobre o problema pode gerar algum grau de animosidade na relação com o profissional de saúde, como pode-se extrair dos discursos: "... se formos falar diretamente, eles consideram que estamos fazendo intriga, temos muito problemas com drogas aqui na ilha, já é um problema geral na minha área e eu tenho crianças que estão usando drogas, eu sei disso porque vi" (suj_15), "aqui é muito difícil avaliar essa questão da droga porque tem muitos que até os pais sabem que o filho é usuário de drogas mas é difícil assumir que o filho consome drogas" (suj_14) e "... os moradores têm que ter uma relação mais leve com o álcool, nessa relação eles não devem ser dependentes do álcool, muitos pacientes fazem uso de drogas mas negam" (suj_02).

De acordo com Rosenstock e Neves (2010), os profissionais inseridos na Atenção Básica possuem a capacidade singular de catalisar transformações significativas ao interagirem diretamente com as comunidades que atendem. Destaca-se, em particular, o potencial dos enfermeiros integrantes da equipe, que, ao estabelecerem uma convivência próxima com a comunidade, podem identificar de forma aprofundada os problemas associados ao consumo de substâncias psicoativas.

Por meio do conhecimento da história e padrão de consumo do paciente, esses profissionais estão aptos a realizar um acolhimento personalizado e promover a sensibilização inicial, constituindo a base para a implementação de ações assistenciais pertinentes.

Os discursos sobre álcool e outras substâncias tóxicas também apontaram algumas soluções para abordar melhor a questão da dependência dessas substâncias: “... é nisso que devemos focar, fazer os pais entenderem que eles precisam conversar com os adolescentes sobre o assunto do consumo das drogas, porque conscientizar os adultos sobre o perigo do uso das drogas é mais difícil” (suj_01)”, “... o momento do uso das drogas é bom e divertido só que o preço que se paga pelo uso dessas drogas é muito alto, então a educação é a solução para evitar que as pessoas venham a consumir drogas na ilha” (suj_03) e “... é necessário promover momentos de conscientização sobre as drogas porque muitos pais não têm acesso a essas discussões, ou seja, não conseguem educar sobre algo que eles desconhecem, por isso é necessário a promoção de palestras educativas na ilha” (suj_03).

E por último, no quadrante inferior direito (eixo X positivo e eixo Y negativo) estão concentrados os demais temas, demonstrando que os temas 9 (Educação em Saúde), tema 8 (Pautas para Gestor de Saúde) e tema 2 (Estilo de Vida Saudável) que apontam além de experiências e vivências, sugerem as expectativas de ações dentro do contexto do Estilo de Vida Saudável, e estão mais intimamente conectados, no mesmo quadrante, aos temas 1 (Alimentação Saudável) e 3 (Prática de Atividade Física e Exercício Físico).

Assim, pode se verificar que tanto no que diz respeito à possível pauta com o gestor de saúde municipal, como às necessidades de aprendizado identificadas pelos

profissionais, giram em torno dos temas Alimentação Saudável, Prática de Atividade Física e Exercício Físico, como se pode observar nos trechos “... eu abordaria essa questão sobre construção de academia talvez praças públicas que são coisas que não existem aqui na nossa ilha” (suj_07), “... uma das opções é fazer uma praça uma quadra e contratar um educador físico também para trabalhar com a gente” (suj_14) e “... porque o governo é o meio mais fácil de conseguir essa alimentação saudável porque pode oferecer essa parte financeira para ajudar as comunidades com as hortas comunitárias” (suj_10).

5.3 Análise de Similitude

Para a análise de similitude, foram consideradas palavras que ocorreram com uma frequência mínima de 20 vezes. Essa delimitação foi estabelecida com o propósito de viabilizar uma interpretação coerente do gráfico apresentado.

A Figura 5 destaca a árvore máxima centrada na palavra 'gente'. Entenda-se esse termo como uma expressão do papel intrínseco do profissional de saúde na responsabilidade de orientar e educar os pacientes sobre os temas da Medicina do Estilo de Vida. A expressão 'a gente' é frequentemente utilizada, como exemplificado em passagens como “... temos que dar orientação de acordo com o que a gente pode, com o nosso conhecimento” (suj_03), “... o açaí, a banana e a manga, tudo isso a gente vê que são coisas boas para eles” (suj_12) e “... às vezes quando a gente aponta, contrapõe à realidade de alimentação das famílias, muitas mães podem se tornar conscientes” (suj_14).

(suj_01) e "... a pessoa escuta e me coloco com cuidado para ele não achar que quero mandar nele." (suj_14).

O termo "família" também representa um núcleo de uma derivação da árvore que o associa aos termos 'casa', 'pai', 'filho', 'mulher', entre outros. A família e sua intensidade de conexão parecem constituir um dos pilares no discurso dos profissionais. Corroborando essa ideia, o termo 'família' se liga ainda a uma ramificação que é centralizada pelo termo 'saúdável' e que se conecta a outros termos como 'alimentação', 'hábito', 'praticar', 'estilo', 'vida', 'álcool', entre outros.

Nesse contexto dos hábitos saudáveis, as populações tradicionais ribeirinhas em transição nutricional incorporam hábitos desfavoráveis compatíveis às rotinas dos habitantes dos centros urbanos: maior consumo de alimentos industrializados, redução da atividade física, diminuição no consumo de frutas e fibras; e a um aumento da ingestão de sal, gordura saturada e açúcares simples, levando à maior incidência de DCNT (Da-Glória; Piperata, 2019).

Por fim, análise de similitude pôde mapear o discurso captado nas reuniões de grupos focais realizados, destacando os seus elementos chaves e a força entre as suas conexões, contribuindo para a compreensão geral do *corpus* textual.

Reconhecendo a importância da compreensão, por parte dos profissionais de saúde, dos determinantes de saúde relevantes para a população tradicional da Ilha das Onças, foi elaborado um plano de ensino para uma tecnologia educacional, especificamente uma oficina. Este projeto visa fundamentar a educação permanente dos profissionais de saúde que integram a estratégia saúde da família, alinhando-se aos princípios da Medicina do Estilo de Vida. Nesse contexto, tanto o plano de ensino quanto a estrutura da oficina foram desenvolvidos observando as lacunas identificadas.

Dentre os temas sobre o estilo de vida, o mais central no discurso dos profissionais de saúde foi 'alimentação' que muitas vezes se emparelha com o termo 'saudável' como em "... tem período que a água invade tudo, então precisaríamos fazer a horta suspensa, e para eles começarem a partir dali começar uma **alimentação saudável**" (suj_04).

Quanto às formas 'falar', 'dizer', 'conversar' e 'orientar', remetem ao processo de trabalho com as famílias, baseado em repasse de informações como em "...o nosso papel na área da saúde é **falar** os males que o álcool provoca a longo prazo" (suj_12), "a gente sempre tenta **dizer** pra eles que não é bom e eles **dizem** que foram na médica e na nutricionista e reclamam que são prescritas dietas muito restritivas" (suj_05), "... **conversamos** na casa de um paciente, na ocasião de uma reunião, para fazermos uma horta suspensa" (suj_04), "... temos que dar a **orientação**, de acordo com que podemos dar, com o nosso conhecimento" (suj_03), entre outros.

E 'começar', 'conseguir' são formas que provocam o anseio por resultados a serem alcançados, por exemplo, "...eles devem **começar** a colocar na cabeça que eles precisam **começar** uma alimentação saudável, tentar e então eles vão **conseguir**" (suj_04). E a capacitação da equipe para apoiar as mudanças no estilo de vida dos usuários ribeirinhos no seu contexto familiar e em comunidade é bastante desafiador.

As equipes da Atenção Primária em Saúde precisam ampliar a compreensão sobre as metodologias de manejo existentes para a educação para o autocuidado, indo além do conhecimento técnico profissional, e considerando os determinantes de saúde que interagem com os saberes individuais, familiares e comunitários.

Dessa forma, a colaboração da equipe para a abordagem da mudança de comportamento e autocuidado pode ser conduzida elencando problemas, definindo

prioridades, estabelecendo metas, construindo planos conjuntos de cuidado, avaliando o cumprimento das metas, percebendo dificuldades dos usuários e limitações da própria equipe de saúde em dar o suporte de cuidado integral (BRASIL, 2014A).

Assim, uma alternativa de abordagem é a metodologia de Entrevista Motivacional (EM) que se concentra na promoção da mudança comportamental, priorizando o estímulo da motivação intrínseca das pessoas para a alteração e a adesão ao tratamento por meio de uma escuta empática. A EM reconhece que a maneira como nos comunicamos pode exercer uma influência significativa na motivação pessoal dos pacientes para que possam modificar seu comportamento (Brasil, 2014A; Miller, 2023).

Os achados desta pesquisa viabilizarão o aprimoramento da Educação Permanente das equipes de saúde da atenção primária por meio da utilização da tecnologia educacional construída a partir das reflexões conjuntas sobre os pilares da medicina do estilo de vida no contexto ribeirinho, incluindo a metodologia da Entrevista Motivacional e a otimização das formas de acompanhamento do paciente na UBS, para propiciar um ambiente de trabalho eficiente e harmonioso para o bom cumprimento das metas determinadas para a rede de atenção à saúde do SUS.

7 CONCLUSÃO

Com base nos resultados analisados, é possível extrair diversas conclusões que fornecem *insights* significativos sobre a abordagem e percepções dos profissionais de saúde em relação aos temas discutidos relacionados com a Medicina do Estilo de Vida.

Os profissionais de nível superior adotam uma abordagem mais técnica, focando em termos específicos como 'sono', 'drogas' e 'atividade física'. Suas considerações enfatizam a importância desses temas, utilizando palavras como 'dever', 'importante', 'necessário' e 'estimular'. Esta abordagem técnica sugere uma visão mais direcionada para aspectos clínicos e científicos.

Contrastando com isso, os agentes comunitários de saúde evidenciam uma abordagem mais centrada na forma de interação, destacando termos como 'orientação', 'falar', 'pedir', 'mãe' e 'criança'. A palavra 'criar' surge, indicando uma atitude de inventividade para promover mudanças positivas nas condições de vida da comunidade.

Os técnicos de enfermagem, por sua vez, utilizam termos como 'orientar' e 'ver', enfocando ações práticas. O termo 'baixa' é recorrente e carrega uma conotação negativa, especialmente quando associado a expressões como 'baixo peso' e 'baixa resistência'. Além disso, há uma ênfase na importância de 'ver' e observar experiências vividas pelos pacientes.

A análise de CHD identificou seis classes de palavras, sendo a classe 3 (Conexões Sociais e Sono) a mais representativa. Este resultado destaca a relevância dada pelos profissionais a temas que abordam as relações sociais e o sono, indicando uma compreensão da interconexão entre esses aspectos.

A AFC revelou cinco fatores, com destaque para as classes 5 (Atividade e Exercício Físico) e 6 (Alimentação). Isso sugere uma associação mais forte desses temas no discurso dos profissionais, indicando a importância atribuída à atividade física e à alimentação saudável no contexto abordado.

A análise de similitude destacou termos como 'gente', 'pessoa' e 'família', evidenciando a ênfase na interação entre profissionais de saúde e pacientes, bem como na orientação e educação. Além disso, revelou uma forte associação entre termos relacionados a hábitos saudáveis, família e estilo de vida.

Contudo, a abordagem de temas sensíveis, como 'Álcool e Substâncias Tóxicas', parece ser desafiadora, indicando possíveis lacunas no conhecimento ou dificuldades na estruturação de intervenções eficazes nessa área.

A nuvem de palavras enfatizou a família e alimentação saudável e destaca a necessidade de uma abordagem holística na promoção da mudança de comportamento na população ribeirinha. A comunicação eficaz, enfatizada pela metodologia de Entrevista Motivacional, é crucial.

A Educação Permanente das equipes de saúde, apoiada por tecnologia educacional, como um produto/processo educacional ativado em cenários reais de espaços de ensino é uma estratégia essencial para otimizar o acompanhamento do paciente na Unidade Básica de Saúde (UBS) e atingir as metas da rede de atenção à saúde do SUS. Assim, pode-se inferir que a promoção bem-sucedida do autocuidado exige uma integração cuidadosa de elementos familiares, comunitários e profissionais de saúde.

Em resumo, os resultados apontam para a necessidade de estratégias educacionais que considerem tanto a abordagem técnica quanto a ênfase na interação humana, destacando a importância de uma visão holística e personalizada na promoção de hábitos de vida saudáveis e na melhoria da saúde da comunidade estudada.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSON, M. I. P. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 2180, 2019.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2016.

BENIGAS, S.; SHURNEY, D.; STOUT, R. Making the Case for Lifestyle Medicine. **The Journal of Family Practice**, 71, n. 1 (Suplemento), 2022. S2-S4.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. **Cadernos de Atenção Básica**, 35. Brasília, DF, 2014C.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados**. Ministério da Saúde. Brasília, p. 124. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria nº 837, de 9 de maio de 2014. **Redefine o arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense.**, Brasília, DF, maio 2014B.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ANÁLISE EM SAÚDE E VIGILÂNCIA DE DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil. 2021-2030**. Ministério da Saúde. Brasília, p. 122. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**, Brasília, DF, setembro 2017.

BREWER, J. A. Avoidance of Risky Substances: Steps to Help Patients Reduce Anxiety, Overeating and Smoking. In: MEDICINE, A. C. O. L. **A Family Physician's Introduction to Lifestyle Medicine**. [S.l.]: American College of Lifestyle Medicine, 2022. p. S35-S37.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CDSS. COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **Redução das desigualdades no período de uma geração**: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Geneva: OMS, 2010.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-ATA sobre Cuidados Primários**. Alma-Ata: [s.n.], 1978. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf>.

CRUZ, J. A. D. L. et al. Medicina del Estilo de Vida: trabajando juntos para revertir la epidemia de las enfermedades crónicas en Latinoamérica. **Ciencia e innovacion en salud**, Barranquilla, 4, n. 2, 2017. 1-7.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. **Public Health**, 199, 2021. 20-24.

DA-GLÓRIA, P.; PIPERATA, B. A. Modos de vida dos ribeirinhos da Amazônia sob uma abordagem biocultural. **Ciência e Cultura**, São Paulo, 71, n. 2, p. 45-51. Abril/Junho 2019.

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

Freitas, R. Produtos Educacionais na Área de Ensino da CAPES: O que há além da forma? **Educação Profissional e Tecnológica em Revista**, 5(20), pp. 5-20. doi:10.36524/profept.v5i2.1229, 2021.

GILL, P. et al. Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. **British Dental Journal**, v. 204, n. 6, p. 291-295, Mar 2008.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paideia (Ribeirão Preto)**, 12, n. 24, p. 149-161, 2003..

HAKULINEN, et al. Social isolation and loneliness as risk factors for myocardial infarction, stroke and mortality: UK Biobank cohort study of 479 054 men and women. **Heart**, 104, p. 1536-1542. 2018.

HOLT-LUNSTAD, J. The Major Health Implications of Social Connetion. **Current Directions in Psychological**, 30(3), p. 251-259. 2021.

IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Atlas da vulnerabilidade social nos municípios Brasileiros. Brasília, 2015. Disponível em: <http://ivs.ipea.gov.br/ivs/data/rawData/publicacao_atlas_ivs.pdf>

JOHN KELLY, M. C. K. L. L. Establishing Competencies for Physicians Who Specialize in the Practice of Lifestyle Medicine. **American Journal of Lifestyle Medicine**, 14, n. 2, 2020. 150-154.

KALMBACH, D. A.; ANDERSON, J. R.; DRAKE, C. L. The impact of stress on sleep: Pathogenic sleep reactivity as a vulnerability to insomnia and circadian disorders. **Journal of Sleep Research**, 27, n. 6, 2018. e12710.

- LERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A Utilização do Grupo Focal como Metodologia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 2, p. 115-121, 2001.
- LIANOV, L.; JOHNSON, M. Physician competencies for prescribing lifestyle medicine. **JAMA**, 304, n. 2, 2010. 202-203.
- LORIG, K. R. et al. Evidence Suggesting That a Chronic Disease Self-Management Program Can Improve Health Status While Reducing Hospitalization: A Randomized Trial. **Medical Care**, v. 37, n. 1, 1999.
- MALTA, D. C. et al. A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 4, p. 661-675, 2017.
- MARINHO, J. I. et al. Análise de Conceito sobre estilo de vida saudável no contexto da atenção primária de saúde. **Research, Society and Development**, 14, 2021.
- MARTINS, V. P. et al. Contribuições de oficinas pedagógicas na formação do interlocutor da educação permanente em saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 20, 2018.
- MAXIMIANO, A. C. A.; NOHARA, I. P. **Gestão Pública: Abordagem integrada de Administração e do Direito Administrativo**. 1ª Ed. São Paulo: Atlas, 2017.
- MORAES, A. **Direito Constitucional**. São Paulo: Atlas, 2007, p. 319.
- NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE. **Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System**. Washington, p. 217. 2020.
- OLIVEIRA JÚNIOR, A. P.; SALERNO, S. Research trend on the use of historical approaches for the teaching of Statistics in Brazil. **Journal of Research in Pharmaceutical Science**, v. 7, n. 1, p. 20-34, 2021. ISSN 2347-2995.
- OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Noncommunicable diseases. **World Health Organization**, 13 Abril 2021A. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>>.
- OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OFFICIAL RECORDS OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION: THIRTIETH WORLD HEALTH ASSEMBLY**. Organização Mundial da Saúde. Geneva, p. 91. 1977.
- OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ottawa Charter for Health Promotion**. Ottawa: [s.n.], 1986. Disponível em: <<http://www.who.int/hpr/docs/ottawa.html>>.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. Geneva: OMS, 2021B.

QUEIROZ, M. K. D. S. et al. Fluxos assistenciais e a integralidade da assistência à saúde de ribeirinhos. **Revista de Enfermagem UERJ**, 26, 2018. e26706.

RIPPE, J. M. Lifestyle Medicine: The Health Promoting Power of Daily Habits and Practices. **American Journal of Lifestyle Medicine**, 12, n. 6, p. 499-512. 2018.

ROSA, M. P. A.; CANDATEN, A. E. Análise Qualitativa mediada pelo Software IRaMuTeQ: Interpretações a Partir de Ontem e Hoje no Sistema Único de Saúde. **New Trends em Qualitative Research**, p. 505-513. 2021.

ROSENSTOCK, K. I. V.; NEVES, M. J. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 63, n. 4, 2010. 581-586.

SALVIATI, M. E.. **Manual do Aplicativo Iramuteq**. *Apostila*. Planaltina, Distrito Federal, Brasil. Retrieved Novembro 12, 2023, Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salviati>. Março, 2017.

SILVA, M. G. et al. Publicações que utilizaram o grupo focal como técnica de pesquisa: o que elas nos ensinam? **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 398-406, abr/jun 2013.

TAQUETTE, S. R.; BORGES, L. **Pesquisa Qualitativa para Todos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2020.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009

TRILK, J. L. et al. Design and Implementation of a Lifestyle Medicine Curriculum in Undergraduate Medical Education. **American Journal of Lifestyle Medicine**, 13, n. 6, 2019. 574-585.

VUONG, T. D.; WEI, F.; BEVERLY, C. J. Absenteeism Due to Functional Limitations Caused by Seven Common Chronic Diseases in US Workers. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 57, n. 7, p. 779-784, 2015.

YOO, S.-S. et al. The human emotional brain without sleep—a prefrontal amygdala disconnect. **Current Biology**, 17, n. 20, p. R878-R879. 2007.

APÊNDICE A



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PARÁ PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE – EDUCAÇÃO MÉDICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, de nacionalidade _____, ___ anos, de estado civil _____, RG nº _____, estou sendo convidado a participar de um estudo denominado "A Percepção e a Prática dos Princípios da Medicina do Estilo de Vida pelos Profissionais da Estratégia Saúde da Família Ribeirinha (ESFR), cujos objetivos são:

- Avaliar as práticas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde Ribeirinha para o estímulo das mudanças necessárias no Estilo de Vida em usuários da APS;
- Analisar a maneira que o profissional de saúde da APS Ribeirinha busca ativar na sua população adscrita as ideias referentes às melhorias do estilo de vida;
- Identificar as forças, fraquezas, ameaças e oportunidades para tornar eficiente o trabalho da ESFR junto à população.
- Desenvolver material instrucional e plano de ensino para uma oficina de Medicina do Estilo de Vida para os profissionais de saúde da APS Ribeirinha.

A minha participação no referido estudo será por meio de uma reunião de aproximadamente duas horas, onde ocorrerão interações no grupo formado por funcionários da Unidade Básica de Saúde Ribeirinha, e onde se abordará os temas da Medicina do Estilo de Vida (padrão alimentar, atividade física, sono, controle do estresse, o uso de substâncias tóxicas e conexão social). O tempo gasto na reunião irá depender do esgotamento dos temas, onde se perceba que o grupo não seja capaz de produzir novidades nas suas discussões.

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar os seguintes benefícios, tais como: (i) oportunidades de melhorias individual e coletiva no modo que os funcionários da minha UBS tratam, junto aos usuários os temas no seu ambiente de trabalho; e (ii) a possibilidade de a pesquisa fornecer informações à equipe, usuários e aos gestores sobre os processos de trabalho com a finalidade de serem incorporados em treinamentos na atenção primária à saúde.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo. Os riscos que podem ocorrer serão quanto ao vazamento de dados, para terceiros, comprometendo o sigilo quanto ao nome do participante. Corre-se o risco que esses dados sejam aproveitados por terceiros para formulação de outras pesquisas, sem o consentimento dos participantes. Para isso, o pesquisador compromete-se que após um período de 02 (dois) anos, com a conclusão da pesquisa, esses dados sejam incinerados, de modo a assegurar a minha integridade.

E para prevenir os riscos, será necessário que se mantenha o sigilo e a minha privacidade, estando o pesquisador comprometido em guardar em lugar seguro os dados produzidos nas reuniões em grupo, de maneira organizada, evitando a possibilidade de perda ou extravio de informações.

Haverá o risco referente à perda de importantes dados que poderão ser usados para melhoria da formação do profissional de saúde da atenção primária. Para amenizar os riscos as informações obtidas através das entrevistas serão armazenadas em HD externo e apenas a pesquisadora terá acesso aos dados, guardando-os em lugar seguro, de maneira organizada, evitando a possibilidade de perda ou extravio dessas informações. Poderá haver constrangimento para a participação ativa nas reuniões dos grupos focais, mas para desfazer tal situação a pesquisadora se compromete em explicar detalhadamente os objetivos e finalidade da pesquisa citados acima.

Me são assegurados: a) O direito de não participar desta pesquisa, se assim o desejar, sem que isso acarrete qualquer prejuízo; b) O acesso a qualquer momento às informações de procedimentos relacionados à pesquisa, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer; c) a garantia de anonimato e sigilo quanto ao meu nome e quanto às informações prestadas no instrumento. Não serão divulgados nomes; d) A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, durante o andamento da pesquisa, sem que isto lhe traga prejuízo.

A pesquisadora responsável pelo referido projeto é Lílian Grace Moura de Lucena, vinculada ao CESUPA, residente na Av. Conselheiro Furtado, 2312, bloco Olimpo, ap 2501, telefone nº (91) 98411.6760 e com ela poderei manter contato sempre que julgar necessário.

É assegurada pela pesquisadora prestar-me assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre

o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor do aqui mencionado e compreendido a natureza e objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação. No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento mediante depósito em minha conta corrente ou poupança. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Belém, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa do CESUPA. Endereço: Av. Nazaré 630 - Bairro de Nazaré – CEP: 66040-143 – Belém/PA; Telefone: 40092100/40092155; ou por e-mail: cep@cesupa.br

APÊNDICE B

ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DO GRUPO FOCAL

Hoje, vamos discutir um assunto que afeta todos vocês, Estilo de Vida. Antes de entrarmos em nossa discussão, deixem-me fazer alguns pedidos a vocês. Primeiro, vocês devem saber que estamos gravando a sessão, de modo que eu possa voltar à nossa discussão quando for escrever meu relatório. Se alguém aqui se sente constrangido pela gravação, por favor, o diga, e é claro, tem toda a liberdade de sair. Falem bem alto e vamos tentar fazer com que apenas uma pessoa fale por vez. Eu vou fazer um papel tipo guarda de trânsito e, assim, tentar garantir que todos tenham sua vez de falar. Por último, por favor, digam exatamente o que vocês pensam. Não se preocupem com o que eu penso ou com o que seu vizinho pensa. Estamos aqui para trocar opiniões e para nos divertir enquanto fazemos isso. Meu papel como moderador será guiar a conversa.

Manter um estilo de vida saudável é desafiador para todos nós. Eu gostaria da ajuda de vocês para perceber como vocês entendem estes desafios durante as atividades na Estratégia Saúde da Família Ribeirinha.

Para iniciar, imagine uma das famílias que você acompanha e possui, na sua opinião, um estilo de vida saudável.

1. Quais hábitos vocês consideram que essa família mantém para um estilo de vida saudável e o que as diferencia das demais?
2. Qual é o papel dos profissionais de saúde, na educação dessa e das demais famílias acompanhadas sobre manter um estilo de vida saudável?

Agora, imagine que você está no atendimento a uma família que busca criar um estilo de vida mais saudável:

3. Como essa família poderia criar o hábito de se alimentar de uma forma saudável?
4. Qual seria uma forma eficiente de abordar essa família sobre o tema da alimentação saudável?

A atividade física é definida como qualquer movimento corporal que é produzido pela contração do músculo esquelético e aumenta o gasto de energia acima de um nível basal.

Como por exemplo, andar, subir escadas ou trabalhar na horta. Já o exercício físico, se caracteriza por ser planejado, estruturado, repetitivo e realizado com o objetivo de melhorar a saúde ou o condicionamento físico. Como por exemplo, corrida, natação, musculação entre outros.

5. Quais orientações sobre práticas de atividade física e/ou exercícios físicos você forneceria a essa família que deseja criar um estilo de vida saudável?

O sono reparador é um elemento importante para um estilo de vida saudável.

6. Quais são as principais atitudes e ações de uma família que busca um estilo de vida saudável em relação ao sono?

O estresse pode levar à maus resultados em indicadores de saúde. O gerenciamento do estresse é alcançado reduzindo a exposição aos estressores e/ou praticando técnicas que aliviam o estresse.

7. Quais as principais fontes de estresse para as famílias que você atende?
8. Como você ajuda (ou orienta) as famílias a lidar com essas fontes de estresse?

O consumo de álcool é utilizado nas interações sociais e como hábito diário para muitas pessoas.

9. Como é a relação de uma família que cultiva um estilo de vida saudável em relação ao consumo de álcool?
10. De que forma é possível abordar o assunto do consumo moderado de álcool e substâncias tóxicas no atendimento às famílias?

Há uma crescente preocupação sobre o isolamento social e a solidão como problemas de saúde pública.

11. Como uma família saudável se relaciona entre si e com os outros membros da comunidade?
12. Que orientações são relevantes sobre conexões sociais para uma família que deseja manter um estilo de vida saudável?

Façamos um exercício de imaginação:

13. Suponha que você teria a oportunidade de conversar rapidamente com um importante gestor de saúde do seu município a respeito do tema Estilo de Vida Saudável. O que você diria?
14. Caso você tivesse oportunidade de aprender mais sobre os temas discutidos hoje ou ter um instrumento de apoio para o aprendizado desses temas, qual a melhor forma ou formato em sua opinião?

Agradeço a participação de vocês e os mantereí informados sobre os resultados da pesquisa.

* Roteiro baseado nas instruções de Richard Krueger no material:

Krueger, R.A. Notas de Aula. Design and Conducting Focus Group Interview. University of Minnesota. Outubro de 2002.

** Parte do texto inicial adaptado de:

Stewart, D.W.; Shamdasani, P.N. Focus Group – Theory and Practice. London: Sage Publications, 1990.

APÊNDICE C



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PARÁ PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE – EDUCAÇÃO MÉDICA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E SOM

Eu, _____, nacionalidade _____, estado civil _____, portador da Cédula de identidade RG nº. _____, inscrito no CPF/MF sob nº _____, residente à Av./Rua _____, nº. _____, município de _____/Pará, **AUTORIZO** o uso de minha imagem em todo e qualquer material entre imagens de vídeo, fotos e áudios, gerados nas sessões de entrevista em grupos focais, para serem utilizados na **dissertação e produtos**, gerados a partir do projeto “**A Percepção e a Prática dos Princípios da Medicina do Estilo de Vida pelos Profissionais da Estratégia Saúde da Família Ribeirinha**”. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional, das seguintes formas: (I) dissertação; (II) relatórios técnicos, (III) cartilhas, (IV) artigos e (V) comunicações acadêmicas.

Fica ainda **autorizada**, de livre e espontânea vontade, para os mesmos fins, a cessão de direitos da veiculação das imagens e de sons não recebendo para tanto qualquer tipo de remuneração. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 vias de igual teor e forma.

_____, dia ____ de _____ de _____.

(Assinatura)

Telefone p/ contato:

APÊNDICE E - Produto Tecnológico Educacional



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PARÁ
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE – EDUCAÇÃO MÉDICA**

Guia para Realização da Oficina Pedagógica

Imersão em Medicina do Estilo de Vida para Profissionais da Atenção Primária à Saúde de Comunidades Tradicionais Ribeirinhas

Lílian Grace Moura de Lucena

**Belém
2023**

Sumário

1 Apresentação.....	74
2 Contextualização Teórica.....	75
3 Plano de Trabalho.....	77
3.1 Antes da Oficina	77
3.2 Durante a Oficina.....	77
3.3 Depois da Oficina	78
4 Plano de ensino	78
4.1 Ementa	78
4.2 Objetivo Geral	78
4.3 Objetivos Específicos.....	78
5 Quadro Descritivo.....	79
6 Etapas Previstas.....	79
6.1 Bloco 1 – Conexões Sociais, Sono e Manejo do Estresse	80
6.2 Bloco 2 – Álcool, Tabagismo e outras Substâncias Tóxicas.....	81
6.3 Bloco 3 – Alimentação Saudável, Atividade Física e Exercício físico.....	83
6.4 Bloco 4 – Entrevista Motivacional e Estágios de Motivação de Mudança	84
7 Perfil do Facilitador da Oficina	85
8 Pré e Pós Teste para Avaliação de Aprendizagem	86
9 Considerações Finais	89
10 Bibliografia.....	89

1 Apresentação

Caro (a) oficinairo (a),

Esse Guia para a realização da oficina pedagógica “Imersão em Medicina do Estilo de Vida (MEV) para Profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) de Comunidades Tradicionais Ribeirinhas” é o produto tecnológico educacional da dissertação intitulada: “Tecnologia Educacional sobre Medicina do Estilo de Vida para Profissionais da Atenção Primária à Saúde de Comunidades Tradicionais Ribeirinhas”, desenvolvida no Programa de Mestrado Profissional de Ensino em Saúde – Educação Médica, ofertado pelo Centro Universitário do Pará (CESUPA), sob orientação do Prof. Dr. Haroldo José de Matos e Profa. Me. Edienny Viana Santos-Lobato.

O produto educacional aqui descrito foi desenvolvido a partir dos grupos focais realizados com profissionais da Unidade Básica de Saúde Ribeirinha Vital Costa Gouvêa, localizada na Ilha das Onças, Barcarena, Pará, e que aceitaram participar dos grupos focais programados para coleta de dados da pesquisa durante o mês de maio de 2023.

Propõe-se a realização de uma oficina pedagógica cujo objetivo é possibilitar aos profissionais da APS de Comunidades Tradicionais Ribeirinhas a reflexão sobre os pilares da MEV (alimentação saudável, atividade física, sono, controle do estresse, conexões sociais e uso de tabaco, álcool e drogas psicoativas) e por meio de dinâmicas de grupo, desenvolver práticas de aconselhamento e entrevista motivacional com os usuários do SUS.

Neste guia estão sistematizadas as orientações para o desenvolvimento da oficina no formato presencial e contém sugestões de atividades a serem desenvolvidas com os profissionais de saúde da APS no contexto ribeirinho. Dessa forma, adaptações deverão ocorrer em caso de mudança do cenário de prática, de modo a favorecer os condicionantes locais.

Boa oficina!

2 Contextualização Teórica

Em 2011, no Brasil, foi desenvolvida a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que descreve os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a serem operacionalizados no nível da Atenção Básica (BRASIL, 2017).

A PNAB tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) o meio prioritário para a expansão e consolidação da Atenção Básica, também chamada de Atenção Primária à Saúde (APS). Ainda na Portaria Nº 2.436/2017 do Ministério da Saúde, a Unidade Básica de Saúde (UBS) é considerada espaço potencial de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

As UBSs têm como uma de suas diretrizes o Cuidado Centrado na Pessoa, percebido como o desenvolvimento de ações de cuidados individualizados, estimulando as pessoas a desenvolverem a compreensão e confiança necessários para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde (BRASIL, 2017).

Por isso, a Educação Permanente em Saúde (EPS) na Atenção Primária à Saúde (APS) deve estar fundamentada na integração ensino-serviço por meio de metodologias ativas, facilitando a reflexão sobre as práticas dos profissionais dos serviços de saúde e construção de conhecimentos baseados nos avanços científicos e tecnológicos (FERREIRA et al, 2019). E dessa forma, viabiliza aos usuários o acesso à serviços de saúde de qualidade no Sistema Único de Saúde (SUS), essenciais aos Povos e Comunidades Tradicionais.

De acordo com a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT) de 2007, estes são reconhecidos como: *“grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, e possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição”* (BRASIL, 2007).

Dentre eles as Comunidades Ribeirinhas são identificadas como povos que vivem em agrupamentos comunitários localizados ao longo dos rios e seus tributários (lagos). E os saberes tradicionais originam o modo de produção típico da rotina de vida no interior destas comunidades justafluviais e influem na determinação da identidade sociocultural desses atores (CHAVES, 2001 e 2023).

Logo, a Medicina do Estilo de Vida como disciplina clínica baseada em evidências, que promove a adoção de um estilo de vida saudável e se insere na educação médica e atenção primária através da sugestão de competências aos seus praticantes (LIANOV E JOHNSON, 2010), se agrega às dinâmicas da ESF por meio desta tecnologia educacional – a oficina, e colabora para assegurar à Rede de Atenção à Saúde (RAS), na figura da UBS, serviços de saúde adequados às demandas dos usuários ribeirinhos, ajustadas em suas especificidades, como requer os objetivos do PNPCT. (BRASIL,2007).

Pois, é bem estabelecido que hábitos e atitudes afetam tanto a prevenção quanto o tratamento de doenças, convergindo em direção aos princípios da Medicina do Estilo de Vida, como a prática regular de atividade física, nutrição adequada, controle de peso, cessação do tabagismo, controle do estresse, consumo moderado de álcool, manutenção de relacionamentos saudáveis e ocorrência de sono reparador (Rippe, 2018; Lianov & Johnson, 2010; Trilk, et al., 2019). A Medicina do Estilo de Vida se aprofunda especificamente em como essas modalidades são empregadas na prevenção e tratamento de doenças crônicas, incluindo doença coronariana, diabetes, obesidade e câncer (RIPPE, 2018).

Com esse entendimento, foi elaborada a proposta desta oficina pedagógica sobre a Medicina do Estilo de Vida no cenário ribeirinho, com vistas a promover e incentivar o diálogo entre os profissionais de saúde da ESF Ribeirinha, e objetiva contribuir para aprimorar competências nos pilares do estilo de vida e mudanças de comportamento por meio desta ferramenta metodológica.

3 Plano de Trabalho

A partir de documentos (manual, guia) voltados para a estruturação de oficinas pedagógicas (Souza & Araújo, 2020) (Feitosa & Stefanuto, 2019) (Silva & Diniz, 2019), elencamos pontos importantes para o bom andamento da programação do encontro.

3.1 Antes da Oficina

Preconiza-se que a oficina seja composta por 12 a 18 participantes para que possibilite a participação ativa de todos e para melhor acompanhamento do grupo pelo mediador (Lopes, Fernandes, Curra, & Mattos, 2009).

A escolha do local deve ser feita considerando o espaço necessário para as atividades planejadas, os recursos audiovisuais demandados, a iluminação adequada, e o isolamento acústico e do fluxo de pessoas para o melhor andamento da programação.

Assim como deverão ser previamente organizados os itens como pasta, papel, canetas, crachás e material instrutivo para uso dos participantes e do facilitador.

E completando esta preparação inicial, o facilitador deve estar preparado por meio do estudo prévio do tema e ter bem estruturada as etapas das atividades para que estas sejam cumpridas e os objetivos de aprendizagem sejam alcançados.

3.2 Durante a Oficina

Para o acolhimento adequado dos participantes, caso não se conheçam, sugere-se uma dinâmica de apresentação.

E recomenda-se nesse início informar o tema da oficina, qual a agenda do período do encontro, como serão conduzidas as atividades (técnicas e dinâmicas selecionadas) para que estejam seguros e confortáveis durante todo o processo, e facilitando a participação ativa dos componentes do grupo, de modo que ocorra a construção conjunta das etapas previstas.

3.3 Depois da Oficina

É essencial a avaliação continuada das atividades. E recomenda-se estimular a autoavaliação dos participantes, avaliação dos processos e do impacto dos saberes construídos pelo grupo a nível individual e coletivo, se amparando nos objetivos de aprendizagem da oficina.

4 Plano de ensino

4.1 Ementa

Alimentação saudável, atividade física, sono, controle do estresse, conexão social, tabagismo, alcoolismo e outras substâncias tóxicas, doenças crônicas não transmissíveis, hipertensão, diabetes mellitus, obesidade e mudança de comportamento.

4.2 Objetivo Geral

Reconhecer a importância da Medicina do Estilo de Vida para o bem-estar da população atendida e aprofundar o entendimento de seus princípios e abordagens.

4.3 Objetivos Específicos

- Compreender a influência das relações sociais no bem-estar emocional e na saúde física a longo prazo, e mediar o acesso a conexões sociais saudáveis.
- Descrever hábitos de sono saudável e métodos para aprimorar a qualidade do sono.
- Reconhecer os maus resultados de saúde ligados ao estresse e identificar técnicas de manejo do estresse.
- Caracterizar o transtorno por uso de substâncias e direcionar para as principais formas de tratamento.
- Identificar como promover a alimentação adequada e saudável.
- Perceber a importância da atividade física para o pleno desenvolvimento humano.
- Reconhecer o comportamento sedentário.
- Avaliar a prontidão, disposição e capacidade do paciente e da família para realizar mudanças no comportamento de saúde, e caracterizar os passos da entrevista motivacional.

5 Quadro Descritivo

Tema da Oficina	Imersão em Medicina do Estilo de Vida (MEV) para Profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) de Comunidades Tradicionais Ribeirinhas.
Local de Realização	A ser escolhido, e que se caracterize por ser um espaço físico climatizado, que tenha iluminação adequada para leitura do material instrucional e para visualização do mediador e participantes, isolamento acústico e limitado ao fluxo de pessoas que não estejam participando do encontro.
Carga Horária	14h presenciais
Nível de Escolaridade Mínima dos Participantes	Fundamental
Número de Participantes	12 a 18 participantes
Material Necessário	Aparelho televisor ou projetor multimídia, computador, slides com material para orientar o diálogo, caderno de anotações, canetas, crachás, bloco autoadesivo (post it) e pincéis atômicos coloridos.

6 Etapas Previstas

Às 14 horas de atividades presenciais da oficina serão distribuídas em quatro blocos de 3,5 horas cada. Em cada dia da oficina, está prevista a realização de um ou dois blocos, com um intervalo de 1 hora entre os blocos agendados para o mesmo dia, a fim de viabilizar o período de almoço. Adicionalmente, será incorporado um intervalo de 20 minutos após a primeira hora e meia de cada bloco.

6.1 Bloco 1 – Conexões Sociais, Sono e Manejo do Estresse

Objetivos	Metodologia	Conteúdo
<ul style="list-style-type: none">• Compreender a influência das relações sociais no bem-estar emocional e na saúde física a longo prazo, e mediar o acesso a conexões sociais saudáveis.• Descrever hábitos de sono saudável e métodos para aprimorar a qualidade do sono.• Reconhecer os maus resultados de saúde ligados ao estresse e identificar técnicas de manejo do estresse.	<ul style="list-style-type: none">• Exposição dialogada• Discussão conduzida• Estudo de caso• Atividade em grupo	<ul style="list-style-type: none">• Caso clínico• Influência do isolamento social na saúde física e mental• Higiene de Sono• Questionário de Manejo do Estresse

Caso Clínico 1

O senhor Raimundo Souza, 64 anos, morador do Rio Piramanha Alto, divorciado, mora sozinho, portador de Hipertensão Arterial, e cegueira há 10 anos após traumatizar os olhos enquanto coletava açaí. Possui três filhos que moram na cidade vizinha. Seu domicílio não tem acesso à energia elétrica. E recebe água potável pelo barqueiro da água da prefeitura, que o visita semanalmente. Sua alimentação é fornecida pela irmã, que mora próximo, e os medicamentos são armazenados em caixa

organizadora gerenciada pela ACS de sua microárea. Durante a visita da equipe demonstra bom humor, contando histórias que o fazem sorrir. Mas reclama da falta de sono que o deixa acordado boa parte da noite, diz que é neste momento do silêncio, sem passagem das embarcações, que pensa na sua vida e diz se preocupar em como será quando ficar mais velho. Relata cochilos pela manhã, após o banho no rio, em frente à sua casa. Fala da família somente quando estimulado. Explica que os filhos têm família e emprego na cidade, mas o visitam pelo menos uma vez ao mês. Diz fazer uso dos medicamentos conforme a orientação da ACS, mas durante a visita percebe-se acúmulo dos comprimidos na caixa organizadora. Sua aparência demonstra poucos cuidados com a higiene pessoal e a sua pressão na ocasião da visita está 180x100mmhg.

Material Suplementar

- Vídeo: Por que a solidão virou uma das grandes preocupações de saúde do século 21
(<https://youtu.be/jbPZTYHfcu4?si=fHja0QNvZlcnnjsX>)
- ABS, ABMS, ABROS. Sono é essencial para a saúde. Cartilha do Sono. 2023. Disponível em: <https://semanadosono.com.br/wp-content/uploads/2023/02/DIGITAL-cartilha-semana-do-sono-2023-1.pdf>
- Questionário de Manejo do Estresse – p. 52. CAVALCANTI, Ana Maria; OLIVEIRA, Ângela Cristina Lucas de. Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde. **Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde**, p. 92, 2012. Disponível em: <https://efivest.com.br/wp-content/uploads/2018/08/Autocuidado-Apoiado.pdf>

6.2 Bloco 2 – Álcool, Tabagismo e outras Substâncias Tóxicas

Objetivos	Metodologia	Conteúdo
<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar o transtorno por uso de substâncias e direcionar para as principais formas de tratamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição dialogada • Discussão conduzida • Estudo de caso • Atividade em grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • Caso clínico • A abordagem da redução de danos • Recomendações do trabalho com a família • Teste para identificação de

		<p>problemas relacionados ao uso de álcool</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia Interpessoal Breve
--	--	---

Caso 2
<p>A paciente Maria de Nazaré, 52 anos, em acompanhamento pela equipe de saúde na UBS para investigação de anemia e fraqueza. Sem uso crônico de medicamentos. Foi visitada em domicílio, pois havia faltado as suas consultas de retorno na médica e na nutricionista, e havia apresentado exames bastante alterados. Mora com o marido e uma neta adolescente. A ACS refere que o cardápio da família é baseado na ingesta de farinha de mandioca e açaí, com pouca ingesta de outros vegetais, e a fonte de proteína costuma ser charque ou mortadela. Na ocasião da visita domiciliar a enfermeira da equipe visualizou várias garrafas de bebida destilada, e notou hálito alcóolico na paciente. E a ACS informou que após a morte da filha em decorrência de leucemia, a paciente passou a beber diariamente, quando o marido sai para o mato para coletar açaí. Quando questionada sobre a frequência da ingesta, ela nega ingerir bebida alcóolica em excesso. E reclama que fica muito sozinha porque a neta frequenta a escola pela manhã, e retorna para casa somente a tarde, por conta de um curso que participa na mesma escola no período da tarde três vezes na semana.</p>

Material Suplementar
<ul style="list-style-type: none"> • BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica, 34, 2013. <p>A abordagem da redução de danos; Recomendações do trabalho com a família; Teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool; Terapia Interpessoal Breve</p>

6.3 Bloco 3 – Alimentação Saudável, Atividade Física e Exercício físico

Objetivos	Metodologia	Conteúdo
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar como promover a alimentação adequada e saudável. • Perceber a importância da atividade física para o pleno desenvolvimento humano. • Reconhecer o comportamento sedentário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição dialogada • Discussão conduzida • Estudo de caso • Atividade em grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • Caso clínico • Dez passos para uma alimentação adequada e saudável • Diferença entre atividade física e exercício físico • Capacidades físicas e como se relacionam com a saúde • Comportamento sedentário

Caso 3

A senhora Luana, 28 anos, casada, mãe de 2 filhos do sexo masculino, queixa-se da menstruação irregular após a última gravidez, há 2 anos, associado a ganho de peso. Na gestação houve aumento da pressão arterial e dos níveis de glicose. Com melhora após acompanhamento pela nutricionista, controle do sal, carboidratos da dieta e controle do ganho de peso na gestação. Não necessitou de medicamentos, além do ferro oral e do ácido fólico. Mas queixa dificuldade em manter o consumo de verduras e legumes, pois é um desafio manter a boa conservação destes itens, já que precisa comprar gelo para conservá-los. E tem optado mais vezes por carnes salgadas, embutidas e enlatados, acompanhada por farinha ou macarrão. Reitera que o filho caçula toma muito do seu tempo, e por isso, não consegue planejar tão bem o que irão comer no dia. Conta que o marido passa o dia no mato, na coleta do açaí, garantindo a renda da família e o açaí do “bebê”, que é a porção reservada para compor a refeição da noite. A irmã que ainda não tem filhos mora na mesma comunidade, mas não tem rabeta para vir com facilidade até sua casa, auxiliá-la. Questionada sobre atividade física, refere não conseguir tempo,

pois está com o dia cheio. E nesses últimos meses tem ficado receosa de exercícios na água.

Material Suplementar

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.p. 149-151
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021

6.4 Bloco 4 – Entrevista Motivacional e Estágios de Motivação de Mudança

Objetivos	Metodologia	Conteúdo
<ul style="list-style-type: none">• Avaliar a prontidão, disposição e capacidade do paciente e da família para realizar mudanças no comportamento de saúde, e caracterizar os passos da entrevista motivacional.	<ul style="list-style-type: none">• Exposição dialogada• Discussão conduzida• Estudo de caso• Atividade em grupo	<ul style="list-style-type: none">• Caso clínico• Conceito de ambivalência• Conceito de escuta empática• Estágios de motivação de mudança

Caso 4

Roberto é um morador bastante conhecido na comunidade da Ilha das Onças. Perdeu a esposa em decorrência de câncer de colo de útero há cerca de 3 anos e desde então é responsável pelos cuidados dos dois filhos de 7 e 9 anos. Possui um terreno com açaizeiros, de onde coleta vários

paneiros de açaí na safra. E aos finais de semana, organiza festas de aparelhagem na ilha, onde é o DJ. Procurou a UBS com queixa de perda de peso, sede em excesso e acordando mais de três vezes durante a noite para urinar. Relatou ao médico que antes de começar a perder peso, nos últimos meses, havia atingido o maior peso da vida adulta. E descreveu um consumo importante de cerveja aos finais de semana. O teste de glicemia capilar realizado na UBS foi de 345 mg/dl. Foi encaminhado no mesmo dia para a consulta com a nutricionista, onde a equipe abordou o tema diabetes. Ao ser questionado sobre seus hábitos alimentares, Roberto mostrou-se aborrecido, e disse que não queria conversar sobre o assunto. Pediu os medicamentos e expressou intenção de retornar, agradecendo em seguida.

Material Suplementar

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. P. 133 – 136

7 Perfil do Facilitador da Oficina

Para Silva (2019) o facilitador demandaria um conjunto de características oportunas para a adequada condução do trabalho em grupo. Dentre elas, destacam-se:

- Dominar o conteúdo;
- Saber trabalhar em grupo;
- Respeitar os saberes prévios;
- Saber ouvir;
- Estimular a interação;
- Conhecer e entender o problema;
- Usufruir dos relatos e experiências;
- Ser comunicativo;
- Descontrair o grupo.

8 Pré e Pós Teste para Avaliação de Aprendizagem

As questões listadas a seguir colaboram na avaliação objetiva do aprofundamento dos participantes sobre os temas tratados nas atividades da oficina, e serão disponibilizadas para resolução no início do primeiro bloco, e deverão ser novamente respondidas ao final do quarto bloco. Permitindo observar a efetividade do processo.

1. Estimular a melhoria do estilo de vida de uma população tem inúmeras vantagens. Quanto a isso, escolha a resposta correta:

- a) Reduz custos da saúde pública
- b) Melhora o saneamento básico
- c) Favorece o controle de pragas
- d) Diminui a incidência das infecções sexualmente transmissíveis

2. Há evidências científicas de que o isolamento social tem influência sobre aspectos de saúde da população. Assinale a resposta errada:

- a) Diminui a expectativa de vida
- b) Piora a saúde do coração
- c) Melhora a saúde da pele
- d) Fragiliza a saúde mental

3. Marque a assertiva que contempla um hábito favorável à boa qualidade do sono:

- a) Evitar exercícios físicos próximo da hora de dormir;
- b) Ir para a cama sem sono;
- c) Manter uma rotina variada no horário de deitar e se levantar;
- d) Quando possível ingerir bebidas alcólicas para contribuir para um boa noite de sono.

4. Qual das assertivas abaixo exemplifica a melhor maneira de lidar com as fontes de estresse?

- a) Ingerir alimentos apetitosos e com sabores marcantes, que compensem as fontes estressoras do dia a dia;
- b) Utilizar redes sociais e interagir em aplicativos para aumentar o número de amigos virtuais, aprimorando suas conexões;
- c) Buscar reconhecer e observar a frequência que pratica atividades prazerosas/hobbies na sua rotina;
- d) Evitar pensar nos problemas sempre que possível.

5. Quanto ao transtorno por uso de substâncias tóxicas. Assinale a alternativa incorreta:

- a) Um aspecto relevante na abordagem da redução de danos é a centralidade no desejo da pessoa que busca ajuda;
- b) Um aspecto relevante na abordagem da redução de danos é a centralidade no que a pessoa consegue fazer com o seu problema;
- c) O profissional que trabalha com a família do paciente precisa ter uma postura rígida para alcançar as metas;
- d) O profissional que trabalha com a família do paciente precisa ter habilidade de se desfocar do problema, quer dizer, não se restringir a ele.

6. Quanto às medidas para se alcançar uma alimentação saudável. Marque a alternativa correta:

- a) Procurar fazer refeições em horários semelhantes todos os dias;
- b) Evitar comer em restaurantes de comida a quilo;
- c) Alimentos ultraprocessados são uma boa opção pelo menor risco de contaminação;
- d) Comer sozinho facilita a atenção plena ao que se come.

7. Qual dos quesitos abaixo demonstra uma das capacidades físicas e como se relaciona com a saúde?

a) APTIDÃO CARDIORRESPIRATÓRIA: é a capacidade que ajuda você a se deslocar ou fazer as atividades do seu dia a dia sem ficar cansado;

b) FORÇA: é a capacidade que ajuda você a manter-se de pé no chão, firmemente, sem cair;

c) FLEXIBILIDADE: é a capacidade que ajuda você a dobrar os braços e as pernas durante uma corrida;

d) EQUILÍBRIO: é a capacidade que ajuda você a manter a paciência quando alguém o aborrece.

8. Qual o item que melhor trata sobre o comportamento sedentário?

a) Envolve atividades com baixo nível de consciência, por exemplo, quando você está cochilando;

b) Acontece quando está sentado, utilizando telas;

c) Ao manter-se acordado com pouco gasto de energia, por exemplo, uma caminhada lenta com o seu animal;

d) Uma conversa animada no sofá de casa com amigos não se enquadra em comportamento sedentário.

9. Na estrutura da entrevista motivacional o termo ambivalência se refere a:

a) ter consciência de que os resultados podem ser bons e ruins a depender do dia;

b) “querer e não querer” ao mesmo tempo;

c) Saber se comportar no período do dia e da noite, sem sair das metas acordadas;

d) Procurar ver o lado bom em tudo, mesmo quando parece ruim.

10. Marque a alternativa correta sobre os estágios de motivação de mudança:

- a) Uma boa estratégia no estágio de contemplação é auxiliar na elaboração e no detalhamento de um plano de ação;
- b) No estágio de manutenção deve-se estimular a reflexão sobre as razões para mudar;
- c) Na fase de ação você dá apoio para que a pessoa não se sinta desmoralizada;
- d) Indivíduos que não têm a intenção de modificar determinado comportamento em breve estão no estágio de pré-contemplação.

As respostas das questões acima são: 1) a; 2) c; 3) a; 4) c; 5) c; 6) a; 7) a; 8) b; 9) b; 10) d.

9 Considerações Finais

Em resumo, destacamos a importância da contínua elaboração desta tecnologia educacional, incentivando as equipes da Estratégia Saúde da Família Ribeirinha a enriquecê-la com novos casos e reflexões.

10 Bibliografia

ABS; ABROS; ABMS. (2023). Sono é Essencial para a Saúde. Cartilha do Sono. Acesso em 30 de novembro de 2023, disponível em <https://semanadosono.com.br/wp-content/uploads/2023/02/DIGITAL-cartilha-semana-do-sono-2023-1.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. (2013). Saúde Mental. *Cadernos de Atenção Básica*. Fonte: <https://portolivre.fiocruz.br/saúde-mental-cadernos-de-atenção-básica-nº-34>

Brasil. Ministério da Saúde. (21 de Setembro de 2017). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2014). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. 162. Ministério da Saúde.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2014). Guia alimentar para a população brasileira. 2ª, 156. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. (2021). Guia de Atividade Física para a População Brasileira. 54. Ministério da Saúde.
- Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. (Fevereiro de 2007). *Decreto nº 6040, de 07 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais*. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
- Cavalcanti, A. M., & Oliveira, A. (2012). Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde. 92. Curitiba, Paraná: Secretária Municipal de Saúde. Acesso em 30 de novembro de 2023, disponível em <https://efivest.com.br/wp-content/uploads/2018/08/Autocuidado-Apoiado.pdf>
- Chaves, M., & Chaves, J. (12 de Fevereiro de 2001). *Uma experiência de pesquisa-ação para gestão comunitária de tecnologias apropriadas na Amazônia: o estudo de caso do assentamento de Reforma Agrária Iporá*. Campinas, São Paulo, Brasil: Universidade Estadual de Campinas.
- Chaves, M., & Chaves, J. (jan/abril de 2023). Organização do Trabalho em comunidades ribeirinhas na Amazônia. *Sociedade em Debate*, 29, pp. 169-185. doi:<http://dx.doi.org/10.47208/sd.v29i1.3342>
- Feitosa, R., & Stefanuto, V. (2019). Roteiro de Oficina Pedagógica para a Organização do Projeto Integrador em Cursos Técnicos de Nível Médio. Manaus.
- Ferreira, L., Barbosa, J., Esposti, C., & Cruz, M. (Jan-Mar de 2019). Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *REVISÃO. Saúde Debate*, 43, pp. 223-239. doi:10.1590/0103-1104201912017
- Lianov, L., & Johnson, M. (2010). Physician competencies for prescribing lifestyle medicine. *JAMA*, 304(2), pp. 202-203.
- Lopes, J., Fernandes, C., Curra, L., & Mattos, L. (2009). Manual da oficina para capacitar preceptores em medicina de família e comunidade . Florianópolis, Santa Catarina: Armazém Digital.
- Rippe, J. (2018). Lifestyle Medicine: The Health Promoting Power of Daily Habits and Practices. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 12(6), pp. 499-512.
- Silva, S., & Diniz, M. (2019). *Manual para estruturação de oficina pedagógica*. Belém.
- Souza, L., & Araújo, W. (2020). Guia para a realização da oficina pedagógica . Montes Claros, Minas Gerais.
- Trilk, J., Elkhider, I., Asif, I., Buchanan, A., Emerson, J., Kennedy, A., . . . Tucker, M. (2019). Design and Implementation of a Lifestyle Medicine Curriculum in Undergraduate Medical Education. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 13(6), pp. 574-585.