



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO ACADÊMICO

VALERIA ALVES DA SILVA NERY

**CONTRIBUIÇÕES DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA A
QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL**

**JEQUIÉ/BA
2012**

VALERIA ALVES DA SILVA NERY

**CONTRIBUIÇÕES DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA A
QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: *Educação em Saúde e Sociedade*

Orientadora: Prof^ª. DSc. Rita Narriman S. de Oliveira Boery

Co-orientadora: Prof^ª. DSc. Ana Cristina Santos Duarte

**JEQUIÉ/BA
2012**

R727 Nery, Valeria Alves da Silva.

Contribuição das práticas educativas para a qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial / Valeria Alves da Silva Nery. Jequié, 2012.

141p.: il.; 30cm.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2012. Orientadora Profª. DSc. Rita Narriman S. de Oliveira Boery e Co-orientadora: Profª. DSc. Ana Cristina Santos Duarte

1. Educação em Saúde 2.Hipertensão arterial 3.Qualidade de vida
I.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título

CDD – 610.7307

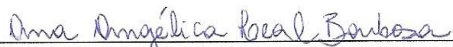
FOLHA DE APROVAÇÃO

NERY, Valeria Alves da Silva. **Contribuições Das Práticas Educativas Para A Qualidade De Vida De Pessoas Com Hipertensão Arterial**. 2012. 142f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, 2012.

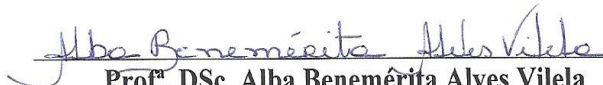
BANCA EXAMINADORA



Profª. DSc. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



Profª. DSc. Ana Angélica Leal Barbosa
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB



Profª. DSc. Alba Benemérita Alves Vilela
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Jequié/BA, 23 de novembro de 2012.

Dedico este trabalho às pessoas a quem devo a minha vida e com as quais mais aprendi:

meu pai Valmir

minha mãe Florimar,

minha querida avó Alcina(in memoriam)

E meu amado filho, João Pedro - luz da minha vida.

Agradecimentos

Agradeço a Deus pela vida e por ter me concedido tantas graças, sempre. “Então minh’alma canta a Ti Senhor, quão grande és Tu”!

À Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, pelo apoio nos momentos em que se fizeram necessários na condução do mestrado.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPES), pelo trabalho realizado no Curso de Mestrado e, pela dedicação e doação do melhor de cada um de vocês para a efetivação do mesmo. Em especial ao professor César Augusto Casotti e à professora Alba Benemerita, pelo apoio e atenção.

À minhas queridas orientadoras Profª Rita Boery e Profª Ana Cristina, obrigada pela paciência e pelo carinho que sempre demonstraram ao me orientar e ao acolher minhas idéias, jamais esquecerei! Obrigada pela disponibilidade e importantes contribuições, pela acolhida generosa, pela motivação e empenho e por compartilharam seus conhecimentos, orientando-me neste estudo, contribuindo para meu crescimento profissional e pessoal e, por acreditarem em mim, tornando possível a conclusão dessa dissertação. Foi muito bom poder contar com vocês!

Aos professores da banca examinadora, Profª. DSc. Alba Benemerita Vilela e Profª. DSc. Ana Angelica Barbosa, pela e presteza em dispor do seu tempo para participarem da banca de sustentação da dissertação, contribuindo com um novo olhar sobre o trabalho ora realizado, o que muito me honra.

À minha Mãe Florimar... educadora exemplar, força maior de amor, dedicação e cuidado que une toda a família. Sem você nada disso teria acontecido. Sempre presente nos meus momentos mais difíceis e sempre disponível a me ajudar nas árduas tarefas que busco na minha vida. Mãe obrigada por ser assim, maravilhosa!!! A meu pai Valmir... sempre com seus ensinamento em favor da educação, seu amor ensinou-me a olhar o mundo com mais respeito e determinação. Obrigada por tudo! Amo vocês!!!!

Ao meu esposo Wellington, meu companheiro e incentivador, sempre compreensivo e, mesmo nos momentos mais difíceis, soube acolher minhas incertezas e com muito carinho soube me apoiar e tranquilizar. Obrigada por tudo!

À razão de todas as minhas buscas, luz da minha vida... meu filho João Pedro, fonte inesgotável de inspiração e coragem. Filho, obrigada por trazer alegria e iluminar a minha vida, fazendo com que, a cada dia, eu tenha mais certeza de que você é o maior presente de Deus. Te amo muito!!!

À minha querida tia Diva - um anjo em minha vida - sempre dedicada, amorosa e companheira. Obrigada por estar sempre ao meu lado, pelo carinho e cuidado de sempre. Sem você não teria conseguido vencer esta jornada. Te adoro!!!

À minha amada avó materna Alcina (Zizinha) - in memoriam, fonte de força e inspiração, que com muita sabedoria conduziu suas filhas e neta. Que foi levada para os braços do Senhor durante este período em que eu cursava o mestrado. Vozinha, sinto muito sua falta. Te amarei eternamente!!! Saudades!

Ao meu avô paterno Valdir (in memoriam), pelos momentos que estivemos juntos. Sempre com bom humor e palavras de sabedoria. E, que também, durante o período em que eu cursava o mestrado foi levado para os braços do Senhor. Saudades!

À minha sogra Ivone, mestre de minha vida profissional, quando nem eu mesma confiava, ela sempre acreditava na minha capacidade de ultrapassar as fronteiras e vencer. Em você encontrei uma segunda mãe, obrigada por ser corresponsável por todas as minhas vitórias!...

Aos colegas de mestrado pelos momentos que passamos juntos, pelos erros e acertos, lembrarei sempre de todos. Em especial às colegas Isnara, Nívea, Elisama, Lais e Juliana Cunha.

Aos queridos amigos Samia e Ramon, estivemos sempre juntos, e hoje estamos aqui, finalizando mais essa etapa de nossas vidas. Obrigada pelo apoio, amizade e companheirismo!!

A Ramon por compartilhar comigo o estágio de docência dividindo as tarefas, o aprendizado e os ensinamentos.

A Flávia pela colaboração e disponibilidade em contribuir para a construção deste estudo. Muito obrigada.

Aos funcionários da secretária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPES), em especial a Neilma.

A todos os alunos que tive e terei, sem os quais o ato de ensinar/aprendendo e aprender/ensinando, não teria sentido.

Agradeço a todos que contribuíram para que este sonho se tornasse realidade.

Agradeço pelas críticas, pois elas nos auxiliam muito, agradeço por todas as pedras que tive que tirar do caminho e todas as dificuldades enfrentadas, não fossem elas, eu não teria saído do lugar, pois as facilidades nos impedem de caminhar.

Muito Obrigada!

*“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar
as possibilidades para a sua produção ou sua
construção.*

*Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende
ensina ao aprender”.*

Paulo Freire

RESUMO

As ações de Educação em Saúde tem se construído no contexto da saúde coletiva, referendada na proposta da Promoção da Saúde, neste contexto a Estratégia de Saúde da Família - ESF se propõe a substituir o modelo tradicional de assistência por meio de práticas de promoção e prevenção desenvolvidas através da Educação em Saúde. As idéias de Educação de Paulo Freire trás como característica a pratica de uma educação libertadora, compartilhada, problematizadora, que proporcione uma participação ativa das pessoas na construção de seu autocuidado, e assim a promover a saúde e a qualidade de vida dos usuários dos serviços de hipertensão. Este estudo teve como **Objetivo Geral:** Analisar a contribuição das práticas educativas para a Qualidade de Vida de pessoas com Hipertensão Arterial; e, como **Objetivos Específicos:** Descrever a percepção de usuários com Hipertensão Arterial sobre qualidade de vida; Verificar a compreensão dos usuários e dos enfermeiros acerca da importância das práticas educativas para a qualidade de vida de pessoas com hipertensão; Identificar as possibilidades e as dificuldades à realização das práticas educativas baseadas nos pressupostos de Paulo Freire. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, desenvolvida em Unidades de Saúde da Família-USF, do Município de Jequié-BA, tendo, como sujeitos usuários dos serviços de hipertensão e enfermeiros que atuam nas USF. Na coleta de dados utilizou-se, a técnica de Desenho-Estória com Tema, a Entrevista Semi-Estruturada e a Observação Sistemática. Como suporte teórico foi utilizado os princípios da educação-dialógica, apoiada no referencial da filosofia freireana. Para a realização da análise das informações colhidas utilizou-se Análise Temática, de Bardin. Os resultados encontrados foram dimensionados em três classes temáticas: Significados de Qualidade de Vida - que agregou uma categoria e três subcategorias; Interfaces da Educação em Saúde - que agregou uma categoria e quatro subcategorias; e, O diálogo como instrumento das práticas educativas - que agregou uma categoria e duas subcategorias. Os resultados mostraram que as práticas educativas ainda são encaminhados como forma de transmissão de conhecimentos, distanciando-se da proposta da educação de Paulo Freire. Quanto as percepções de qualidade de vida dos usuários, os mesmos associaram sua qualidade de vida a saúde e serviços de saúde acessíveis, em ter um lar e uma família e a religiosidade/espiritualidade. Quanto a concepção do diálogo nas práticas educativas foi identificado a necessidade da prática da Educação Problematizadora como forma de permitir maior vínculo e preparo dos usuários para realização de seu autocuidado, de modo a aproximar as práxis da Educação em Saúde com a realidade social por meio do paradigma da proposta pedagógica de Paulo Freire. A ampliação do olhar das enfermeiras sobre a importância das práticas educativas e da percepção do usuário com hipertensão como um ser subjetivo, poderão contribuir para uma nova perspectiva no que tange ao desenvolvimento de ações educativas. Considerando que no processo de educação em saúde a realidade, a necessidade e os conhecimentos dos usuários com hipertensão devem ser levadas em consideração, buscando assim construir uma rede de cuidados que promova, proteja e apoie as pessoas com hipertensão, promovendo dessa forma a qualidade de vida.

Palavras-Chave: Educação em Saúde, Hipertensão Arterial, Qualidade de vida.

ABSTRACT

Actions for Health Education has built up in the context of public health, endorsed the proposal of Health Promotion, in this context the Family Health Strategy - ESF aims to replace the traditional model of care through prevention and promotion practices developed by Health Education Ideas of Education Paulo Freire feature back as the practice of a liberating education, sharing, problem-solving, providing an active participation of the people in building their self-care, and thus to promote the health and quality of lives of service users hypertension. This study General Objective: To assess the contribution of educational practices for the Quality of Life of People with Hypertension, and as Specific Objectives: To describe the perceptions of users with Hypertension on quality of life; Check understanding of users and nurses about the importance of education practices for the quality of life of people with hypertension; Identify the opportunities and difficulties for the realization of educational practices based on assumptions of Paulo Freire. This is a qualitative, exploratory and descriptive, developed in the Family Health Units-USF, the Municipality of Jequié BA-taking, service users as subjects of hypertension and nurses working in USF. Data collection was used, the technique of drawing with Theme-Story, Semi-Structured Interview and Systematic Observation. Was used as theoretical support the principles of education-dialogical, supported by the reference of Freirean philosophy. To perform the analysis of the information gathered was used thematic analysis of Bardin. The results were scaled into three thematic categories: Meanings of Life Quality - which added a category-three subcategories; Interfaces Health Education - which added a category-four subcategories, and dialogue as an instrument of educational practices - which added one category and two subcategories. The results showed that the educational practices are still sent as a form of knowledge transfer, moving away from the proposed education of Paulo Freire. As perceptions of quality of life of users, the same quality of life associated health and health services accessible, have a home and a family and religion / spirituality. As for the design of dialogue in educational practices was identified the need to practice Emancipatory Education as a way to allow more bonding and preparing users to perform self-care in order to approximate the practice of health education with social reality through pedagogical paradigm of Paulo Freire. The expansion of the look of the nurses about the importance of educational practices and user perception with hypertension as a subjective being, can contribute to a new perspective regarding the development of educational activities. Whereas the process of health education reality, the need and knowledge of users with hypertension should be considered, thus seeking to build a network of care that promotes, protects and supports people with hypertension, thereby promoting the quality of life.

Keywords: Health Education, Hypertension, Quality of life.

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| TABELA 1: Caracterização dos usuários participantes do estudo: Influência das práticas educativas na qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial. Jequié-BA, 2012. | 69 |
| TABELA 2: Caracterização dos profissionais enfermeiros participantes do estudo. Influência das práticas educativas na qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial. Jequié-BA, 2012. | 70 |
| TABELA 3: Caracterização das unidades de saúde fontes do estudo: Influência das práticas educativas na qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial. Jequié-BA, 2012 | 72 |

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1: Distribuição das USFs incluídas no estudo conforme ano de implantação e localização. Jequié/BA, 2012. 55
- QUADRO 2: Classes Temáticas, categorias e subcategorias da análise de conteúdo do estudo, Influência das práticas educativas na qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial. Jequié-BA, 2012. 75
- QUADRO 3: Distribuição da categoria 01 e subcategorias extraídas da técnica Desenho-estória com tema, dimensionadas na classe temática Significados acerca da qualidade de vida. Jequié/BA, 2012. 76

SUMÁRIO

CAPÍTULO I

| | |
|---|-----------|
| CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO..... | 15 |
|---|-----------|

CAPÍTULO II

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| REVISÃO DE LITERATURA..... | 22 |
|-----------------------------------|-----------|

| | |
|----------------------------------|----|
| 2.1 A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE..... | 23 |
|----------------------------------|----|

| | |
|---|----|
| 2.1.1 A Promoção da Saúde na Atenção Básica... Contexto da Educação em Saúde..... | 24 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| 2.1.2 Estratégia de Saúde da Família... um espaço para o desenvolvimento das práticas de educação em saúde..... | 28 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| 2.1.3 A Enfermagem na Educação em Saúde..... | 34 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| 2.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA..... | 35 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| 2.2.1 Educação em Saúde na Hipertensão Arterial..... | 36 |
|--|----|

| | |
|------------------------------|----|
| 2.2.2 Qualidade de Vida..... | 38 |
|------------------------------|----|

| | |
|--|----|
| 2.2.3 Qualidade de vida na Hipertensão Arterial..... | 43 |
|--|----|

CAPÍTULO III

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 46 |
|-----------------------------------|-----------|

| | |
|--|----|
| 3.1 A CONCEPÇÃO DIALÓGICA DE PAULO FREIRE COMO FUNDAMENTO PARA AS PRÁTICAS EDUCATIVAS..... | 47 |
|--|----|

CAPÍTULO IV

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| PERCURSO METODOLÓGICO..... | 54 |
|-----------------------------------|-----------|

| | |
|----------------------------|----|
| 4.1 SOBRE A PESQUISA... .. | 55 |
|----------------------------|----|

| | |
|---|----|
| 4.2 O CAMPO E O CENÁRIO DA PESQUISA | 55 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| 4.3 UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO CENÁRIO DA PESQUISA..... | 57 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| 4.4 IDENTIFICANDO OS SUJEITOS DA PESQUISA..... | 57 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| 4.5 TÉCNICA E INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS..... | 58 |
|---|----|

| | |
|---------------------------------------|----|
| 4.5.1 Entrevista semiestruturada..... | 59 |
|---------------------------------------|----|

| | |
|-------------------------------------|----|
| 4.5.2 Desenho-Estória com Tema..... | 60 |
|-------------------------------------|----|

| | |
|-----------------------------------|----|
| 4.5.3 Observação Sistemática..... | 62 |
|-----------------------------------|----|

| | |
|--|----|
| 4.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS..... | 63 |
|--|----|

| | |
|--|-----------|
| 4.6.1 Observação Sistemática..... | 63 |
| 4.6.2 Desenho-Estória com Tema..... | 64 |
| 4.6.3 Entrevista Semiestruturada..... | 64 |
| 4.7 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS..... | 65 |
| 4.7.1 Técnica de Análise de Conteúdo Temática | 66 |
| 4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA | 67 |

CAPITULO V

| | |
|--|------------|
| ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 68 |
| 5.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS APREENDIDOS..... | 69 |
| 5.1.1 Caracterização dos Participantes..... | 69 |
| 5.1.2 Observando as unidades de saúde..... | 73 |
| 5.1.3 Analisando as Categorias..... | 75 |
| 5.2 DISCUSSÃO ACERCA DOS RESULTADOS APREENDIDOS..... | 101 |
| 5.2.1 Análise dos dados a partir da técnica desenho-estória com tema..... | 102 |
| 5.2.2 Análise dos dados a partir das entrevistas semiestruturadas..... | 104 |

CAPITULO VI

| | |
|----------------------------------|------------|
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 113 |
|----------------------------------|------------|

| | |
|-------------------------|------------|
| REFERÊNCIAS..... | 118 |
|-------------------------|------------|

| | |
|-----------------------|------------|
| APÊNDICES..... | 132 |
|-----------------------|------------|

| | |
|---|------------|
| APÊNDICE A: Instrumento de Coleta - Desenho história com tema..... | 133 |
|---|------------|

| | |
|---|------------|
| APÊNDICE B: Instrumento de Coleta – Entrevista semi estruturada..... | 134 |
|---|------------|

| | |
|--|------------|
| APÊNDICE C: Instrumento de Coleta – Observação sistemática..... | 135 |
|--|------------|

| | |
|--|------------|
| APÊNDICE D: Instrumento de Coleta | 136 |
|--|------------|

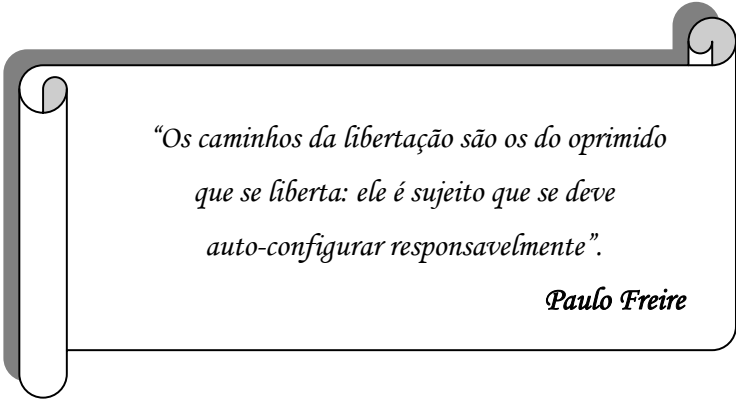
| | |
|--|------------|
| APÊNDICE E: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 137 |
|--|------------|

| | |
|-------------------|------------|
| ANEXO..... | 139 |
|-------------------|------------|

| | |
|--------------------------------------|------------|
| ANEXO A: Ofício CEP/UESB..... | 140 |
|--------------------------------------|------------|

Capítulo I

Contextualizando o objeto de estudo



*“Os caminhos da libertação são os do oprimido
que se liberta: ele é sujeito que se deve
auto-configurar responsavelmente”.*

Paulo Freire

Este estudo aborda as contribuições das práticas de educação em saúde na Qualidade de Vida de pessoas com Hipertensão Arterial e, com o qual se pretende encontrar subsídios que possam orientar os profissionais na realização de ações de Educação em Saúde, junto a essa clientela.

Pode-se observar que, de um lado, as proposições que se identificam como práticas educativas têm como características o diálogo e a participação e, do outro, práticas educativas cotidianas que pouco avançam neste sentido, reproduzindo formatos tradicionais, predominando a transmissão do conhecimento e a verticalidade da relação profissional e usuário do serviço.

Educação em Saúde é uma atividade que se desenvolve mediante situações formais de ensino-aprendizagem, funcionando como agregadas aos espaços das práticas de saúde (BRASIL, 2007). As ações de Educação em Saúde têm se construído no contexto da saúde coletiva, enquanto prática de Saúde Pública e, mais recentemente, referendada na proposta da Promoção da Saúde. Neste processo, o seu papel tem estado articulado aos projetos de legitimação social em que se inscreve a trajetória de proposições conservadoras do campo da Saúde Pública.

Compreende-se, então, que a Educação em Saúde tem um papel relevante na transformação do ser humano, sendo esta uma das principais ações a serem implementadas pela atenção básica, buscando a promoção da saúde, onde as práticas educativas que oportunizam o diálogo favorecem o encontro das pessoas, as trocas de experiência e, conseqüentemente, a compreensão de fatores que promovem a saúde e previnem complicações. Assim, a atual articulação da atenção básica com propostas inovadoras, como a da Promoção da Saúde, tem acenado com a promessa de superação do modelo de construção das ações de saúde e a oportunidade de se constituírem novos modos de acontecerem às práticas de educação em saúde nos serviços.

O conceito de promoção da saúde aparece na década de 40, sendo definida como uma das tarefas essenciais da medicina social. Na década de 60, vem novamente à tona, a partir do incentivo à prevenção de doenças, estimulando hábitos e comportamentos saudáveis, com a preocupação de atuar nos fatores de riscos (CHAPLE; HENRY, 2002).

Nos anos 70, com a crise dos sistemas de saúde, continua-se a perceber que as ações curativas não alcançam eficientemente a solução dos problemas de saúde; era preciso intervir nos determinantes do processo de adoecer. Neste contexto, a educação em saúde busca alcançar mudanças de comportamento que possam contribuir para um maior nível de saúde e melhoria na qualidade de vida (TEIXEIRA, 2009).

A educação em saúde representa uma das fundamentações das práticas de assistência à saúde, tendo como propósito ajudar as pessoas a prevenir doenças e seus agravos ou conviver com uma doença (em especial nos casos crônicos), dando o direito às pessoas de buscar informações acerca do cuidado em saúde, tornando-se capazes de participar ativamente do auto-cuidado (PEREIRA, 2006).

Para Guimarães e Takayanagui (2002) é de grande importância a adoção de práticas educativas conscientizadoras, que consigam contribuir para a internalização das necessidades de mudança de atitudes para a prática do cuidado à saúde, na busca de promover saúde e qualidade de vida.

Partindo da hipótese de que o processo educativo na área da saúde vem sendo trabalhado pelas Equipes de Saúde da Família - ESF, com o firme propósito de intervir nas condições de saúde da comunidade, para a implementação da promoção da saúde, procurou-se compreender nesse estudo, como ocorrem as práticas educativas, tendo o pressuposto da concepção dialógica como fundamento para a realização destas ações.

Inquiriram-se, como marco teórico nesse estudo, as ideias de Paulo Freire, educador/pesquisador que procurou unir ensino e aprendizagem com a realidade vivenciada. Freire deu início ao processo de discussão de uma educação libertadora hoje, também conhecida, como Educação Popular - EP. Ele aponta a educação compartilhada, problematizadora, como um fator responsável pela luta dos direitos do cidadão, proporcionando uma participação ativa das pessoas na construção da cidadania, utilizando para esta prática, a dialogicidade do respeito pelo outro, indispensável nas práticas humanas em saúde, e assim, conhecer e construir conhecimentos através de ações educativas para a promoção da saúde e qualidade de vida da comunidade.

A Estratégia de Saúde da Família - ESF se propõe a substituir o modelo tradicional de assistência por meio de práticas de promoção e prevenção desenvolvidas

por uma equipe multiprofissional, tendo como núcleo central, a família. Esta estratégia tornou-se, então, principal referência da atenção à saúde na atenção básica sendo, portanto, um importante espaço para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde. Dessa forma, percebe-se a importância das práticas desenvolvidas pelas ESF, junto à comunidade e aos usuários dos serviços de saúde, entre os quais os portadores de doenças crônicas, como a Hipertensão Arterial.

De acordo com o Ministério da Saúde, as doenças do coração constituem, no Brasil, a primeira causa de morte (27,4%), sendo mais comuns que as doenças infecciosas e parasitárias, além de causarem sequelas e são responsáveis por 40% das aposentadorias precoces, o que configura um dos mais importantes fatores de incapacidade nas populações adultas (BRASIL, 2002a).

A Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS se constitui em uma das principais doenças Crônicas Não-Transmissíveis que vêm acometendo a população mundial, apresentando elevado índice de morbi-mortalidade, principalmente na idade adulta, o que acentua os casos de complicações ou morte por doenças cardiovasculares. A HAS sofre influência multifatorial, com destaque para o estilo de vida saudável, eliminando hábitos que se constituam como fatores de risco para a doença, além do uso de medicações para o controle da pressão arterial (BRASIL, 2002a).

Ao realizar o acompanhamento da saúde dos pacientes com hipertensão, pode-se observar como é grande a dificuldade para a aquisição de hábitos saudáveis, pois a tomada de decisão com vistas à superação de hábitos nocivos à saúde, apesar de necessária, constitui um desafio para a pessoa com hipertensão, que pode ser alcançado a partir das mudanças de hábitos que venham proporcionar a melhoria na saúde e qualidade de vida.

Segundo Buss (2000) o conceito de Qualidade de Vida é uma noção eminentemente humana, associada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, social e ambiental e à própria estética existencial. Está vinculada aos elementos que a sociedade considera como padrão de saúde, conforto e bem-estar, variando com a época, os valores, os espaços e as diferentes histórias, tendo também como foco a promoção da saúde para que dessa forma ocorra a qualidade de vida relacionada à saúde.

O cotidiano das Unidades de Saúde da Família traz vivências que fazem refletir quanto à importância de ações voltadas para as práticas de cuidado; entre estas, estão as ações educativas, que devem ser realizadas para orientação sobre a saúde das pessoas. Os aspectos envolvidos na história, cultura, crenças, valores, ideologias, atitudes, afetividade, dentre outros, situa cada um destes sujeitos como um universo de significados capaz de predizer como a educação em saúde acontece e qual influência recebe.

Ao enveredar pelos caminhos da pesquisa, muitas possibilidades se apresentaram. No entanto, com base em Servo (2001), acredita-se que o conhecimento não se faz no vazio, mas se constrói pautado nas experiências, nos interesses, reflexões e inquietações do pesquisador sobre a realidade que se pretende estudar. As experiências de vida e trabalho promoveram contato com situações e problemas merecedores de estudos mais aprofundados, por trazerem a oportunidade de refletir sobre a possibilidade de intervenções concretas.

A escolha por esse tema concebe uma expectativa quanto à realização de práticas educativas pelas Equipes de Saúde da Família-ESF, tendo como pressuposto a pedagogia freireana, vez que esta busca o diálogo entre saberes científicos e saberes populares sendo, portanto, uma forma metodológica para trabalhar com as comunidades na perspectiva de envolvê-las como corresponsáveis pela promoção à saúde.

Nesse contexto, o interesse em estudar as ações educativas desenvolvidas na atenção básica emergiu da própria trajetória profissional como enfermeira assistencial, pesquisadora e docente, na qual as situações vivenciadas impulsionaram a refletir sobre os problemas que interferem na produção do cuidado dos usuários. Como exemplo, destaca-se a experiência profissional como enfermeira em Unidade de Saúde da Família, com atendimento a diversos grupos populacionais preconizados pelo Ministério da Saúde, em ações educativas voltadas para a saúde, inclusive as pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial.

Destarte, o interesse pelo tema é fortemente reforçado pela participação no Grupo de Pesquisa Política, Planejamento e Gestão em Saúde, cadastrado no CNPq e certificado pela UESB, nas Linhas de Pesquisa: Educação Permanente em Saúde;

Gestão e Planejamento em Saúde; Políticas Públicas; Saúde e Qualidade de Vida. Esta participação vem oportunizando leituras individuais e coletivas que resultam em indagações sobre a Educação para a Saúde, despertando o interesse em analisar as Ações Educativas desenvolvidas na atenção básica, como possibilidade de melhoria da qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial.

Diante do exposto, reflete-se sobre as interfaces das ações da atenção básica e das contradições que perpassam estas ações entre as ESF, a partir de uma visão crítica e do desejo de um novo modo de construir o cuidado, enfatizando a importância das práticas educativas realizadas a partir de uma fundamentação voltada para a concepção dialógica, embasada no diálogo e na escuta, valorizando os saberes, os valores e culturas dos usuários, buscando assim, realizar uma atenção à saúde do usuário e às suas necessidades de saúde, por meio da valorização de elementos essenciais que envolvem o cuidado como estabelecimento de vínculo, escuta sensível, acolhimento e corresponsabilização, no sentido de delinear ações que fortaleçam o vínculo entre profissionais de saúde e usuário.

O Município de Jequié possui 26 Equipes de Saúde da Família, que desenvolvem ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde, realizando o acompanhamento das pessoas com hipertensão arterial (CNES, 2011). O Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia) estima em 22.068 o número das pessoas com hipertensão arterial, diante da população de 150.000 habitantes do município de Jequié, conforme dados do DATASUS (BRASIL, 2010c).

Pelo exposto, a estimativa para o município de Jequié aponta um número elevado de pessoas que possuem hipertensão; logo, este é um problema de saúde presente na população do município, o que faz entender a necessidade de ações voltadas para o controle da doença, buscando conscientizar pessoas com hipertensão quanto à importância de aceitar a adesão ao serviço de assistência à hipertensão e a realizarem autocuidados que venham possibilitar a melhoria da saúde e da qualidade de vida.

Portanto, a relevância deste estudo dar-se-á pela compreensão acerca da importância das ações de educação em saúde, presentes nas relações que se

estabelecem na Atenção Básica em Saúde, entre a ESF e suas comunidades de referência; na construção de saberes e práticas ao desenvolverem trabalhos conjuntos para a melhoria da saúde e qualidade de vida de pessoas com hipertensão.

Além disso, busca-se suscitar um novo olhar dos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros que atuam na atenção básica, frente ao compromisso com o desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde, principalmente as práticas educativas, tendo como fundamento a dialogicidade, aos usuários da saúde, dentre eles os portadores das doenças crônicas não-transmissíveis, visto que as práticas educativas são de grande importância neste universo, pois permitem que os usuários compreendam a necessidade da adesão, do vínculo e do autocuidado.

Enfatiza-se, neste estudo, que os processos educativos devem ser idealizados como uma proposta indispensável nos serviços de saúde, na busca pela promoção da saúde. Logo, constitui-se em campo fértil para reflexões acerca do processo de educação em saúde, realizada a partir da concepção dialógica de Paulo Freire valorizando, assim, o diálogo nas práticas educativas desenvolvidas na atenção básica, contribuindo para uma possível modificação do comportamento de pessoas frente à doença e ao seu autocuidado, o que poderá proporcionar uma melhor condição de saúde e qualidade de vida aos usuários, cumprindo com a proposta da atenção básica, que visa trabalhar para a promoção, a prevenção e a redução da morbimortalidade, ou complicações decorrentes de uma doença.

Assim, a partir da percepção da necessidade de realizar um estudo acerca das práticas educativas em saúde como forma de possibilitar a qualidade de vida de pessoas com Hipertensão Arterial, emergiram as seguintes questões norteadoras:

- Qual a contribuição das práticas educativas para a Qualidade de Vida de pessoas com Hipertensão Arterial?
- Quais as percepções dos usuários com Hipertensão Arterial sobre sua qualidade de vida?
- Qual a compreensão dos usuários e dos enfermeiros acerca da importância das práticas educativas para a qualidade de vida de pessoas com hipertensão?
- Quais são as possibilidades e as dificuldades à realização das práticas educativas baseadas nos pressupostos de Paulo Freire?

Este estudo busca, portanto, elucidar tais questões com o intuito de contribuir para o sucesso do processo de educação em saúde e das práticas de ações educativas dos (as) enfermeiros (as) que atuam nas Equipes de Saúde da Família, no que diz respeito à qualidade de vida de usuários com hipertensão arterial. Para nortear a busca por tais respostas, foram traçados alguns objetivos.

Objetivo Geral:

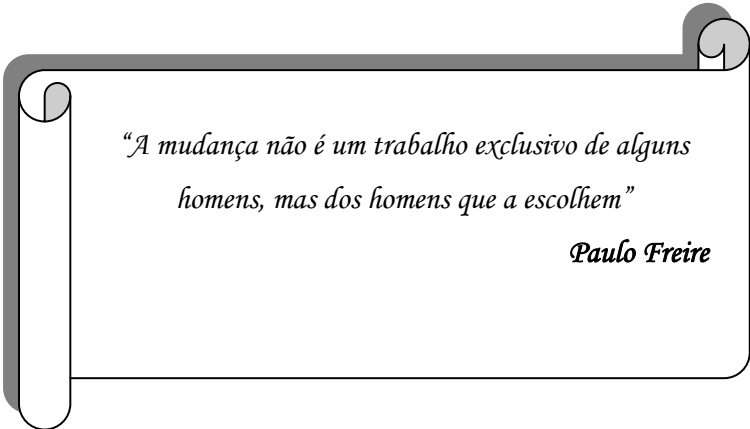
- Analisar a contribuição das práticas educativas para a Qualidade de Vida de pessoas com Hipertensão Arterial.

Objetivos Específicos:

- Descrever a percepção de usuários com Hipertensão Arterial sobre qualidade de vida.
- Verificar a compreensão dos usuários e dos enfermeiros acerca da importância das práticas educativas para a qualidade de vida de pessoas com hipertensão.
- Identificar as possibilidades e as dificuldades à realização das práticas educativas baseadas nos pressupostos de Paulo Freire.

Capítulo II

Revisão de Literatura



*“A mudança não é um trabalho exclusivo de alguns
homens, mas dos homens que a escolhem”*

Paulo Freire

Neste capítulo, busca-se apresentar uma revisão de literatura, com o objetivo de conhecer a produção científica relativa às ações de educação em saúde para a qualidade de vida de usuários com hipertensão arterial apresentando, como foco de estudo, as seguintes bases teóricas: a promoção da saúde, a atenção básica, a educação em saúde e a qualidade de vida. Visa compreender a origem e as bases que sustentam as ações educativas em saúde, como instrumento para a promoção da saúde e sua aproximação com o pensamento de Paulo Freire, que será discutido no referencial teórico.

Os estudos foram pesquisados nas bases de dados nacionais e internacionais, sendo realizada na Biblioteca Virtual (BVS) da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), que concentra e focaliza informações nacionais e internacionais sobre o tema, registrados no Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Medical Literature and Retrieval System Online (Medline) e no Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Além dos artigos foram também analisados capítulos de livros, teses e dissertações que versam sobre a temática. Os textos, após analisados, foram agrupados por temas convergentes, dando origem a dois *itens*: 1. A Educação para a Promoção da Saúde, que apresentou como *subitens*: A Promoção da Saúde na Atenção Básica - Contexto da Educação em Saúde; Estratégia de Saúde da Família - um Espaço para o Desenvolvimento das ações de Educação em Saúde; Enfermagem e Educação em Saúde. 2. Educação em Saúde e Qualidade de Vida de pessoas com Hipertensão Arterial, com os *subitens*: Educação em Saúde na Hipertensão Arterial; Qualidade de Vida; Qualidade de Vida na Hipertensão Arterial.

2.1 A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Historicamente, a Educação em Saúde tem se construído no contexto do desenvolvimento do campo da Saúde Coletiva, enquanto prática de saúde na Medicina Social, na Saúde Pública, na Medicina Preventiva e, mais recentemente, encontra-se referendada na proposta da promoção da saúde. Nesse processo, o seu papel tem estado articulado aos projetos de legitimação social em que se inscreve a trajetória de

proposições conservadoras do campo da saúde pública (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Alves (2004) define educação em saúde “como um conjunto de saberes e práticas, orientados para a prevenção de doenças e a promoção da saúde”. Como defendem os autores, estes saberes, intermediados pelos profissionais de saúde, dentre eles os enfermeiros, através das práticas educativas, podem ressignificar a concepção de saúde das pessoas, principalmente a partir da compreensão dos determinantes do processo saúde-doença que devem ser explicitados nestas ações.

2.1.1 A Promoção da Saúde na Atenção Básica... Contexto da Educação em Saúde

Ao estudar sobre a história da promoção da saúde, percebe-se que ela se constrói sobre bases ambíguas. Segundo Chaple (2002), um dos primeiros autores a utilizar o termo “promoção da saúde” foi Sigerist, em 1945, ao definir as quatro tarefas primordiais da medicina: promoção da saúde, prevenção da doença, recuperação do enfermo e reabilitação.

Este conceito passa a ter um sentido restrito quando Lalonde, em 1974, desloca o seu foco para as ações preventivas voltadas para a mudança de comportamento e estilo de vida (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 103). As transformações que propõe limitam-se a aspectos ligados à expressão biológica da saúde e da doença, e priorizam a prevenção das doenças mediante a substituição de hábitos associados a uma maior probabilidade de adoecimento, por estilos de vida mais saudáveis.

O modelo de educação em saúde, segundo esta perspectiva da promoção da saúde, se dirige aos comportamentos de risco, priorizando um enfoque preventivo, entendendo a prevenção como uma questão restrita ao controle racional, desconsiderando o contexto sociocultural e a dimensão subjetiva onde se configura o efetivo espaço para a transformação das práticas de saúde. A proposta da promoção da saúde e a relevância das práticas educativas na atuação dos serviços de saúde foram configuradas em 1978, na Conferência de Atenção Primária à Saúde, em Alma-Ata (OMS, 1978).

A proposta da Atenção Primária à Saúde - APS, assumida pelos governos presentes em Alma-Ata na URSS, é uma das respostas dadas a essa crise, através da extensão de cobertura dos serviços a toda a população e a realização de atividades de baixo custo e alta eficácia, associadas à educação em saúde sendo, esta última, considerada fundamental para a promoção da saúde e prevenção de agravos, previstas na meta de Saúde para Todos no ano 2000 e a Estratégia da atenção primária de saúde (OMS/UNICEF, 1979).

Os conceitos que embasam as contribuições de Alma-Ata foram retomados e ampliados pelo movimento da promoção da saúde e consistem em: ampliação do conceito de saúde, que passa a ser relacionado à qualidade de vida; compreensão da responsabilidade dos governos pela saúde de suas populações; ideia da intersetorialidade como forma de atuação frente à complexidade dos determinantes da saúde e da doença; reconhecimento da participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde (SANTOS, 2005).

A partir das concepções e propostas para a atenção primária à saúde, na Conferência de Alma-Ata, iniciou-se a realização de uma série de conferências voltadas para discutir ideias, com o objetivo de promover melhorias à saúde através da sua promoção. A primeira ocorreu em Ottawa, no Canadá, em 1986, sendo então, a I Conferência Mundial de Promoção da Saúde, que configura um avanço em relação à percepção expressa no Relatório Lalonde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Com a divulgação da carta de Ottawa, começou a ser trabalhada a compreensão da nova promoção da saúde. A partir desta, ficou definido que promoção da saúde “é o processo que busca possibilitar que os indivíduos e comunidades a reconhecerem os determinantes da saúde, e se organizem para enfrentá-lo e melhorar suas condições de vida e saúde” (WHO, 1986 p. 58).

Esta perspectiva, mais abrangente, se baseia no conceito ampliado de saúde e remete sua conquista a mediações com outros setores e à participação da comunidade – grupos e indivíduos – a qual passaria a assumir a responsabilidade pela manutenção da saúde, através de escolhas saudáveis.

No entanto, ainda que articulando elementos ligados potencialmente a uma perspectiva transformadora, como participação comunitária, educação em saúde e *empowerment*, a promoção da saúde segundo a Carta de Ottawa (BRASIL, 2002) guarda ambiguidades relativas à tradução dessas estratégias, no que diz respeito a sua constituição enquanto propostas e práticas emancipadoras ou conservadoras. (CARVALHO, 2007).

Segundo Buss (2000), existem diversas conceitualizações para a promoção da saúde e que podem ser reunidas em dois grandes grupos. No primeiro deles, as atividades objetivam transformar os comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram. Neste caso, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos. O segundo caracteriza a concepção moderna de promoção, na qual os determinantes gerais sobre as condições de saúde são os fatores protagonizantes para se ter qualidade de vida.

Dessa forma, na busca da promoção da saúde, o caráter comportamental das propostas de educação em saúde não estaria superado, mantendo-se a perspectiva de responsabilização individual, o foco na prevenção e o não enfrentamento, segundo uma concepção ampliada, de transformações dos determinantes do processo saúde-doença, do modelo de atenção e das práticas de saúde.

A carta de Ottawa também traz em seu contexto, conceitos de estratégias de promoção da saúde e implementação de políticas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais (HEIDEMANN, 2006).

O reforço à participação comunitária e a aquisição de habilidades pessoais remetem, de forma explícita, às ações de educação como estratégia de conquista de melhores condições de saúde e de vida, ainda que se possa afirmar que a educação em saúde guarda “uma grande área de intersecção” com o conjunto das proposições contidas na Carta (CASTIEL; VASCONCELLOS-SILVA, 2006 p. 94).

Além da Conferência de Ottawa, outras Conferências Internacionais foram realizadas para discussões sobre a Promoção da Saúde, dentre as quais podemos citar as conferências de Adelaide (1988), de Sundsvall (1991), de Jacarta (1997), do México (2000) e de Bangkok (2005), que ajudaram a reafirmar as bases políticas e conceituais da promoção da saúde.

Foi a partir da Conferência de Ottawa e das que lhe seguiram, que se identificou uma variedade de definições e desdobramentos do conceito de promoção da saúde. Assim, tanto se colocam as proposições que consideram o seu caráter transformador nos termos em que é oficialmente defendida, como as que, a partir de uma avaliação crítica, identificam a necessidade de maiores precisões conceituais e metodológicas relativas às dimensões políticas, para que a promoção da saúde se afirme segundo uma perspectiva transformadora (ALBUQUERQUE, 2003; MARCONDES, 2004, 2005; STOTZ; ARAÚJO, 2004).

A ampliação do enfoque da saúde e da doença – a articulação com “valores como qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros” (BUSS, 2000) permitiriam identificar a promoção da saúde como uma estratégia promissora para enfrentar os problemas de saúde da população.

A ênfase dada no documento de Ottawa ao desenvolvimento de habilidades para a tomada de decisões e o exercício do controle sobre as “circunstâncias de vida”, assim como a participação nas decisões sobre a saúde colocam o *empowerment* junto com a participação social no centro das estratégias a serem implementadas pela Nova Promoção da Saúde (ALBUQUERQUE, 2003; MARCONDES, 2004, 2005; STOTZ, ARAÚJO, 2004).

Porém, segundo o enfoque da Nova Promoção da Saúde, não está garantida, para a educação em saúde, a superação de um modelo unilinear de comunicação e nem de propostas dirigidas à prescrição de comportamentos individuais, orientados pelo “modelo médico”; ou um papel na regulação do consumo de serviços de saúde (o modo correto de consumir os serviços). No entanto, a implementação da proposta da promoção da saúde no Brasil tende a priorizar a perspectiva comportamental e individual, articulada a um discurso que se dirige ao enfrentamento dos determinantes

do processo saúde-doença e à transformação das condições de vida e saúde da população, baseando-se em processos de participação social e em uma pedagogia dialógica e emancipadora, em especial na Atenção Básica, que tem como seu principal locus a Estratégia de Saúde da Família, sendo este, um espaço privilegiado para o seu desenvolvimento (ALBUQUERQUE, 2003; MARCONDES, 2004, 2005; STOTZ, 2004).

2.1.2 Estratégia de Saúde da Família... um espaço para o desenvolvimento das práticas de educação em saúde

No histórico da saúde no Brasil, pode-se perceber que a desigualdade no acesso aos serviços, baixa resolutividade, falta de integralidade na atenção, escassez de recursos financeiros e gestão centralizada estão sempre presentes em meio à população. Esses problemas estimularam a formação de um movimento em prol da reformulação do sistema de saúde brasileiro, que veio culminar na redemocratização do país e o resgate da cidadania, com os movimentos sociais (LIMA, 2002).

Dessa forma, na tentativa de mudanças e melhorias da saúde, nos direitos de cidadania e na política social brasileira (SERRA; RODRIGUES, 2007), é possível registrar que as três primeiras décadas do século XIX formaram um período de supremacia das políticas de saúde pública, onde o modelo de atenção em saúde era orientado para o controle de endemias e medidas de imunização e que empregava densamente as deliberações, em geral tecnocráticas e, também, adotava um estilo repressivo de intervenção, favorecendo o surgimento e a consolidação de uma estrutura administrativa centralista e corporativista, dificultando a participação da população nas questões pertinentes à política de saúde (PAIVA, 2003).

Porém, desde as décadas de 1940 e 1950 que a saúde é vista como um bem de valor econômico e que investimentos em capital humano eram fundamentais para o desenvolvimento das nações, especialmente nos países subdesenvolvidos. No final da década de 1950 e início de 1960, aquece o debate sobre o papel do Estado na implantação de um efetivo sistema de saúde, tendo como marco a III Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1963, que propôs a implantação da municipalização da

assistência à saúde no Brasil. Entretanto, a reação das forças sociais conservadoras levou ao golpe militar de 1964, interrompendo o debate que vinha se dando até então (LIMA, 2002).

Com o governo nas mãos dos militares, o que se viu foi a centralização das políticas públicas, revertendo dessa forma o espírito da democracia que vinha sendo implantado, mesmo de forma acanhada, nos períodos anteriores. As ações educativas e de saúde foram relegadas, por isso houve a superposição das doenças da pobreza. Neste contexto, a política autoritária e centralizadora, do período militar fez emergir uma grande insatisfação popular. Entretanto, essa insatisfação teve um saldo positivo, tendo em vista que, para o enfrentamento dos problemas de saúde das classes populares, surgindo à margem da sociedade, a proposta do movimento sanitário brasileiro, marcada no seu início por uma resistência ao regime militar e ao sistema assistencial implantado (VASCONCELOS, 2004).

Toda essa crise dos anos de 1970 a 1980 tornou o sistema de saúde desordenado, mal distribuído, inadequado e insuficiente para o atendimento à população menos abastada, ocasionando o nascimento de propostas alternativas de um modelo de saúde, que tivesse como pano de fundo a democratização, com participação popular, a universalização dos serviços de saúde, a relevância do sistema público, e a descentralização. Com tanta pressão da comunidade e do movimento da Reforma Sanitária - RS, o Ministério da Saúde - MS, não teve alternativa senão organizar e convocar em 1980, a VII Conferencia Nacional de Saúde - CNS, que teve como tema os Serviços Básicos de Saúde (LIMA, 2002).

Em 1986, acontece a VIII CNS, que veio representar um dos mais importantes pontos de flexão na luta pela saúde no Brasil em toda a história. Essa conferência teve amplo envolvimento do povo, onde foram discutidos vastamente os princípios da Reforma Sanitária, assentando como princípio do novo sistema: a participação popular, a equidade, a descentralização, a universalidade e integralidade das ações de saúde (LIMA, 2002).

Em 1987, o movimento da Reforma Sanitária, alia-se à frente parlamentar da saúde e consegue junto à Assembleia Nacional Constituinte, a aprovação do texto constitucional que afirma a saúde como direito de todos e dever do Estado. Inicia-se

assim, o nascimento de um novo sistema de saúde, que veio firmar-se em 1988, sendo promulgada em 1990. Assim, criou-se o Sistema Único de Saúde- SUS, através da Lei 8080/90, com a proposta de enfrentar o desafio de manter qualidade de assistência à saúde para toda a população, enfocando a saúde como direito da humanidade no atendimento ao usuário nos serviços públicos referentes (BRASIL, 1990a).

Com a reivindicação da comunidade, ainda no mesmo ano, foi instituída a Lei 8142/90, que dispõe sobre o financiamento e participação popular no SUS. Essa Lei conjectura a participação dos movimentos sociais na elaboração de políticas de saúde e controle de sua execução brotando, assim, a oportunidade da população participar da elaboração das políticas de saúde, por meio dos Conselhos Municipais de Saúde e das Conferências de Saúde que devem acontecer de 4 em 4 anos (BRASIL, 1990a).

Com o objetivo de reestruturar os serviços de saúde pública no Brasil várias mudanças ocorreram neste setor, principalmente na atenção básica. Assim, em 1991, o SUS implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, que era considerado uma estratégia transitória para o estabelecimento de vínculos entre os serviços de saúde e a população; esta estratégia foi estimulada até que fosse possível a plena expansão do Programa Saúde da Família - PSF, a partir em 1994, quando começaram a ser formadas as primeiras equipes de PSF, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (SANTOS, 2008).

O PSF, atualmente intitulado Estratégia Saúde da Família (ESF) desde a publicação da Portaria nº 648, de março de 2006, é uma estratégia que facilita a integração e promove a organização das atividades dos serviços de saúde em um território definido, reafirmando e incorporando os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação social (BRASIL, 2006a). A ESF está centrada na promoção da saúde, que tem como intuito sustentar o desenvolvimento individual e coletivo do homem por meio de ações com diversidade de enfoques.

A política de Atenção Básica à Saúde (ABS), redefinida em 2006, prevê a realização de práticas educativas, atribuindo-lhes papel central na implementação de ações de promoção da saúde. Entre as características do processo de trabalho das equipes de saúde, contempla o desenvolvimento de ações educativas que possam

interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida, no desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, e no apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social (BRASIL, 2007a).

Assim, partindo das definições constitucionais, da legislação que regulamenta o SUS, das deliberações das conferências nacionais de saúde e do Plano Nacional de Saúde (2004-2007), o Ministério da Saúde propõe a *Política Nacional de Promoção da Saúde* visando ao enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio-histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde (BRASIL, 2006a).

A prática da educação em saúde, segundo esta perspectiva, coloca a equipe de saúde como mediadora entre o serviço e a população, o que implica na necessidade de mudança de atitude dos profissionais envolvidos, especialmente no que diz respeito ao modo como se constroem as pontes entre as proposições e normas do serviço e as necessidades vivenciadas pela população, em seu cotidiano.

O modelo de educação em saúde, segundo esta perspectiva da promoção da saúde, se dirige aos comportamentos de risco, priorizando um enfoque preventivo, entendendo a prevenção como uma questão restrita ao controle racional, desconsiderando o contexto sociocultural e a dimensão subjetiva onde se configura o efetivo espaço para a transformação das práticas de saúde.

Nesta conjuntura, a educação em saúde tem uma perspectiva que converge para a troca de conhecimentos, a construção de vínculos com a população e o desenvolvimento de processos de participação da comunidade, de acordo com a proposta de “valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito; e promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações” (BRASIL, 2007 p. 28).

Estas ações da educação em saúde incluem a construção de propostas de organização da comunidade e de mudança das suas condições de vida e saúde. Isto tem implicações sobre a realização de práticas de educação em saúde, seja do ponto de

vista de sua viabilidade no cotidiano do serviço, seja no resgate do seu papel, enquanto espaço de instituição de novos modos de relação entre profissionais e usuários e de sua expectativa emancipadora (DANTAS, TAHARA, FERREIRA, 2010).

Para o desenvolvimento das ações de educação em saúde, segundo uma perspectiva dialógica e intersubjetiva, é de grande importância que se contemplem os aspectos relacionais no processo de construção de alternativas que atendam as necessidades de saúde dos usuários.

Diálogo e vínculo de confiança com os usuários estão fortemente associados (TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004), sendo essenciais para o desenvolvimento de habilidades pessoais na proteção da saúde, a articulação dos recursos disponíveis na comunidade e a identificação das necessidades de saúde cuja satisfação envolve a atuação de outros setores, segundo a proposta da promoção da saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003 p. 103), em suma, para concretizar o compromisso com a transformação das condições de vida e saúde da população adstrita.

Compreende-se que o diálogo é o encontro entre sujeitos, mediado pela linguagem, na busca de entendimento e da construção de projetos, frente ao mundo do qual se reconhecem parte. A prática da educação em saúde, numa perspectiva dialógica, desempenha papel central no processo de construção de novos modos de se construir as práticas de saúde, por permitir processos de mediação entre saberes, aproximando-as das necessidades da população, possibilitando novos formatos para as relações entre profissionais e usuários, e propiciando a organização e mobilização da população em termos de mudanças de suas condições de vida e saúde (DANTAS, 2010).

Dessa forma, o conceito de Educação em Saúde está ancorado no conceito de Promoção da Saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto da sua vida cotidiana e, não apenas as pessoas, sob o risco de adoecer (MACHADO et al., 2007).

A ESF, como importante espaço para a realização de ações para a promoção da saúde, propõe que atividades educativas sejam realizadas regularmente pelas equipes, já que esta consiste num modelo pautado no desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. Sendo assim, “a

promoção da saúde visa colaborar para reduzir as desigualdades existentes em relação aos direitos de saúde, facilitando oportunidades e recursos para que os sujeitos atinjam seu completo potencial de saúde” (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007 p. 236).

Na ESF as atividades de educação em saúde devem ser trabalhadas na forma de grupos, pois se acredita que a vivência da educação em saúde, através desta modalidade, favorece a participação como maneira de garantir ao indivíduo e à comunidade a possibilidade de decidir sobre seus próprios destinos, e a capacitação destes sujeitos para atuarem na melhoria do seu nível de saúde. O trabalho educativo em grupos consiste numa valiosa alternativa para se buscar a promoção de saúde, que permite o aprofundamento de discussões e a ampliação de conhecimentos, de modo que as pessoas superem suas dificuldades e obtenham maior autonomia, melhores condições de saúde e qualidade de vida (SANTOS; LIMA, 2008).

São especialmente relevantes a participação da população e a educação em saúde, onde a ambiguidade entre perspectivas transformadoras e conservadoras se mantém, apontando para a possibilidade de, no contexto em que surge, a promoção da saúde vir a se configurar como uma estratégia de contenção de recursos e de controle social (ALBUQUERQUE, 2003; MARCONDES, 2004; OLIVEIRA, 2005; STOTZ, ARAÚJO, 2004).

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), a articulação das instituições de ensino com o SUS, por meio do quadrilátero da formação, ensino, gestão, atenção e controle social, na perspectiva de modificar a organização dos serviços e dos processos formativos, adotando a integralidade como foco central e assumindo, como ponto de partida, as necessidades de saúde apontadas pela população, entendendo que os processos educativos representam uma possibilidade de mudança do sistema de saúde.

Então, para que haja mudanças das práticas e da organização do trabalho das equipes, é necessário estruturar as capacitações com base na problematização do processo de trabalho, ou seja, utilizar a estratégia da Educação Popular em Saúde para a realização das práticas educativas desenvolvidas pelas ESF, promovendo assim uma maior integração entre a equipe de saúde e os usuários.

2.1.3 A Enfermagem na Educação em Saúde

A enfermagem tem importante papel na consolidação de uma sociedade mais justa e democrática, pois mediante o cuidado, ela tem a oportunidade de educar o outro para a saúde, fazendo com que ele mobilize os próprios recursos para se manter saudável, tornando-se mais autônomo.

Os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, têm como principal papel “cuidar do outro”, podendo fazê-lo por meio da educação em saúde, estabelecendo espaços para expressar seus anseios, limitações e medos e compartilhar seus saberes, conhecendo a doença, comportamentos saudáveis e de risco, bem como formas de se cuidar e prevenir complicações. Este cuidar vai além da dimensão técnica, abrange preocupação com o outro, respeito a sua cultura, valores, crenças e expectativas em relação à sua doença, vendo-o com um ser humano em sua totalidade. Portanto, o enfermeiro é instrumentalizado durante toda a sua formação a enxergar o outro como um ser humano, para além da doença, do diagnóstico que possui, estabelecendo uma relação de solidariedade, sensibilidade e respeito (DE BIASI; PEDRO, 2009).

Neste processo, a enfermagem aborda aspectos que dizem respeito à convivência do indivíduo com uma doença crônica, buscando ajudá-lo nesta ocorrência, apoiando através da sua experiência profissional, formas de um viver melhor com a doença. Deste modo, cabe ao profissional enfermeiro em todas as áreas de atuação avaliar, programar e desenvolver ações conjuntas que viabilizem uma melhor adesão ao regime terapêutico através de assistência domiciliar, consulta de enfermagem, atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe (BRASIL, 2007).

As práticas educativas implementadas pela enfermagem nas ESF, contribuem para promoção da qualidade de vida, mesmo sendo este um desafio, tendo em vista que devem considerar uma valoração subjetiva que o próprio usuário faz de diferentes aspectos de sua vida e em relação ao seu estado de saúde, não valorizando, na maioria das vezes, as atividades educativas desenvolvidas nas Unidades de Saúde.

Neste contexto, a enfermagem é também responsável pela produção de serviços de saúde no nível coletivo. Assim, o enfermeiro precisa ser capaz de identificar as necessidades sociais de saúde da população sob a sua responsabilidade, além de intervir no processo saúde/doença dos indivíduos, família e coletividade (GORDON, 1991).

O enfermeiro tem em seu processo de formação várias orientações e atividades práticas para o desenvolvimento de competências voltadas para a educação em saúde, mobilizando conhecimentos, habilidades e atitudes, em situações concretas de trabalho, que o leva a articular a prática pedagógica de caráter emancipatório e transformador. Isso lhe dá uma visão crítica e global da sociedade, na perspectiva do cuidado integral e de qualidade, trilhando assim, um processo de trabalho segundo os conceitos da humanização da assistência, equidade e teorias da Enfermagem.

Desta forma, a Enfermagem destaca-se por estar intimamente ligada ao ser humano e preocupada com o seu bem-estar, enquadra-se no desafio de realizar práticas em Educação em Saúde que permitam incentivar os usuários à reflexão crítica de sua realidade, visando assim à qualidade de vida, com práticas educativas embasadas em uma pedagogia dialógica, crítica reflexiva e problematizadora, de acordo com a filosofia freireana.

2.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

As práticas de educação em saúde enfatizam a prevenção de doenças e continua sendo vista, no terreno da saúde pública, de maneira individual. Esta abordagem representa a saúde, predominantemente, como uma questão de responsabilidade pessoal e indicação do “bom” uso da autonomia individual.

Ela é conceituada como resultado de tomada de decisão racional quanto ao comportamento pessoal, o que pressupõe que o conhecimento esteja diretamente relacionado à mudança de comportamento. Tal lógica tem sido aplicada a muitos dos problemas de saúde pública na atualidade, vistos como solucionáveis por meio do

ensino de quais comportamentos são adequados para a manutenção do “natural e original” estado de saúde de todos.

A Hipertensão Arterial contribui significativamente para modificações na qualidade de vida das pessoas, visto que interfere na capacidade física, emocional, interação social, atividade intelectual, exercício profissional e outras atividades do cotidiano, considerando-se que qualidade de vida é uma expressão de difícil conceituação, tendo em vista o seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional.

Ter qualidade de vida depende, pois, de fatores intrínsecos e extrínsecos. Assim há uma conotação diferente de qualidade de vida para cada indivíduo, que é decorrente da inserção deste na sociedade.

2.2.1 Educação em Saúde na Hipertensão Arterial

A educação em saúde da pessoa com hipertensão é imprescindível para que esta tenha o conhecimento, habilidades técnicas e possa fortalecer suas potencialidades para manejar com sucesso sua condição. Deste modo, poderá evitar grande parte das complicações associadas à doença e melhorar sua qualidade de vida. Estes conhecimentos englobam a incorporação de hábitos de vida saudáveis no seu cotidiano, como a prática de atividade física e alimentação adequada. Além disso, o acesso à informação favorece a compreensão sobre a ação dos medicamentos, permite a pessoa monitorar a pressão, identificar e atuar frente a problemas e ter o ajuste emocional para conviver bem com uma doença crônica. Outro aspecto a salientar é a convivência de forma equilibrada com a hipertensão (FORTI; FONSECA, 2009; ADA, 2010).

O conjunto de ações que visem à educação em saúde do indivíduo com hipertensão precisa ser individualizado, de modo a identificar fatores que venham interferir neste processo. O indivíduo que tem hábitos saudáveis de vida, dificilmente apresentará problemas em relação ao seu cuidado. Entretanto, para aqueles cujas mudanças de hábitos são inviáveis ou difíceis de conquistar, o empenho pessoal e a habilidade dos profissionais de saúde são fundamentais. A presença de doenças

concomitantes, a dificuldade para mobilização e o uso de outras medicações também podem se somar às dificuldades apresentadas (ADA, 2010).

Mudar hábitos não é uma atitude fácil e precisa ser entendida pelo profissional como tal. Por isso, o importante é persistir, mudar estratégias, partir das necessidades de saúde e recursos que o usuário com hipertensão apresenta, atuar em equipe e avaliar se as orientações estão sendo incorporadas e seguidas, pois muitas vezes o indivíduo, usuário do serviço de hipertensão esquece a orientação, ou em casos de alteração na sua situação de saúde e o plano de cuidados precisa ser modificado. O educador, quando fala de hipertensão, precisa ter mais tempo, paciência, maior compreensão e maior tolerância (ADA, 2010).

Estudo realizado por Figueiredo, Rodrigues-Neto e Leite (2010) sobre os modelos aplicados às atividades de educação em saúde reitera que o modelo tradicional de educação escolar se reflete na educação realizada pelo profissional de saúde sendo, ainda, o tradicional, na sua maioria. Neste modelo, a informação é apenas transmitida e não discutida ou dialogada de forma horizontal. Contrapõe-se ao exposto por Freire (2003) ao reforçar que as atividades educativas não devem ser dissertações ou doações de conteúdos.

O papel do educador "não é falar ao povo sobre nossa visão do mundo, ou tentar impô-la a ele, mas dialogar com ele sobre a sua e a nossa". O modelo dialógico que propõe o diálogo e a construção do conhecimento através de uma abordagem crítico-reflexiva ainda é um desafio para o profissional, que muitas vezes desconhece esse modelo ou que não foi capacitado para colocá-lo em prática (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010).

É importante relembrar que os usuários de saúde não são apenas consumidores, das orientações, são, além disso, agentes/coprodutores de um processo educativo. Possuem, portanto, uma dupla dimensão no processo: são ao mesmo tempo objetos de trabalho dos agentes educativos e sujeitos de sua própria educação, sendo necessário a construção de um cuidado que incorpore essa dimensão educativa emancipatória.

Neste processo, a enfermagem, enquanto uma prática social inserida na dinâmica das relações sociais, pode atuar ampliando a consciência crítica dos grupos sociais quanto aos seus potenciais de fortalecimento/desgastes a que se expõem em

suas formas de trabalhar e viver. Para tal, é imprescindível que sua prática esteja vinculada e pautada a uma proposta educacional de transformação social.

Uma concepção de educação que instrumentalize os grupos e classes sociais a compreender as raízes da desigualdade na produção da saúde-doença pode ser encontrada nas formulações de Paulo Freire. Segundo o autor, é necessário que o educador tenha disponibilidade para o diálogo, estabelecendo uma posição democrática entre educandos e educadores. Os sujeitos do diálogo devem conservar e manter a sua identidade, possibilitando que cresçam conjuntamente. O diálogo favorece o ato de ensinar, complementando-se no ato de aprender, e ambos somente se tornam verdadeiramente possíveis quando o pensamento crítico e inquieto do educador não freia a capacidade do educando também pensar criticamente (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010).

Considerando que o processo educativo é, também, político, cujos métodos e técnicas devem favorecer a desalienação, a transformação e a emancipação dos sujeitos envolvidos, a educação em saúde não deve ser exclusivamente informativa, todavia deve levar os usuários a refletir sobre as bases sociais de sua vida, passando a perceber a saúde não mais como uma concessão e, sim, como um direito social.

2.2.2 Qualidade de Vida

O termo Qualidade de Vida (QV) começou a ser tratado de forma mais objetiva na primeira metade do século XX, no contexto de uma abordagem economicista, baseada em indicadores sociais (rendimentos *per capita*; níveis de consumo; sinais exteriores de riqueza, etc).

A ligação do termo qualidade de vida ao estado de saúde veio depois em decorrência da clássica definição de saúde, feita em 1948, pela Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) como *um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente como a ausência de doença*. Esta definição implicou que as iniciativas de promoção de saúde deixassem de ser apenas dirigidas ao

controle de sintomas, diminuições da mortalidade ou aumento de esperança de vida, mas igualmente ao bem-estar e à qualidade de vida (CANAVARRO et al, 2006).

Ao longo da história, o conceito de qualidade de vida tem sido destinado a diversas áreas como a sociologia, economia, política, psicologia e saúde, que atribuem ao termo múltiplos significados relacionados ao conhecimento e aos valores individuais ou coletivos divergentes em diferentes épocas, locais e histórias (HOLMES, 2005; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Os primeiros conceitos de Qualidade de Vida eram entendidos como indicadores sócio-econômicos, ambientais, educacionais, com caráter reducionista, pois abordava apenas aspectos objetivos da vida das pessoas desconsiderando-se os aspectos da subjetividade humana (NUNES, 2006).

A expressão qualidade de vida foi empregada, com repercussão, pela primeira vez, em 1964, pelo presidente dos Estados Unidos à época, Lyndon Johnson, ao declarar que os objetivos não poderiam ser medidos através do balanço dos bancos, mas sim pela qualidade de vida que proporcionam às pessoas (OMS, 1998).

Os primeiros conceitos de Qualidade de Vida eram entendidos como indicadores sócio-econômicos, ambientais, educacionais, com caráter reducionista, pois abordava apenas aspectos objetivos da vida das pessoas desconsiderando-se os aspectos da subjetividade humana (NUNES, 2006). A avaliação da qualidade de vida e sua mensuração, inicialmente, tinham por objetivo complementar as análises de sobrevida, somando-se aos demais parâmetros clínicos. Entretanto, esta avaliação teve seu escopo ampliado quando passou a integrar as análises de custo-efetividade (MONTEIRO *et al*, 2010).

A Qualidade de Vida, enquanto conceito histórico assumiu diversas formas e abordagens ao longo da história da humanidade, ora estando ligada a indicadores individuais, ora relacionada com indicadores coletivos, ora tendo a saúde como seu componente, ora tendo a saúde como seu interesse. Recentemente tem sido reforçado o uso da qualidade de vida como um conceito necessário na prática dos cuidados e pesquisa em saúde (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008).

Anos mais tarde o conceito foi ampliado e novos indicadores foram incluídos. Além do crescimento econômico, este passou a envolver também indicadores de

desenvolvimento social – saúde, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho, crescimento individual, mortalidade infantil, esperança de vida, taxa de evasão escolar, nível de escolaridade, taxa de violência, saneamento básico, nível de poluição, qualidade de transporte coletivo, entre outros (FARQUHAR, 1995).

Qualidade de vida pode ter diferentes significados para diferentes pessoas e diferentes áreas de aplicação. Martins, França e Kimura (1996) observaram que a presença de doenças crônicas pode ter impacto negativo na qualidade de vida de indivíduos, podendo ter comprometimento de fatores importantes na sua conquista, como capacidade física, no trabalho/estudo/atividades do lar e na autoestima.

Atualmente o uso do termo Qualidade de Vida vem se difundindo cada vez mais. A abordagem dessa temática no dia-a-dia se faz presente em todas as áreas e não seria diferente na saúde.

Para Boery (2008 p. 44)

A qualidade de saúde é permeada pela qualidade de vida, que por sua vez, diz respeito ao atendimento das necessidades básicas do indivíduo, à satisfação com a vida, e a diferença entre as expectativas de vida e a realidade experimentada pelo indivíduo.

Conhecer, avaliar, estudar e compreender a qualidade de vida implica em muitos fatores: questões econômicas, sociais, culturais, psicológicas, religiosas, educacionais entre outros tantos diversos campos. Podemos, então, dizer que qualidade de vida, além de ser a percepção individual sobre a vida de cada um, é o sistema de valores pelo qual o indivíduo se rege, mas também o desenvolvimento social, no trabalho, com a família, assim como o desenvolvimento econômico e o desenvolvimento humano, sendo que a qualidade de vida é um processo que está em constante mudança, assim como a evolução técnico-científica, que acompanha as necessidades individuais.

De acordo com Kimura (1999), a qualidade de vida apresenta um conceito multidimensional, no qual inclui aspectos relacionados a capacidade funcional, funções fisiológicas, comportamento afetivo e emocional, interações sociais, trabalho e situação econômica, centradas na avaliação subjetiva dos indivíduos. Logo, percebe-se que qualidade de vida parte de um conjunto de fatores que condicionam a uma

condição de vida, sendo, portanto, muito mais amplo do que meramente a presença ou ausência de doença.

Dessa forma, a qualidade de vida inclui aspectos como saúde em geral, capacidade física, sintomas físicos, fatores emocionais, função cognitiva e bem estar social e envolve aspectos diretamente associados às enfermidades ou às formas de tratamento. Portanto, a qualidade de vida está ligada ao impacto das condições de saúde do usuário sobre sua capacidade de viver plenamente (FAYERS; MARCHIN, 2000).

O conceito que cada pessoa possui de vida é o que irá influenciar diretamente a avaliação que ela faz da sua qualidade de vida. Logo seu significado não se revela facilmente e se encontra relacionado a uma família de conceitos. Neste contexto, as informações sobre qualidade de vida vêm sendo utilizadas para avaliar a eficácia de determinados tratamentos de doenças e agravos à saúde e para avaliar o impacto físico e psicossocial destas (SEIDL; ZANNON, 2004).

Neste sentido, Neri (2007) diz que qualidade de vida é uma dimensão subjetiva que depende de julgamentos do indivíduo sobre a sua funcionalidade física, social e psicológica. Tais julgamentos são afetados pelas condições objetivas de saúde física, pela renda e pela dimensão, proximidade e funções da rede de relações sociais.

Setién (1993) diz que no campo da saúde, as metas da qualidade de vida estariam representadas por uma vida longa com melhor estado de saúde, condições distribuídas equitativamente entre os indivíduos.

O interesse pelo tema qualidade de vida no campo da saúde também vem crescendo no Brasil, devido às possibilidades de utilizar as informações sobre qualidade de vida como indicadores importantes de saúde e doenças, bem como sua associação com práticas assistenciais diárias dos serviços de saúde (KAPLAN, 1995; MORRIS; PEREZ; MCNOE, 1998).

Para Minayo (2010), o conceito de promoção da saúde é o foco principal da avaliação da qualidade de vida no âmbito da saúde, centrando-se na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades proporcionadas por elas. Neste sentido, Bowling e Brazier (1995) entendem que qualidade de vida na área de saúde focaliza as possibilidades da sobrevivência, acreditando que pode haver uma compreensão

da morbidade, principalmente de doenças crônicas, levando ao aumento da esperança de uma vida saudável, estando o estado de saúde cada vez mais relacionado à qualidade de vida.

A qualidade de vida compreendida subjetivamente é objeto de prioridade no planejamento, implementação e avaliação das políticas de saúde e das decisões de tratamento (OLESON, 1990). Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera como seu padrão de conforto e bem-estar.

O termo abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural (MENDONÇA, 2008).

A qualidade de vida relacionada à saúde refere-se aos domínios físico, psicológico e social da saúde, e se aplica na identificação de pessoas que necessitam de atenção particular, propondo uma política de atenção mais adequada, monitorização da evolução de pacientes, principalmente em relação a doenças crônicas, determinação da escolha do tratamento, medição do resultado de uma conduta ou tratamento, entre outros (EBRAHIM, 1995).

A Qualidade de Vida pode ser diretamente relacionada com o conceito de autoestima e com o bem estar pessoal, que englobam uma série de aspectos envolvendo a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores éticos e culturais, a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação profissional e/ou as atividades diárias e o ambiente em que se vive (MENDONÇA, 2008).

Segundo Nunes (2006), deve-se ressaltar os diversos focos da qualidade de vida, como os indicadores sócio-demográficos, econômicos, políticos, de saúde, de promoção da saúde, bem-estar, bem como os diversos níveis de possibilidade de análise: individual, em grupo, nas organizações, na comunidade em geral e em

abordagens transculturais. Dessa forma, os problemas do cotidiano, somados a outras ocorrências que surgem a partir da doença crônica, necessitam ser trabalhados nos aspectos que refletem a interação e a adaptação do indivíduo à doença e ao meio para uma melhor qualidade de vida

2.2.3 Qualidade de vida na Hipertensão Arterial

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é, sabidamente, uma doença de alta prevalência nacional e mundial. Sua evolução clínica é lenta, possui uma multiplicidade de fatores e, quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, temporárias ou permanentes. Representa elevado custo financeiro à sociedade, principalmente, por sua ocorrência associada a agravos como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônicas, doença vascular de extremidades.

A hipertensão é considerada um dos principais fatores de risco para complicações cardiovasculares, porque atua diretamente nas paredes das artérias, podendo produzir lesões. Como consequência, a elevação da pressão arterial (PA) representa fator de risco isolado e contínuo para a morbidade e mortalidade precoce causada por doenças cardiovasculares. Concomitante à terapêutica para o controle da hipertensão arterial, os indivíduos devem adotar um estilo de vida saudável, eliminando hábitos que constituam fatores de risco para a doença (V DBHA, 2006).

Por tal razão é que se torna tão importante e essencial a discussão do tema nos dias atuais. A multiplicidade de consequências da HAS e o impacto dos efeitos colaterais dos medicamentos, a caracterizam como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. Entretanto, ainda não está claro que essas mudanças na qualidade de vida são causadas somente pela hipertensão, pela consciência do estado hipertensivo ou pelo efeito do tratamento (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2009).

A hipertensão contribui significativamente para modificações na qualidade de vida das pessoas, por interferir na capacidade física, emocional, interação social,

atividade intelectual, exercício profissional e outras atividades do cotidiano. Por sua cronicidade, pode interferir diretamente em diversas esferas da vida do paciente e de seus familiares e amigos. Isso ocorre porque a própria autoestima do doente é abalada em virtude da possibilidade de consequências graves e, conseqüentemente, surgem emoções negativas, tais como depressão e ansiedade. Além dessa abrangência psicológica, está presente uma alteração física, oriunda de efeitos colaterais das drogas anti-hipertensivas e de alterações cardiovasculares decorrentes da própria hipertensão (STEWART, 2000).

A qualidade de vida de pacientes em tratamento, medicamentoso ou não, pode ser afetada pelos efeitos colaterais das drogas, pelas doenças que podem estar associadas à hipertensão, pela necessidade de mudanças no hábito de vida e, também, pelo simples diagnóstico da doença que provoca, aparentemente, a perda do silêncio do corpo e a lembrança da doença como fator de mortalidade alterando, dessa maneira, a qualidade de vida.

A mudança de hábitos de vida ainda representa um grande desafio, por se tratar de processo comportamental complexo que sofre diversas influências, como meio ambiente, culturais, sociais e dos profissionais de saúde. A educação em saúde, por meio de práticas de ações educativas, é uma alternativa fundamental para conduzir as pessoas a essas mudanças, para fins de prevenção ou controle dos fatores de risco da HAS, por meio de hábitos e atitudes saudáveis (STEWART, 2000).

A hipertensão arterial começou a ser associada com qualidade de vida somente na década de 1980. Essa abertura tornou possível o questionamento junto ao paciente sobre efeitos dos medicamentos, qual tratamento melhorou sua atividade diária, e muitas outras questões que, levadas em consideração, muito ajudariam determinados aspectos do tratamento anti-hipertensivo (STEWART, 2000).

Ao avaliar a qualidade de vida de pessoas com hipertensão, pode-se observar que a presença de limitações no estilo de vida em virtude da doença, assim como diminuição do autocuidado e mobilidade, podem não ser apropriadas para a maioria dos pacientes hipertensos, que são livres de sintomas anteriores ao diagnóstico e podem experimentar somente efeitos psicológicos por causa da rotulação ou do estigma, em virtude do diagnóstico e dos efeitos adversos do tratamento com drogas.

Em estudos de hipertensão, as dimensões mais importantes que devem ser consideradas na avaliação da qualidade de vida são aquelas que refletem o potencial de efeitos adversos do tratamento, assim como diminuição do desempenho no trabalho, problemas na função sexual e efeitos deletérios no humor (TESTA, 2000).

Reduzir a pressão arterial do paciente não é tarefa tão simples, pois envolve fatores internos como personalidade do paciente, motivação, sensibilidade aos efeitos colaterais das drogas e sintomas, além de valores individuais e preferências. Influências externas incluem suporte familiar, fatores sociais, culturais e econômicos. A compreensão e avaliação das modalidades de influências relacionadas à qualidade de vida têm apontado, principalmente, para a relação entre efeitos colaterais do tratamento e adesão aos medicamentos.

Compreende-se que os problemas do cotidiano, somados a outras intercorrências que surgem a partir da doença crônica, necessitam ser trabalhados nos aspectos que refletem a interação e a adaptação do indivíduo à doença e ao meio, objetivando uma melhor QV (CADE, 2001). As intervenções proporcionam uma boa integração social, um bom relacionamento com o médico e a equipe de saúde, facilidade de acesso aos medicamentos, além de atividades de lazer, o que podem elevar a QV desses pacientes.

Os aspectos até aqui mencionados demonstram a problemática da HAS e a importância de estratégias que visem o controle e redução das complicações decorrentes da doença. Desta forma, acredita-se que a percepção do indivíduo sobre a doença influencia diretamente na manutenção, ou não, do regime terapêutico e, com isso, favorece a implementação de novas estratégias de educação em saúde, buscando a diminuição da morbidade e mortalidade decorrentes da doença e manutenção da qualidade de vida. É neste contexto que se pode perceber a importância das práticas educativas realizadas junto aos usuários com hipertensão arterial, individualmente ou em grupos.

Capítulo III

Fundamentação Teórica

“A educação tem Caráter permanente. Não há seres educados e não educados. Estamos todos nos educando. Existe graus de educação, mas estes não são absolutos”.

Paulo Freire

O referencial teórico que norteou a pesquisa constituiu-se de um conjunto de conceitos que se inter-relacionaram, formando um sistema organizado de conhecimentos que permitiu um olhar específico para a realidade do indivíduo com hipertensão. Este arcabouço teórico guiou-se pelo pensamento de Paulo Freire, destacando-se os conceitos de seres humanos, autonomia e educação, somados aos conceitos de pessoas com hipertensão e educação em saúde para a promoção da qualidade de vida. Estes conceitos foram aprofundados ao longo do estudo e novas relações foram estabelecidas para fundamentar a pesquisa.

3.1 A CONCEPÇÃO DIALÓGICA DE PAULO FREIRE COMO FUNDAMENTO PARA AS PRÁTICAS EDUCATIVAS

A obra de Paulo Freire fundamenta-se num processo pedagógico libertador, que apresenta uma nova visão de educação, voltada para o diálogo, e não para a simples transmissão de conteúdos. Busca a transformação da realidade através da conscientização crítica, onde os homens são sujeitos de sua história (GADOTTI, 1996).

Segundo Freire (2010), o ser humano é um ser único, complexo, um ser histórico, que tem sua história de vida passada e futura, suas crenças, suas concepções e visão do mundo. É um indivíduo pensante, comunicador, criador, realizador de sonhos, capaz de amar e odiar. Possui um universo de vivências, crenças, valores e normas morais, que constituem um mundo de vida compartilhado.

Para Freire (2010), o homem é um ser inacabado e incompleto em busca do próprio crescimento; busca o aprimoramento de forma incessante para melhor inserção no convívio coletivo. Busca autonomia. Têm capacidade de viver e aprender com o diferente. Deve ter coerência entre o que faz e diz, respeito aos outros e postura ética, marcas que definem o ser humano, indispensáveis à convivência humana, e desta forma assumir-se como sujeito ético.

Um ser relacional, dialógico da práxis, imerso no mundo que interage com o meio, seu micromundo que é a família e com o macro que é a sociedade em geral. É um ser no mundo, que é o palco de suas ações, onde pensa, age e sofre as

consequências de seus atos. Através do pensar e refletir sobre o mundo e sobre si mesmo, consegue se transformar. Assim, tem vocação ontológica para ser mais (FREIRE, 2010; STRECK, 2002). Paulo Freire propõe uma nova concepção da relação pedagógica: não se trata de conceber a educação apenas como transmissão de conteúdos por parte do educador. Pelo contrário, trata-se de estabelecer um diálogo e isso significa que aquele que educa está aprendendo também. A pedagogia tradicional também afirmava isso, só que em Paulo Freire, o educador também aprende com o educando da mesma maneira que este aprende com ele. Não há ninguém que possa ser considerado definitivamente educado ou definitivamente formado. Cada um, a seu modo, junto com os outros, pode aprender e descobrir novas dimensões e possibilidades da realidade na vida. A educação torna-se um processo de formação mútua e permanente (GADOTTI, 1996).

As abordagens pedagógicas, segundo a concepção de educação de Freire (2004), preconizam que a ação educativa deve resultar na ampliação da consciência, na aquisição de habilidades e na mudança de atitude, de forma que o cidadão participe criticamente da sociedade, consciente de seus direitos individuais e coletivos.

Didaticamente, diferentes autores convergem para a definição da educação em saúde, delimitando-a como um campo de atuação multiprofissional, atrelado aos objetos de investigação da educação e da saúde que, quando instituída, oferece instrumentos aos indivíduos para ampliar o universo de compreensão, permitindo a adoção autônoma de atitudes de melhoria da qualidade de vida. Baseada nas necessidades de saúde visa a fomentar o enfrentamento de situações adversas, ao compreender os aspectos subjetivos, objetivos e sociais dos agravos utilizando-se da criticidade e reflexão (VILA; VILA, 2007).

Paulo Freire visualiza o homem como um ser cultural, histórico, inacabado, que está constantemente na busca de ser mais, da autorreflexão, ou seja, um ser no mundo e com o mundo. Isto o torna “um ser capaz de relacionar-se; de sair de si; de projetar-se nos outros; de transcender” (FREIRE, 1983, p. 30).

Esta realidade nos remete a um importante conceito, que é o de *cultura*, vista como tudo aquilo que é criado pelo homem, ou seja, “a cultura consiste em recriar e não em repetir” (FREIRE, 1983, p. 31).

Segundo Gadotti (1996 p. 719), cultura também é o “resultado da práxis humana como acréscimo que ela faz ao mundo natural que ele não fez. É a aquisição sistemática da experiência humana”.

Em relação à *práxis*, embora não esteja explicitada formalmente, é entendida como resultado da ação e reflexão dos homens sobre a realidade, para a criação de um novo mundo, ou seja, ação voltada para o ato de criar e recriar o mundo, transformando a realidade. É através da ação-reflexão-ação, práxis autêntica, que implica na dialética entre seres humanos, que acontecerá a transformação da realidade (HEIDEMANN, 2006 p. 79).

A *transformação* radical da realidade tem o intuito de melhorá-la, para torná-la mais humana, para permitir que os homens e as mulheres sejam reconhecidos como sujeitos da sua história, e não como objetos (GADOTTI, 1996).

Tal transformação visa à *emancipação* dos homens. Para Freire(2002), emancipação social é a construção de uma sociedade mais livre, onde o conhecimento do povo deve ser respeitado através de uma atitude política consistente. Sendo assim, existem dois elementos fundamentais para que ocorra a emancipação de homens e mulheres, que são a **conscientização** e o **diálogo**. Frente a este processo, e sua relação com a educação, Paulo Freire caracteriza duas concepções opostas de educação: a concepção *bancária* e a concepção *libertadora*.

Na concepção bancária, a educação torna-se um ato de depositar, o educador é visto como aquele que detém o conhecimento, o que pensa, o que diz a palavra, o que opta e prescreve sua opinião, escolhe o conteúdo programático, é ele o sujeito do processo. Enquanto os educandos são objetos passivos, meros depósitos de informações, os quais jamais são ouvidos (FREIRE, 2005). A educação bancária nega a dialogicidade, e tem por finalidade manter a divisão entre os que sabem e os que não sabem, entre oprimidos e opressores (GADOTTI, 1996, p. 86).

Na concepção libertadora, existe uma relação dialógica-dialética, em que educador e educandos se tornam sujeitos do processo, de maneira que aprendem e crescem juntos, pois os conhecimentos não são transferidos, mas sim compartilhados, criando possibilidades de transformar sua realidade. Apresenta um explícito caráter

reflexivo, levando a um contínuo ato de desvelamento dos fatos, a conscientização e sua inserção crítica na realidade (FREIRE, 2005).

Freire (1998) conceitua, de forma integral, a natureza do ser humano, no contexto do processo pedagógico, como um “ser da práxis”, da ação e da reflexão. É considerada, assim, a existência de interrelações, entre os sujeitos e entre o sujeito e o mundo, podendo influenciar nos cotidiano da educação dialógica, criativa, democrática e crítica.

O educador deve estimular e facilitar o processo de busca para problematizar, fazer questionamentos, escutar, ajudar o outro a se expressar e satisfazer suas aspirações e não estabelecer relações mecanizadas, sem interação entre si, a partir do diálogo, de uma aproximação verdadeira.

Segundo Freire (2002), o diálogo é uma exigência existencial que solidariza a reflexão e a ação de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não podendo reduzir-se a um ato de depositar conhecimentos de um sujeito no outro, tampouco se tornar simples troca de ideias a serem consumidas. Dessa maneira, a prática da liberdade só encontrará adequada expressão numa pedagogia em que o oprimido tenha condições de, reflexivamente, descobrir-se e conquistar-se como sujeito de sua própria destinação histórica.

Há ainda que se mencionar dois elementos fundamentais da sua filosofia educacional: a conscientização e o diálogo. A conscientização não é apenas tomar conhecimento da realidade, a tomada de consciência significa a passagem da imersão na realidade para um distanciamento desta, ultrapassa o nível da tomada de consciência através da análise crítica, isto é, do desenvolvimento das razões de ser desta situação, para constituir-se em ação transformadora desta realidade (GADOTTI, 1996).

Para pôr em prática o diálogo, o educador não pode colocar-se na posição ingênua de quem se pretende detentor de todo o saber; deve, antes, colocar-se na posição humilde de quem não sabe tudo, reconhecendo que o indivíduo não é um ser “perdido”, alheio à vida real, mas alguém que tem toda uma experiência de vida e por isso também é portador de um saber (GADOTTI, 1996).

Para Gadotti (1989 p. 46), o diálogo é a categoria central da obra de Paulo Freire, e que faz parte da natureza humana. Através do diálogo o ser humano se constrói, já que é essencialmente comunicativo e sem ele não há progresso. Freire (2005, p. 78) afirma que “o *diálogo* é este encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu”. Sendo assim, há de se concordar com Freire (2005, p. 90) quando expõe que:

o *diálogo* é uma exigência existencial. E, se ele é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar ideias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca de ideias a serem consumidas pelos permutantes.

Do ponto de vista de Paulo Freire (1979, p. 42), “o diálogo impõe-se como o caminho pelo qual os homens encontram seu significado enquanto homens; o diálogo é, pois, uma necessidade existencial”.

Não há diálogo sem haver amor ao mundo e aos homens, sem humildade (FREIRE, 2005). Paulo Freire, em sua obra “Educação e mudança” (1983), enfatiza que o diálogo consiste em uma relação horizontal entre os sujeitos envolvidos neste processo; é originário de uma matriz crítica, e sustenta-se de amor, humanidade, esperança, fé, confiança. Sendo assim:

somente o diálogo comunica. E quando os dois pólos do diálogo se ligam assim, com amor, com esperança, com fé no próximo, se fazem críticos na procura de algo e se produz uma relação de “empatia” entre ambos. Só ali há comunicação. O diálogo é, portanto, o caminho indispensável, não somente nas questões vitais para nossa ordem política, mas em todos os sentidos da nossa existência. Somente pela virtude da fé, contudo, o diálogo tem estímulo e significação: pela fé no homem e em suas possibilidades, pela fé na pessoa que pode chegar à união de todos; pela fé de que somente chego a ser eu mesmo quando os demais chegam a ser eles mesmos (FREIRE, 1983, p. 68).

A conscientização, por sua vez, é vista como um processo pedagógico que busca dar ao ser humano uma oportunidade de descobrir-se através da reflexão sobre sua existência. Em seu sentido original, ela implica em ação, uma relação particular entre o pensar e o atuar. Uma pessoa que se conscientiza é aquela que tenha sido capaz de descobrir (desvelar) a razão de ser das coisas, a qual deve vir acompanhada de uma ação transformadora (GADOTTI, 1996).

Freire (1992, p.103), ao explicar sua concepção de conscientização, sinaliza que

se não há conscientização sem desvelamento da realidade objetiva, enquanto objeto de conhecimento dos sujeitos envolvidos em seu processo, tal desvelamento, mesmo que dele decorra uma nova percepção da realidade desnudando-se, não basta ainda para autenticar a conscientização. Assim, como o ciclo gnosiológico não termina na etapa da aquisição do conhecimento, a conscientização não pode parar na etapa do desvelamento da realidade. A sua autenticidade se dá quando a prática do desvelamento da realidade constitui uma unidade dinâmica e dialética com a prática da transformação da realidade.

Este processo de conscientização implica na ultrapassagem da esfera espontânea de apreensão da realidade, para chegarmos a uma esfera crítica. “Quanto mais conscientização, mais se “desvela” a realidade, mais se penetra na essência fenomênica do objeto, frente ao qual nos encontramos para analisá-lo” (FREIRE, 1979, p. 15).

Conforme Freire (1979, p. 15), “a conscientização não está baseada sobre a consciência, de um lado, e o mundo, de outro; por outra parte, não pretende uma separação. Ao contrário, está baseada na relação consciência - mundo [...]”. Ou seja, para Freire (1979, p. 16), “a conscientização é isto: tomar posse da realidade”.

Freire (2010) vê a educação como caminho a se desenvolver nos sujeitos, através de sua capacidade crítica- reflexiva e na construção coletiva de conhecimentos a possibilidade de alcançar sua autonomia, colocando-se como ser pensante e histórico.

Para Freire (1987), na concretude do vivido, na realidade na qual o ser humano está inserido. O ensino-aprendizagem não pode ocorrer no isolamento, mas na comunicação dos sujeitos envolvidos, na dialogicidade, em torno da realidade vivida concretamente.

A problematização compreende o momento de desenvolvimento de uma consciência crítica sobre temas ou problemas concretos que envolvam a vidas dos seres humanos; é uma forma de conhecer o mundo, situar-se nele, questionar, desvelar e intervir na realidade. O processo educativo para Freire não é estanque, mas vai se consolidando e se estruturando sempre, não tem começo nem fim. A educação é um processo de troca, no qual quem ensina aprende e vice-versa. Quem ensina comunica

um saber relativo a outros que possuem outro saber relativo, havendo uma troca mútua. Além de ser um ente inacabado em constante busca pessoal, o ser humano, sendo um indivíduo de relações, está num permanente processo de busca social. Estas relações se estabelecem com a realidade em seus múltiplos desdobramentos, não apenas com outros, mas no mundo, com o mundo e pelo mundo (FREIRE, 2007).

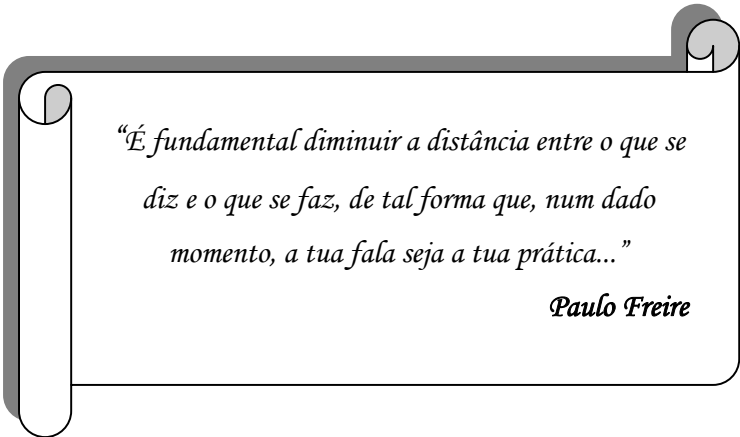
Reconhecer-se como ser inacabado implica a inclusão do ser humano num permanente processo social. Essa busca deve ser feita com outros que também procuram ser mais, em comunhão com outras consciências. Nesse processo colaborativo, a vocação ontológica de ser sujeito vai sendo construída ativa, dialógica e criticamente (STRECK; REDDIN; ZIRKOSKY, 2010).

Esta interação dialógica se concretiza numa relação de horizontalidade entre os sujeitos, na qual se respeitam as crenças e saberes mútuos, todos são ouvidos e tem voz (STRECK; REDDIN; ZIRKOSKY, 2010), principalmente saber escutar, escutar o diferente. Desta forma, pode-se compreender o saber que ele traz, suas crenças, seus sonhos, sua leitura do mundo, sua compreensão sobre as coisas e, ainda, sobre sua saúde.

Trata-se de um processo educativo fundamentado na ética, no respeito, na dignidade e na autonomia do educando que transcende do saber fazer para o saber ser. Freire (2005) coloca sua crença na medida em que reflete e toma consciência da situação; o sujeito se apropria como realidade histórica e a transforma, participando diretamente do processo. O indivíduo participa do processo educativo, pensando e refletindo, aprofundando-se na compreensão e interpretação dos fatos e compartilhando suas experiências e, reconhecendo suas limitações e possibilidades de mudança.

Capítulo IV

Percurso Metodológico



“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática...”

Paulo Freire

4.1 SOBRE A PESQUISA...

Com o intuito de alcançar os objetivos propostos, optou-se por um estudo descritivo-exploratório, de natureza qualitativa, por entender-se que o mesmo permitirá compreender o fenômeno em sua totalidade.

Os estudos descritivos e exploratórios pretendem compreender um fenômeno para elencar variáveis e hipóteses, possuindo flexibilidade quando à coleta dos dados, haja vista que designa manter maior familiaridade com o objeto de estudo, propiciando adentrar em uma realidade específica e apreciar com propriedade os conhecimentos envolvidos na temática (TRIVIÑOS, 2009).

Compreende-se que a pesquisa com abordagem qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo entre o mundo objetivo e a subjetividade da pessoa que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são fundamentais no processo de pesquisa qualitativa (SILVA, 2004).

4.2 O CAMPO DE ESTUDO

Neste estudo, o campo de investigação é município de Jequié/Bahia. O Município de Jequié/Bahia possui uma área total de 3.035 km² com uma população estimada de 150.541 habitantes (IBGE, 2010). Encontra-se na Região Sudoeste da Bahia, a 365 km da capital – Salvador – na zona limítrofe entre a caatinga e a zona da mata. Limita-se ao Norte com os municípios de Lafaiete Coutinho e Jaguaquara; ao Sul com Boa Nova e Itagi; ao Leste com Ibirataia, Jitaúna e Gandu e ao Oeste com os municípios de Maracás e Manoel Vitorino.

Na área da saúde, o município de Jequié é sede da 13ª Diretoria Regional de Saúde do Estado da Bahia (DIRES). A Secretaria Municipal de Saúde foi criada através de Lei nº 187/91 de 02 de Janeiro de 1991. Em 24/12/1997, em consequência do avanço no processo de municipalização das ações de Saúde, foi modificada pelo

Legislativo Municipal através da Lei nº 1433/97, criando departamentos e extinguindo alguns cargos. Assim, em 04/02/2002 a Lei nº 1552/2002 modifica novamente a estrutura organizacional da Secretaria de Saúde do município (BAHIA, 2009).

Encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde desde 2001, conforme as determinações contidas na Norma Operacional Básica – NOB/96, tendo sido reabilitada, conforme requisito da Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS/2001, em 21 de setembro de 2001. No ano de 2005, o município habilitou-se conforme requisitos da – NOAS 01/2002, porém vem sendo habilitado conforme requisitos do Pacto pela Saúde, o qual redefine as formas de habilitação e fortalece a capacidade de gestão municipal.

No que diz respeito à Atenção Básica, o município tem 28 equipes implantadas: 2 na zona rural e 26 na zona urbana, mas apenas 26 destas possuem a equipe mínima proposta pelo Ministério da Saúde, com uma cobertura de 57,21%, totalizando 18.892 famílias cadastradas nas USF da zona urbana. O município também dispõe de quatro Unidades Básicas de Saúde (Centro de Saúde Jequié, Centro de Saúde Almerinda Lomanto, Centro de Saúde Júlia Magalhães, Centro de Saúde Sebastião Azevedo); uma Unidade de Saúde do Conjunto Penal de Jequié; uma Unidade Móvel/expresso de saúde (JEQUIÉ, 2010).

O PSF foi implantado no município de Jequié no ano em 1998, inicialmente com duas equipes de saúde na zona rural, nos distritos de Itajuru (uma equipe) e de Florestal (uma equipe). Posteriormente, mais equipes foram sendo implantadas. Atualmente, são 16 USF funcionando com duas equipes e 11 USF com equipes únicas. As equipes estão implantadas nas seguintes áreas da zona urbana (bairros): KM 03 (uma equipe), KM 04 (duas equipes), Curral Novo (uma equipe), Cidade Nova (duas equipes), Cansação (uma equipe), Pedreira (uma equipe), Barro Preto (uma equipe), Alto da Bela Vista (uma equipe), Loteamento Amaralina (uma equipe), São Judas Tadeu (uma equipe), Inocoop (duas equipes), Loteamento Itagira (três equipes), Boa Vista (uma equipe), Baixa do Bonfim (duas equipes), Loteamento Água Branca (duas equipes), Urbis IV (duas equipes) e Joaquim Romão (duas equipes).

4.3 UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO CENÁRIO DA PESQUISA

O interesse em desenvolver o estudo com as ESF não foi direcionado a todas as equipes. Assim, o cenário da pesquisa foi constituído por ESF urbanas do município de Jequié- BA, segundo os seguintes critérios de inclusão: ESF completas, segundo os critérios preconizados pelo MS; ESF que realizam assistência ao programa de hipertensão; ESF que atuam em unidades localizadas na zona urbana; ESF que atuam em Unidades de saúde como equipes únicas.

Assim, foram selecionadas (oito) 08 ESFs, as quais correspondem aos critérios de inclusão para a realização da pesquisa, estando as mesmas destacadas no destacadas no Quadro 1, abaixo:

QUADRO 1: Distribuição das USFs incluídas no estudo conforme ano de implantação e localização, Jequié/BA, 2012.

| Nº | NOME DAS UNIDADES | BAIRRO | LOCALIZAÇÃO |
|----|------------------------------------|------------------|-------------|
| 01 | USF Antônio Carlos Martins | São Judas Tadeu | Zona Urbana |
| 02 | USF Gilson Pinheiro | Pompílio Sampaio | Zona Urbana |
| 03 | USF Ildelfonso Guedes de Araújo | Cidade Nova | Zona Urbana |
| 04 | USF Isa Cléria Borges | Km3 | Zona Urbana |
| 05 | USF João Caricchio Filho | Amaralina | Zona Urbana |
| 06 | USF Odorico Mota da Silveira | Joaquim Romão | Zona Urbana |
| 07 | USF Senhorinha Ferreira de Araújo | Curral Novo | Zona Urbana |
| 08 | USF Tânia Diniz C. Leite de Britto | Cansação | Zona Urbana |

Fonte: Informações obtidas junto ao Departamento de Assistência à Saúde – SMS de Jequié, 2012.

4.4 IDENTIFICANDO OS SUJEITOS DA PESQUISA

Por ser uma pesquisa qualitativa, não houve preocupação com o número de sujeitos, mas sim com o aprofundamento e abrangência da compreensão da pesquisa realizada. Assim, foi delimitada a amostragem considerada ideal, aquela que, segundo Minayo (2000), possibilita a abrangência da totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões.

Os participantes do estudo foram organizados em dois grupos: grupo I, representado por 08 enfermeiras que atuam nas Equipes de saúde da Família, previamente selecionadas, mediante aceitação em participar da pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Grupo II, representado por 03 usuários de cada uma das Unidades de Saúde da Família, previamente selecionadas, correspondendo a 24 usuários dos serviços de assistência a hipertensão, que atenderam aos critérios de inclusão: diagnóstico de hipertensão arterial; estar cadastrado e ser acompanhado pelo serviço de hipertensão, pelo tempo mínimo de um ano, além da aceitação em participar da pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Na Estratégia de Saúde da Família, é realizado um trabalho em equipe, onde todos os profissionais desenvolvem ações de saúde, porém neste estudo, as enfermeiras foram definidas como participantes da pesquisa, pois se considera de grande importância o papel histórico e social desenvolvido pela Enfermagem nas práticas educativas em saúde.

A escolha do enfermeiro como informante, justificou-se pelo fato de que este tem em sua prática o enfoque educativo e é, entre outros profissionais, aquele que consegue encontrar diversas oportunidades de contato com usuários hipertensos, possuindo grandes chances de desenvolver ações educativas de incentivo a mudanças no estilo de vida e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida. Talvez por cumprir uma jornada de trabalho mais longa, estando disponível para a escuta franca e detalhada das queixas da clientela, o profissional de enfermagem, dentro da equipe multidisciplinar, é quem tem o maior contato com o paciente, não devendo perder a oportunidade de formar vínculos e estabelecer parcerias (BRASIL, 2002b).

4.5 TÉCNICA E INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

Para que fossem reveladas, nos discursos das participantes, as mensagens e as percepções do objeto em questão, foram utilizados multimétodos para coleta de dados. Utilizaram-se três técnicas para coleta dos dados com intuito de melhor apreender e

analisar as concepções dos sujeitos acerca de determinado objeto. Assim, a proposta desta pesquisa foi coletar as informações por meio de duas técnicas: 1. Técnica projetiva do Desenho-estória com tema (Apêndice A); 2. Entrevista semiestruturada com usuários do serviço de Hipertensão Arterial (Apêndice B); 3. Entrevista Semi-Estruturada com Enfermeiros (Apêndice C); 4. Observação Sistemática (Apêndice D).

Segundo Pereira (2006), a complementaridade entre as técnicas é a mais aconselhada, tendo em vista a obtenção de todas as vertentes da lógica natural que compõem o pensamento dos sujeitos, de forma a analisar as ideias que circulam pela sociedade em geral.

A aplicação dos instrumentos ocorreu em data e horário determinados pelas enfermeiras, quando foram explicados o objetivo e a metodologia da pesquisa. A abordagem para a técnica projetiva do desenho-estória com tema foi feita junto aos usuários do serviço de hipertensão de cada unidade, sendo este sujeito encaminhado a uma sala da unidade de saúde disponibilizada pela equipe, para a realização da pesquisa. Todos estes procedimentos foram realizados com cada participante, individualmente.

A escolha em realizar a coleta das informações na própria unidade de saúde foi vista pela pesquisadora como forma de deixar os participantes mais à vontade e manter a proximidade dos seus discursos com o ambiente onde suas atividades são desenvolvidas.

4.5.1 Entrevista semiestruturada

A entrevista semiestruturada foi realizada com os enfermeiros das Unidades de Saúde da Família e os usuários do serviço de hipertensão, pois a técnica de entrevista se constitui em forma privilegiada de interação social, com a finalidade de construir informações pertinentes ao objeto de pesquisa, ao expressar a reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia, por meio de dados que retratam suas ideias, crenças, opiniões, maneira de pensar, atitudes, emoções e comportamentos (MINAYO, 2010).

As entrevistas foram realizadas com o auxílio de um roteiro específico para cada grupo pesquisado, para facilitar a comunicação entre o pesquisador e os atores sociais. O roteiro para a entrevista foi construído, abordando informações pertinentes à análise do objeto do estudo da seguinte forma: a primeira parte consta de questões de identificação de cada participante e a segunda parte aborda informações pessoais sobre educação em saúde e qualidade de vida. As entrevistas foram gravadas com o auxílio de um gravador digital, como forma de garantir maior fidedignidade na transcrição dos depoimentos.

4.5.2 Desenho-Estória com Tema

O Procedimento de Desenho-Estória com Tema foi desenvolvido por Aiello-Vaisberg (1999), a partir do procedimento diagnóstico criado na Universidade de São Paulo por Walter Trinca, em 1976. Trata-se de um procedimento de uso fácil, cujo rigor e potencialidade heurística têm sido comprovados, adaptando-se facilmente à pesquisa de diferentes objetos sociais em grupos de sujeitos com características variadas (AIELLO-VAISBERG, 1999).

Segundo Coutinho, Nóbrega e Catão (2003), a utilização dessa técnica congrega informações advindas tanto do grafismo quanto da temática, sendo constituída pela associação de “processos expressivo-motores”, na realização do desenho-livre e de “processos perceptivos-dinâmicos” ao se executar a verbalização temática, ou seja, quando o participante elabora uma história relacionada ao desenho que fez, possibilitando assim a apreensão de elementos que se encontram enraizados no campo do inconsciente. Com a realização desta técnica projetiva, vem se descobrindo que os conflitos encontrados mais profundamente, são refletidos de forma mais intensa no papel (FONSECA; COUTINHO, 2005).

Para Fonseca e Coutinho (2005), o indivíduo se expressa de uma forma mais primitiva, concreta [...]; em nível motor, o emprego dessa técnica projetiva levou a se descobrir que os conflitos mais profundos, frequentemente, se refletem mais profundamente no papel.

Como estratégia de investigação clínica, tem por base a criação de desenhos livres e a invenção de estória baseada no desenho realizado. Assim, consiste na solicitação de um desenho especificado em termos temáticos e na escrita de uma história sobre a figura desenhada, a estória poderá ser escrita pelo sujeito pesquisado ou relatada ao pesquisador que deverá escrevê-la.

O recurso apresentado também traz aos sujeitos pesquisados e ao pesquisador uma situação favorável de expressão emocional. Em um segundo momento, os desenhos e as histórias são lidos e analisados, sendo que o foco é a captação do imaginário dos sujeitos pesquisados sobre o tema em questão.

Assim, para a utilização desta técnica na presente pesquisa foi formulada uma questão que fizesse emergir de forma subjetiva a representação acerca do tema. A aplicação da técnica neste estudo constou com as seguintes solicitações: “Faça um desenho sobre o significado da qualidade de vida na hipertensão para você”; “Escreva uma história sobre seu desenho com início, meio e fim”; “Dê um título a essa história”.

Tanto as produções gráficas como as produções verbais são mensagens, por meio das quais o sujeito responde às solicitações do pesquisador. O objetivo de utilizar esse procedimento é o de estabelecer uma comunicação, deixando claro que o interesse é a pesquisa da percepção sobre o tema.

Contudo, neste estudo somente foi realizada a análise das produções verbais relatadas pelo sujeito a partir do desenho por ele criado, visto que a análise gráfica do desenho deve ser realizada por profissionais que atuam na área de interpretação de informações subjetivas, como o psicólogo, e para o desenvolvimento deste estudo não se considera necessário este tipo de análise. Além disso, para o desenvolvimento deste estudo não haverá prejuízos, pois o foco estará na história a ser contada pelo sujeito, sendo o desenho, simplesmente, uma estratégia de afloramento das ideias.

A técnica de Desenho História com tema foi aplicada junto aos usuários dos serviços de Hipertensão das USF. Assim, esse instrumento torna-se interessante na coleta de informações, visto que tem como objetivo trazer à tona sentimentos que, muitas vezes, dificultam a compreensão acerca da importância de se cumprir o tratamento adequado para sua doença e, assim, faz com que o indivíduo não tenha uma qualidade de vida ideal.

Neste contexto, percebe-se a Hipertensão arterial como um processo conflituoso devido à dificuldade dos portadores em aceitar a doença, pois seus cuidados incluem mudanças no estilo de vida, na alimentação, abandono de hábitos de vida prejudiciais à saúde, realização de atividade física; tudo isto pode interferir de maneira positiva favorecendo, assim, a adesão do paciente ao tratamento, ou de forma negativa o que dificulta a aceitação da doença, influenciando ou não na qualidade de vida dos indivíduos.

4.5.3 Observação Sistemática

A observação sistemática possibilita ao pesquisador uma descrição precisa do objeto investigado, por meio do uso de um instrumento previamente definido (BECK; GONZALES; LEOPARDI, 2002).

A observação da realidade se constitui em uma técnica clássica da pesquisa qualitativa. Vázquez Navarrete et al. (2009, p. 68) definem a observação como “o processo de contemplar sistemática e detidamente o desenvolvimento da vida social, sem manipulá-la ou modificá-la, permitindo que siga seu curso de ação”.

Abordando a educação em saúde, tratou-se de identificar as características das práticas de educação em saúde. Foram observados os atos, atividades, participação, relação e situações, de modo a verificar como essa prática se desenvolve e como é condicionada no cotidiano da atenção básica à saúde.

Foram realizadas 08 observações, as quais ocorreram no espaço físico das USF pesquisadas. As observações feitas nas USF tiveram uma média de uma hora de duração. Esta técnica possibilitou um conhecimento mais aprofundado do objeto de estudo, a partir do confronto entre os depoimentos e o processo de trabalho desenvolvido pelos sujeitos do estudo.

4.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

4.6.1 Observação Sistemática

A observação se destinou a subsidiar e complementar as informações obtidas nas entrevistas, e à triangulação dos dados obtidos nas mesmas. Teve como propósito identificar como os profissionais colocam-se em sua prática cotidiana frente aos supostos de uma prática educativa dialógica. Foram observadas as atitudes, as falas sobre o educar e sobre a relação com os usuários nessa prática, assim como a existência ou não de uma prática dialógica.

Os aspectos identificados na observação sistemática foram: descrição da estrutura física da USF e do local para realização da educação em saúde, disposição de sala de reuniões adequada para trabalhos educativos, semana típica e horários reservados para a educação em saúde, como são realizadas as ações educativas na unidade, existência de um plano de ação para a realização das práticas educativas junto ao usuário e dialogicidade entre usuários com hipertensão e enfermeiro durante a realização das ações educativas.

Os dados foram coletados através de um roteiro sistemático, contendo as características a serem observadas e as informações foram anotadas, de forma resumida. Evitou-se tomar notas no processo de observação, como forma de não evidenciar constantemente a condição de pesquisadora. As anotações foram realizadas imediatamente ao final de cada período de coleta, sob a forma de arquivos de texto, a partir de pontos registrados.

Ao longo do processo de análise, as anotações foram revisadas e enriquecidas com considerações adicionais, com inclusão de análises relacionadas a descobertas posteriores ou a uma compreensão maior do observado.

4.6.2 Desenho-Estória com Tema

O material da Técnica do Desenho-Estória com tema foi coletado conforme o modelo proposto por Coutinho (2001) em sua tese de doutorado e, posteriormente, utilizado em outros estudos (SANTANA; COUTINHO, 2005).

A abordagem para aplicação da Técnica projetiva Desenho-estória com tema ocorreu antes da entrevista. Para a apreensão das percepções acerca da qualidade de vida através do desenho-estória com tema utilizaram-se as questões: Faça um desenho que indique sua percepção sobre qualidade de vida. Conte uma história com início, meio e fim, sobre o desenho que você produziu. Dê um título a essa história.

Dispondo, sem anunciar, caixas de lápis de cor e giz de cera, um lápis preto, uma borracha e um apontador em cima da mesa de trabalho, foi solicitado que a participante fizesse um desenho sobre a temática proposta. Após a finalização do desenho, pediu-se que escrevesse uma estória a respeito do desenho produzido e, em seguida, que fosse atribuído um título à estória.

Todas as participantes expressaram surpresa e admiração quando explicado o procedimento. A maioria, sob um primeiro impulso, referiu não saber desenhar; porém, somente um dos sujeitos recusou participar da técnica. O tempo de realização da técnica variou de pessoa a pessoa, com uma média de 20 minutos.

4.6.3 Entrevista Semiestruturada

A entrevista semiestruturada foi utilizada para compor o cenário investigativo. Neste sentido, achou-se pertinente o uso da técnica de entrevista para apreender as concepções acerca de educação em saúde, diálogo e qualidade de vida.

Foi realizada a entrevista junto aos enfermeiros e usuários do serviço de hipertensão, cada um com um roteiro específico. O roteiro para a entrevista foi construído abordando informações pertinentes à análise do objeto do estudo da seguinte forma: a primeira parte consta de questões de identificação de cada

participante, a segunda parte aborda informações sobre práticas de educação em saúde, importância do diálogo e qualidade de vida.

4.7 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

O material advindo da Técnica do Desenho-Estória com tema foi analisado conforme o modelo proposto por Coutinho (2001) em sua tese de doutorado e, posteriormente, utilizado em outros estudos (SANTANA; COUTINHO, 2005).

O modelo segue os seguintes tópicos: observação sistemática dos desenhos e temas; seleção dos desenhos por semelhanças gráficas e/ou aproximação dos temas; leitura flutuante, recorte e categorização das unidades temáticas das estórias; análise e interpretação dos conteúdos temáticos agrupados por categorias; análise e interpretação dos desenhos através do grafismo. Contudo, as etapas referentes à análise dos grafismos dos desenhos, não foram consideradas no presente estudo, por se tratar de campo específico da Psicologia.

Desse modo, procederam-se a leitura flutuante das estórias contadas pelos informantes, o recorte e categorização das unidades temáticas e a análise e interpretação dos conteúdos temáticos agrupados por categorias e subcategorias, conforme a Análise Temática de Bardin.

Na leitura flutuante das estórias foi analisada a semelhança de conteúdo e agrupadas aquelas que representaram a percepção dos usuários acerca da sua qualidade de vida, as que retrataram a saúde, o posto de saúde, a família e o lar. Na etapa seguinte foi realizada a análise dos conteúdos por tema, com categorização dos dados, segundo a Análise de Conteúdo Temática.

O material advindo das entrevistas com os sujeitos, usuários e enfermeiros, foi analisado conforme a Análise Temática de Bardin. Inicialmente foram coletadas as entrevistas, posteriormente realizado a transcrição, iniciada a leitura flutuante, seguido do recorte e categorização das unidades temáticas das entrevistas, com análise e interpretação dos conteúdos temáticos agrupados por categorias e subcategorias.

4.7.1 Técnica de Análise de Conteúdo Temática

Os dados provenientes da estória contada na técnica projetiva e da entrevista foram analisados conforme a Análise de Conteúdo Temática. Segundo Bardin,

a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (2010, p. 37).

As diferentes fases da análise temática de conteúdo se organizam em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material coletado e o tratamento dos resultados, com a inferência; a interpretação dos dados. Após a organização e codificação dos dados, esse tipo de análise segue como critério a categorização e subcategorização dos dados para posterior análise, com descrição objetiva, sistemática, qualitativa e quantitativa dos conteúdos.

Na fase de pré-análise a escolha dos documentos ocorreu sem critérios de exclusão e inclusão pré-estabelecidos, utilizando todo o material da coleta de dados. Portanto, o *corpus* se constituiu de 16 estórias da técnica projetiva e 34 entrevistas.

Por conseguinte, foi realizada a leitura flutuante do material. Os conteúdos das estórias e das entrevistas foram separados e transcritos na íntegra, sendo preparados para as próximas etapas. A exploração do material coletado foi realizada com uma leitura mais aprofundada e exaustiva de cada estória e de cada entrevista, separadamente, observando-se o que emergia de mais significativo em cada etapa.

As unidades de registro foram recortadas, representando o tema por meio de uma palavra ou no formato de frase. A agregação e classificação das unidades foram realizadas seguidamente, bem como a enumeração. Após a organização e codificação do material, foram produzidas a categorização e a subcategorização dos dados. Esses dados foram dimensionados em três classes temáticas distintas.

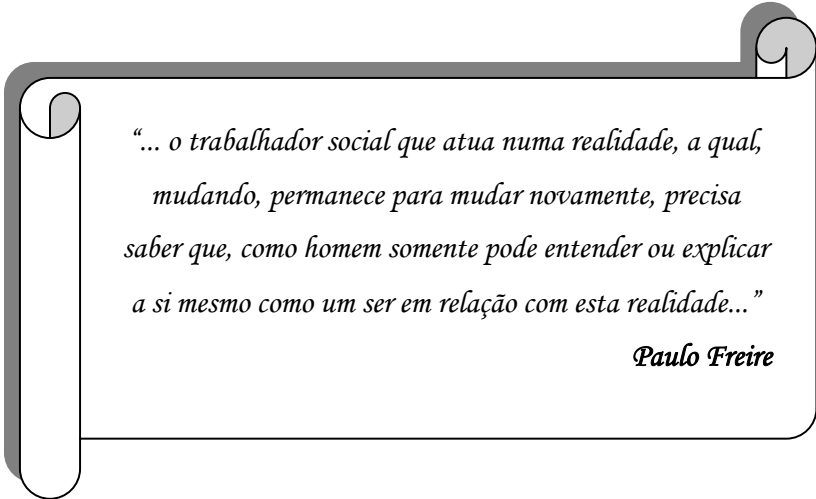
4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Buscando atender à Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996), do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1998a), que aborda sobre as Diretrizes e Normas reguladoras de pesquisa que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos, respaldados nos aspectos éticos, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB), sob o protocolo nº 224/2011, que emitiu parecer favorável autorizando a realização do estudo (Anexo A).

Posteriormente, foi encaminhado um ofício do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da UESB à Secretaria Municipal de Saúde para que fosse viabilizado o processo de coleta de dados. Assim, iniciou-se a pesquisa, após o consentimento dos sujeitos mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E), garantindo o sigilo, anonimato e privacidade dos sujeitos da pesquisa, bem como a autorização para publicação dos resultados da pesquisa em artigos, revistas e em eventos técnico-científicos nacionais e internacionais.

Capítulo V

Análise e Discussão dos Resultados



“... o trabalhador social que atua numa realidade, a qual, mudando, permanece para mudar novamente, precisa saber que, como homem somente pode entender ou explicar a si mesmo como um ser em relação com esta realidade...”

Paulo Freire

5.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS APREENDIDOS

A elaboração deste capítulo procurou contemplar o conjunto dos dados obtidos através dos procedimentos adotados no desenvolvimento da pesquisa – a Observação, a Entrevista Semiestruturada e a Técnica de Desenho-estória com Tema – tendo, como referência, as categorias de análise e os eixos temáticos escolhidos.

Inicia-se com a caracterização dos participantes da pesquisa, que corresponde a parte inicial do instrumento utilizado para as entrevistas. Em seguida, apresenta a caracterização das USF, com as informações colhidas através da Observação Sistemática, a apresentação das Classes Temáticas e das Categorias e Subcategorias

5.1.1 Caracterização dos Participantes

A partir dos dados coletados durante as entrevistas, através do item 1 do formulário semiestruturado, direcionados para os usuários e enfermeiras (Apêndices B e C), que buscam a caracterização dos informantes, foi possível relacionar as características dos/das participantes usuários/usuárias dos serviços de hipertensão (Tabela 1), e profissionais de saúde - enfermeiros (Tabela 2), conforme se apresentam descritos a seguir.

TABELA 1: Caracterização dos usuários participantes do estudo: Influência das práticas educativas na qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial. Jequié, 2012.

| VARIÁVEL | CATEGORIA | Nº | % |
|-----------------------------------|---------------------------------|----|------|
| SEXO | Feminino | 19 | 79,2 |
| | Masculino | 05 | 20,8 |
| FAIXA ETÁRIA | 30 a 45 | 02 | 8,3 |
| | 45 a 65 | 13 | 54,2 |
| | 65 a 85 | 09 | 37,5 |
| ESCOLARIDADE | Alfabetizado | 07 | 29,2 |
| | Ensino Fundamental (completo) | 04 | 16,6 |
| | Ensino Fundamental (incompleto) | 12 | 50,0 |
| | Ensino Médio (completo) | 01 | 4,2 |
| | Ensino Médio (incompleto) | 00 | 0,0 |
| | | | |
| OCUPAÇÃO | Aposentado | 08 | 33,3 |
| | Do lar | 07 | 41,7 |
| | Trabalhador ativo | 09 | 25,0 |
| TEMPO DE CADASTRAMENTO NO SERVIÇO | 1 a 4 anos | 08 | 33,3 |
| | 4 a 8 anos | 07 | 29,2 |
| | 8 a 12 anos | 09 | 37,5 |

Fonte: Dados da pesquisa. Jequié, 2012.

Os participantes da pesquisa constituíram, em sua maioria, de mulheres (79,1 %) e uma minoria homens (20,8%). Sobre a idade, identificou-se uma predominância de indivíduos na faixa etária entre 45 a 65 anos (54,1%), seguida por pessoas mais idosas na faixa etária entre 65 a 85 anos (37,9%) e uma menor quantidade de indivíduos jovens-adultos, na faixa etária entre 30 a 45 anos (8,3%).

Quanto à escolaridade, percebeu-se que a maioria apresenta um nível educacional insatisfatório, visto que apenas um dos usuários entrevistados relatou ter ensino médio completo (4,2%), sendo o que possui maior escolaridade, e os demais não chegaram a cursar ensino médio (95,9%). Identificaram-se os outros usuários, participantes da pesquisa, em sua maioria, apresentando ensino fundamental incompleto (50%), enquanto outra parte, menor, refere ter ensino fundamental completo (16,6%). Também, encontrou-se uma parcela de usuários que informaram não terem freqüentado a escola, porém conseguem assinar o próprio nome, sendo, portanto considerados alfabetizados (29,1%).

O grau de escolaridade apresentado por estes informantes destaca uma sucessão de dificuldades atreladas a questões econômicas e sociais, pois quanto menor a escolaridade maior é a dificuldade de engajar no mercado de trabalho com condições dignas.

O segundo grupo de sujeitos deste estudo que contempla os dados apresentados na tabela seguinte, são referentes aos profissionais enfermeiros (Tabela 2).

TABELA 2: Caracterização dos profissionais enfermeiros participantes do estudo. Influência das práticas educativas na qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial. Jequié, 2012.

| VARIÁVEL | CATEGORIA | Nº | % |
|--|---------------------------|----|------|
| SEXO | Feminino | 08 | 100 |
| | Masculino | 00 | 00 |
| FAIXA ETÁRIA | 20 a 30 | 03 | 37,5 |
| | 30 a 40 | 04 | 50 |
| | 40 a 50 | 01 | 12,5 |
| TEMPO DE FORMAÇÃO (GRADUAÇÃO) | 1 a 3 anos | 02 | 37,5 |
| | 3 a 6 anos | 03 | 25 |
| | 6 a 10 anos | 01 | 12,5 |
| | 10 mais | 02 | 25 |
| TEMPO DE TRABALHO | 1 a 3 anos | 03 | 37,5 |
| | 3 a 6 anos | 02 | 25 |
| | 6 a 10 anos | 01 | 12,5 |
| | 10 mais | 02 | 25 |
| PÓS-GRADUAÇÃO | Sim | 02 | 25 |
| | Não | 06 | 75 |
| NÚMERO DE VINCULOS EMPREGATICIOS | Um | 07 | 87,5 |
| | Dois | 01 | 12,5 |
| | Mais | 00 | 00 |
| PARTICIPAÇÃO EM TREINAMENTO INTRODUTÓRIO | Sim | 06 | 75 |
| | Não | 02 | 25 |
| PARTICIPAÇÃO EM CAPACITAÇÃO | Hipertensão e/ou Educação | 01 | 12,5 |
| | Outros | 07 | 87,5 |

Fonte: Dados da pesquisa. Jequié, 2012.

No levantamento realizado, foi possível identificar a presença do sexo feminino na equipe, em 100% mulheres, o que confirma a predominância da força do trabalho feminino na enfermagem.

Quanto à faixa etária, a maioria encontra-se com idade entre 30 a 40 anos (50%), seguido por uma quantidade um pouco menor de enfermeiras com faixa etária entre 20 a 30 anos (37,5%) e uma minoria entre 40 a 50 anos (12,5%). Identifica-se que 100% da equipe estão na faixa etária produtiva, harmônica com maior maturação pessoal, o que leva a inferir que podem ser responsáveis por refletir melhor desempenho nas atividades pessoais e profissionais.

Em relação ao tempo de formação identificou-se que, em nosso cenário de pesquisa, a maioria das enfermeiras é graduada há um período de 3 a 6 anos (37,5%). Os números de graduadas entre 1 e 3 anos e graduadas há mais de 10 anos encontra-se em igual quantidade, totalizando cada um destes grupos (25%), sendo a minoria das enfermeiras graduadas de 6 a 10 anos atrás. Uma minoria não possui pós-graduação (25%), o restante (75%) possui pós-graduação Lato-Sensu, em diversas áreas, como Unidade de Tratamento Intensivo-UTI, Saúde Coletiva, Metodologia do Ensino Superior.

Quanto ao tempo de trabalho em USF, há uma preponderância de 37,5% de profissionais atuando nas unidades de 1 a 3 anos, no tempo de 6 a 10 anos há um valor referente a 12,5%, de 3 a 6 anos e 10 ou mais se encontra em igual quantidade (25%), o que avigora o papel desta estratégia de reorientação da assistência em saúde, quanto à necessidade de uma maior construção de vínculo entre profissionais e usuários, porém não foi identificada esta ocorrência, ficando o indicativo de certa rotatividade desses profissionais.

Em relação a treinamento introdutório/acolhimento pedagógico, 75% informaram ter participado, considerando-se assim, preparadas para atuar na estratégia, como proposta de mudança no atendimento à saúde do indivíduo e comunidade; as demais (25%) não participaram deste tipo de treinamento. Contudo, sabe-se que tal participação não garante a efetiva mudança no atendimento, pois se pode observar a falta de capacitação desses profissionais nos processos educativos, que buscam pela problematização para realização das ações educativas, e possibilitando a participação da comunidade na construção do conhecimento.

Ao serem indagadas sobre a participação em demais capacitações, 12,5% informaram ter feito capacitação em Hipertensão; as demais (87,5%) mencionaram ser

capacitadas em outras áreas como Abordagem sindrômica, tuberculose, hanseníase, diabetes, dengue, AIDPI; todas as capacitações, segundo as entrevistadas, aconteceram por meio de cursos, minicursos, atualizações, simpósios e oficinas, que em sua maioria foram oferecidos através da Secretaria Municipal de Saúde, 13ª Diretoria Regional de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde.

No quesito vínculo empregatício, os resultados demonstram que 87,5% possuem apenas um vínculo, o que oportuniza a realização dos trabalhos preconizados pela estratégia para garantia de um modelo assistencial que atue de forma integral, abarcando desde o adoecer e contornado no cuidado primário com promoção e prevenção à saúde. Apenas 12,5% referiu ter dois vínculos empregatícios.

5.1.2 Observando as unidades de saúde

As informações sobre a unidade de saúde e práticas educativas, colhidas através da observação sistemática, encontram-se apresentadas na tabela seguinte (Tabela 3).

TABELA 3: Caracterização das unidades de saúde fontes do estudo: Influência das práticas educativas na qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial. Jequié, 2012.

| USF | Possui salas específicas para realização da educação em saúde | Possui horários reservados para a educação em saúde | Como são realizadas as ações educativas | Possui um planejamento para a realização das ações educativas |
|-------|---|---|---|---|
| USF 1 | NÃO | SIM | A cada 15 dias no salão da igreja do bairro. | SIM |
| USF 2 | SIM | SIM | Individualmente, sala de espera e reuniões semanais. | SIM |
| USF 3 | SIM | NÃO | Na sala de espera, durante consultas e reuniões. | SIM |
| USF 4 | SIM | SIM | Nas consultas, salas de espera, palestras e grupos. | SIM |
| USF 5 | SIM | NÃO | Durante as consultas e em sala de espera. | SIM |
| USF 6 | SIM | NÃO | Durante as consultas e em sala de espera | SIM |
| USF 7 | NÃO | NÃO | Durante as consultas, individualmente. | NÃO |
| USF 8 | SIM | SIM | Durante as consultas individualmente, sala de espera, reuniões. | SIM |

Fonte: Dados da pesquisa. Jequié, 2012.

Conforme os dados identificados durante a observação sistemática, quanto à estrutura física das USF, pode-se constatar que todas possuem a mesma estrutura, constando de: 01 consultório médico, 01 de enfermagem, consultório dentário, sala de procedimentos, sala de vacina, sala de esterilização, almoxarifado, farmácia, copa/cozinha, recepção, sala de espera, sala de reuniões e banheiros. Desta forma, todas seguem o preconizado pelo Ministério da Saúde - MS. Todas as equipes de saúde estudadas possuem uma população que varia entre 900 a 1000 famílias, que corresponde a um público estimado de 3.600 a 4.000 pessoas.

Segundo o MS a área para reuniões destinada às atividades educativas deve ter acesso independente, de forma que os usuários não necessitem transitar nas demais dependências da unidade (BRASIL, 2006b). Porém, esta característica foi observada em apenas quatro (50%) das USF. Três das USF possuem sala de reunião próxima às demais dependências das unidades, estando localizadas em local inadequado. Uma outra, possui uma sala de reuniões inadequada para a realização de Educação em Saúde, dispondo de poucas cadeiras e pouca ventilação; em outra USF a sala de reuniões é inviável para as práticas educativas, possuindo um tamanho muito reduzido. Dessa forma, as práticas educativas desenvolvidas por esta equipe ocorrem no salão da igreja do bairro. Deste modo, percebe-se que a realidade vivenciada quanto às salas de reuniões, não atende ao sugerido pelo MS.

Quanto aos horários reservados para a educação em saúde, foi observada na semana típica, disponível nas USF, a presença de períodos da semana nos quais são realizadas as práticas educativas, em 04 das USF. As outras 04 USF restantes não disponibilizam de um horário semanal para esta atividade.

Sabe-se que para realizar práticas educativas faz-se necessário um local e momento ideais, para que as orientações sejam compreendidas; assim, é de grande importância uma organização quanto ao local onde será realizada e o tempo ideal para esta atividade, para o que se faz necessário o desenvolvimento de um plano de ação para as práticas educativas.

Observou-se, portanto, que nas 08 USF campo de nosso estudo, as práticas de educação em saúde são desenvolvidas em locais variados, na sala de espera, salão de

igreja, durante as consultas, quinzenal ou mensalmente, sendo realizadas reuniões com grupos específicos, dentre estes, o grupo de pessoas com Hipertensão.

Apesar da variedade de locais disponíveis para a realização das práticas educativas, foi relatado pelas enfermeiras das 08 USF o desenvolvimento de um planejamento para as ações educativas. Apenas em uma das unidades não há um planejamento das atividades educativas, onde também não há um momento para a realização das práticas de Educação em saúde, seja mensal, quinzenal ou semanal.

5.1.3 Analisando as Categorias

Através da análise do material coletado, foram apreendidas as classes temáticas, as categorias e as subcategorias. Os dois instrumentos utilizados demonstraram similitudes de conteúdos, assim como complementaridade, apresentando subcategorias com conteúdos bem próximos, a partir de três classes temáticas que agregam as categorias e subcategorias.

A primeira classe denominada “Significados acerca da qualidade de vida” agregou uma categoria, com três subcategorias extraídas da técnica Desenho-estória. Na segunda classe temática, intitulada “Interfaces da Educação em saúde”, foram agregadas uma categoria e quatro subcategorias advindas da entrevista. Na terceira classe temática, intitulada “O diálogo como instrumento da prática educativa” foram agregadas uma categoria, também advinda da entrevista, e duas subcategorias, conforme podem ser visualizadas no Quadro 2, a seguir.

| TÉCNICA DE COLETA DE DADOS | CLASSES TEMÁTICAS | CATEGORIAS | SUBCATEGORIAS |
|-----------------------------------|---|---|---|
| Desenho-Estória com tema | Significados de qualidade de vida | 1. Qualidade de Vida. | 1.1- Saúde. 1.2- Lar e convivência familiar. 1.3- Espiritualidade. |
| Entrevista | Interfaces da Educação em saúde | 2- Práticas Educativas para a qualidade de vida. | 2.1- Concepções sobre educação em saúde. 2.2- As atividades educativas. 2.3- Desafios/dificuldades para implementação das práticas educativas. 2.4- Influência das práticas educativas para a melhoria da qualidade de vida. |
| Entrevista | O diálogo como instrumento das práticas educativas | 3- O diálogo na Educação em saúde. | 3.1- Concepções sobre diálogo. 3.2- Importância do diálogo nas práticas educativas. |

QUADRO 2: Classes Temáticas, categorias e subcategorias da análise de conteúdo do estudo, Contribuições das práticas educativas na qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial. Jequié-BA, 2012. **Fonte:** Dados da pesquisa. Jequié, 2012.

CLASSE TEMÁTICA 1: Significados da Qualidade de vida

Esta classe temática diz respeito aos dados obtidos pela técnica do Desenho-estória com tema. Através da realização da técnica desenho-estória com tema junto a pessoas com hipertensão arterial, usuários do serviço de saúde, foram desvelados os significados, suas percepções quanto a sua qualidade de vida. Deste estudo emergiu a categoria Qualidade de vida, e as subcategorias: qualidade de vida relacionada à saúde, qualidade de vida relacionada ao lar e convivência familiar, qualidade de vida relacionada à espiritualidade.

A partir da natureza multidimensional, a qualidade de vida pode ser considerada de acordo a percepção do indivíduo sobre sua condição física, afetiva e cognitiva, por meio dos relacionamentos sociais e papéis sociais (SEIDL; ZANNON, 2004).

➤ CATEGORIA 1: Qualidade de Vida

Nesta categoria foram agregadas unidades temáticas da técnica desenho-estória com tema, sendo três subcategorias descritas, referentes a conteúdos extraídos da técnica projetiva.

Essa categoria traz a Qualidade de Vida (QV) ancorada nas percepções dos usuários, pois sua compreensão acerca da qualidade de vida, favorece a valorização, por parte destes sujeitos, das práticas educativas realizadas nas unidades de saúde, para a manutenção da saúde. A partir das percepções e significados da temática, por parte destes sujeitos, obtiveram-se as seguintes subcategorias: Qualidade de vida relacionada à saúde; Qualidade de vida relacionada ao lar e convivência familiar; Qualidade de vida relacionada à espiritualidade.

Concorda-se com Martins, França e Kimura (1996, p. 65) quando dizem que “a presença de doenças crônicas pode ter impacto negativo na qualidade de vida de indivíduos, podendo ter comprometimento de fatores importantes para se ter qualidade de vida, como capacidade física, no trabalho/estudo/atividades do lar e na autoestima”. Neste contexto, buscou-se compreender as percepções sobre qualidade de vida de sujeitos que convivem com a Hipertensão Arterial, sendo esta, uma doença crônica, que exige do indivíduo uma mudança nos hábitos, fato que interfere na qualidade de vida, e na forma como estes usuários percebem estas mudanças, após a ocorrência desta doença.

QUADRO 3: Distribuição da categoria 01 e subcategorias **extraídas da técnica Desenho-estória com tema**, dimensionadas na classe temática Significados acerca da qualidade de vida.

| QUALIDADE DE VIDA | FREQUÊNCIA DAS UNIDADES TEMÁTICAS | % |
|--|--|------------|
| 1.1-Relacionada à saúde. | 10 | 41,7 |
| 1.2-Relacionado ao lar e convivência familiar. | 06 | 25,0 |
| 1.3-Relacionado à espiritualidade | 03 | 12,5 |
| Não soube responder | 05 | 20,8 |
| TOTAL | 24 | 100 |

Fonte: Dados da pesquisa. Jequié, 2012.

Ao comparar os percentuais das unidades temáticas observou-se, nestas subcategorias, uma frequência maior em relação às percepções de qualidade de vida relacionada à saúde.

- Subcategoria 1.1: **Qualidade de vida relacionada à Saúde**

A qualidade de vida objetivada na **subcategoria relacionada à saúde** é representada através do estabelecimento da necessidade de ter saúde e a segurança em se ter uma unidade de saúde nas proximidades de casa.

A qualidade de vida como expressão de saúde demonstra que o significado de qualidade de vida está voltado para a saúde, seja ela física ou emocional. Assim, qualidade de vida inclui aspectos como saúde em geral, capacidade física, sintomas físicos, fatores emocionais, função cognitiva e bem estar social, envolvendo aspectos diretamente associados às enfermidades ou às formas de tratamento (FAYERS; MARCHIN, 2000). Portanto, a qualidade de vida está ligada ao impacto das condições de saúde do usuário sobre sua capacidade de viver plenamente.

Tais percepções podem ser observadas nos desenhos-estórias, que demonstram a importância que a saúde representa para sua qualidade de vida, a estes sujeitos.



Figura 1: Desenho-estória com tema - Informante: usuário 1

Posto de saúde é o atendimento das pessoas que tem entendimento para cuidar da gente, é um remédio... [usuário 1]
...agradeço por ter o posto para dar saúde.[usuário1]



Figura 2: Desenho-estória com tema - Informante: usuário 4

Para ter qualidade de vida precisa de saúde, e o posto tem profissionais que orientam a gente para ter saúde... [usuário 4]
... aqui é muito longe da cidade, e ter um posto perto de casa é muito bom, para pegar remédio, ver a pressão, ou qualquer precisão.[usuário 4].

Setién (1993) diz que, no campo da saúde, as metas da qualidade de vida estariam representadas por uma vida longa com melhor estado de saúde, condições distribuídas equitativamente entre os indivíduos.

Na relação entre saúde e qualidade de vida, a saúde ganha importância e aparece como um dos indicadores para a qualidade de vida, estando estes ligados a um conceito holístico da saúde. Esta é uma das condições nas quais o indivíduo é capaz de realizar objetivos de vida, cuja realização é necessária e suficiente para um bem-estar, a longo prazo (NORDENFELT, 1994).

A percepção dos usuários quanto à qualidade de vida relacionada à saúde, demonstra a importância que estes dão ao tratamento da hipertensão, relacionando assim a disponibilização dos medicamentos para o controle da doença e o atendimento ofertado pelas equipes de saúde, como um fator indispensável.

A produção do cuidado das ESF aos usuários com hipertensão está diretamente relacionada às práticas cotidianas dos profissionais de saúde com as ações desenvolvidas para a promoção da saúde e qualidade de vida e a inserção do usuário como sujeito ativo e pró-ativo para a construção de novas práticas e saberes, favorecido pelas práticas educativas voltadas à orientação dos usuários quanto à manutenção da saúde e prevenção de agravos.

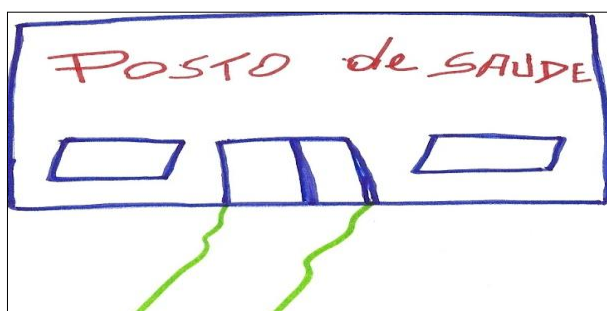


Figura 3: Desenho-estória com tema - Informante: usuário8

...o posto é onde tem o médico, os remédio, trás a saúde, eu tendo saúde eu tenho qualidade de vida, através de atendimento no posto. [usuário8]

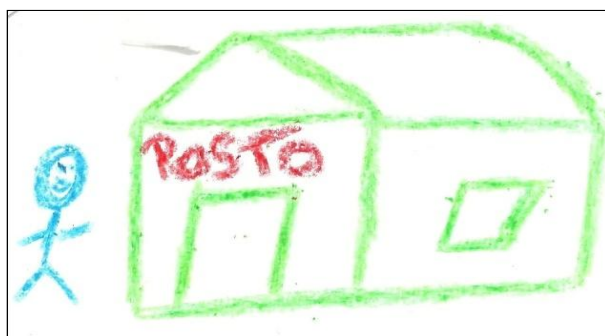


Figura 4: Desenho-estória com tema - Informante: usuário10

... o posto é onde a gente vem pra ter orientação do remédio, receber remédio, orienta alimentação, exercício.[usuário10]

Percebe-se que os usuários consideram o posto de saúde uma garantia para a sua qualidade de vida; a presença de uma equipe de saúde composta por médico, enfermeiro, dentista, auxiliares de enfermagem, lhes traz uma segurança, e consequentemente, esta segurança traduz sua qualidade de vida.

Concordam-se, portanto, com as ideias de Cavalcante et al. (2007, p. 87), ao afirmar: “os problemas do cotidiano somados a outras ocorrências que surgem a partir da doença crônica necessitam ser trabalhados nos aspectos que refletem a interação e a adaptação do indivíduo à doença e ao meio para uma melhor qualidade de vida - QV. As intervenções devem proporcionar uma boa integração social, um bom relacionamento com a equipe de saúde, facilidade de acesso aos medicamentos, além de atividades de lazer, o que pode elevar a QV desses pacientes”.

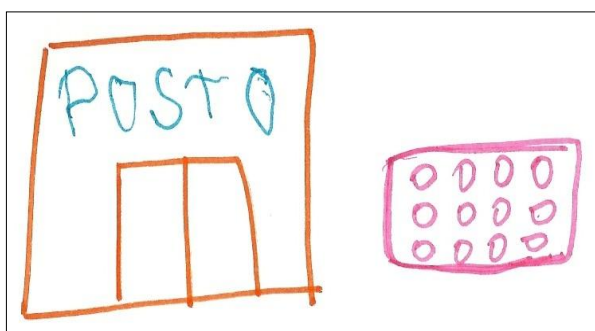


Figura 5: Desenho-estória com tema - Informante: usuário3

...tenho saúde através do posto, e dos remédio.
[usuário3]

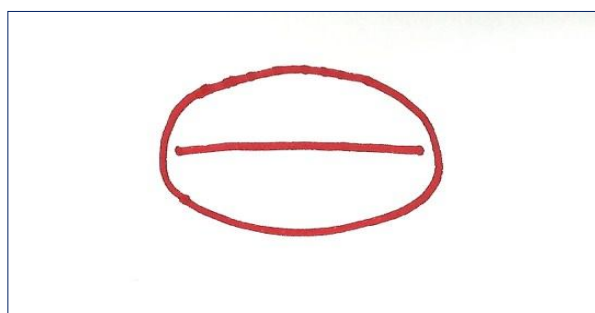


Figura 6: Desenho-estória com tema - Informante: usuário 6

...quando não uso o remédio, como é orientado sento mal, assim acho que o remédio é importante para ter qualidade de vida. [usuário 6]

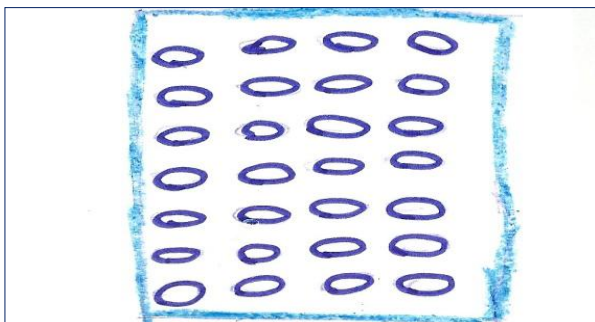


Figura 7: Desenho-estória com tema - Informante: usuário10

Qualidade de vida é saúde, o comprimido tem que tomar pra controlar a pressão e ter saúde...
[usuário10]

Segundo Bowling e Brazier (1995), qualidade de vida na área de saúde focaliza as possibilidades da sobrevivência, acreditando que pode haver uma compreensão da morbidade, principalmente de doenças crônicas, levando ao aumento da esperança de uma vida saudável, estando o estado de saúde cada vez mais relacionado à qualidade de vida.

Desta forma, compreende-se a associação da assistência à saúde e do acesso aos medicamentos necessários para o controle da doença com o “ter qualidade de vida”, pois conforme se pode perceber nas histórias acima descritas, há uma semelhança de significados. Para estes sujeitos, a qualidade de vida está totalmente condicionada à possibilidade de ter atendimento de profissionais de saúde e disponibilidade de oferta de medicamentos para hipertensão.

- Subcategoria 1.2: **Qualidade de vida relacionada ao Lar e Convivência familiar**

A qualidade de vida, objetivada na **subcategoria relacionada ao lar e convivência familiar** é representada através do estabelecimento de uma necessidade de estar em contato direto com a família. A segurança de estar em um lar, para alguns dos sujeitos significa ter qualidade de vida.

Segundo Setién (1993), qualidade de vida refere-se ao caráter satisfatório. O conceito que cada pessoa possui de vida é o que irá influenciar diretamente na avaliação que ela faz da sua qualidade. Logo, seu significado não se revela facilmente e se encontra relacionado a uma família de conceitos.

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera como padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural.



Figura 8: Desenho-estória com tema - Informante: usuário2

...Para ter qualidade de vida preciso ter minha própria casa.... um teto meu.[usuário2]

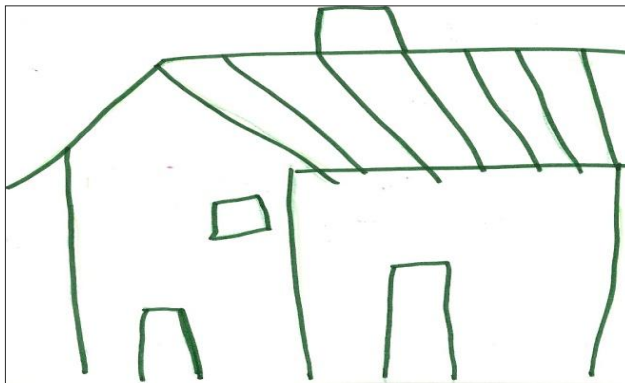


Figura 9: Desenho-estória com tema - Informante: usuário3

...sou feliz com minha família. E essa felicidade trás qualidade de vida... [usuário3]



Figura 10: Desenho-estória com tema - Informante: usuário5

Minha qualidade de vida é está em minha casa, cuidar da casa e da família. Faço toda a limpeza diariamente, cuido de meu neto, faço a comida. E assim vivo a vida, me sinto bem desse jeito... [usuário5]

Recorda-se, a partir dessas estórias, a teoria de Qualidade de vida. Este termo começou a ser utilizado devido às novas aquisições de bens materiais e à utilização de novas tecnologias aplicadas nas áreas de saúde e educação pela população. O conceito qualidade de vida foi utilizado para descrever a conquista de bens materiais, caracterizada pela posse de casa própria, carros, aparelhos eletrônicos e outros bens de consumo. Posteriormente, esse conceito foi ampliado e, crescimento econômico e industrial, saúde, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho, crescimento individual, segurança, dentre outros, passaram a integrá-lo (MEEBERG, 1993).

Dessa maneira, qualidade de vida foi transformada em medida quantitativa, possibilitando seu uso em modelos econômicos. Esses acontecimentos teriam provocado uma tomada de consciência social sobre as graves deficiências decorrentes do desenvolvimento econômico. Nesse sentido, é que se compreende o significado de qualidade de vida, quando se refere ao lar, em ter uma casa, em ter uma convivência familiar.

- Subcategoria 1.3: Qualidade de vida relacionada à **Espiritualidade**

A qualidade de vida objetivada na **espiritualidade** é representada através do estabelecimento de uma necessidade de estar em paz, em ter contato com alguma religião que sirva como um suporte, possibilitando um bem-estar interior.

Segundo Martins, França e Kimura (1996), a qualidade de vida é um conceito intensamente marcado pela subjetividade, envolvendo todos os componentes essenciais da condição humana, quer seja físico, psicológico, social, cultural ou espiritual.

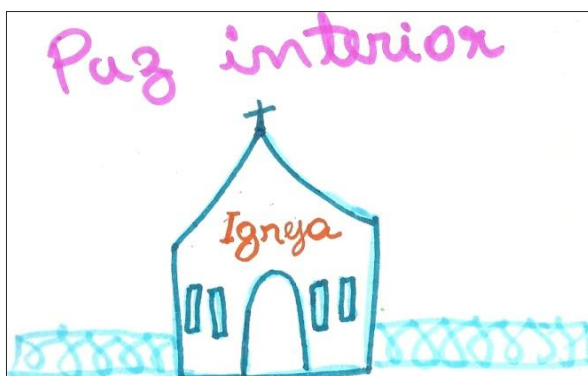


Figura 11: Desenho-estória com tema - Informante: usuário 9

Creio que qualidade de vida vem da paz interior, não depende de bens materiais. Apesar da condição de vida contribuir para esta qualidade, é necessário somente o tanto suficiente para pagar suas contas, alimentação, moradia, não precisa de riqueza para ter qualidade de vida. Quando se tem paz interior tem qualidade de vida.[usuário9]

Neste contexto, concorda-se com Setien (1993), quando diz que o conceito que cada pessoa possui de vida é o que irá influenciar diretamente na avaliação que ela faz da sua qualidade de vida. Dessa forma, compreende-se a estória contada pelo sujeito, quando se refere à paz interior e a sua fé, valores indispensáveis para sua qualidade de vida.

A Qualidade de Vida também pode ser diretamente relacionada com o conceito de autoestima e com o bem estar pessoal, que englobam uma série de aspectos, entre eles a religiosidade, a satisfação pessoal em participar ativamente de uma determinada religião, e dessa forma ter um bem-estar, prazer em viver e melhor disposição para a vida.

As duas próximas classes temáticas são resultantes dos dados coletados por meio das entrevistas realizadas com os enfermeiros e usuários.

CLASSE TEMÁTICA 2: Interfaces da Educação em saúde

As ações educativas voltadas para a hipertensão arterial foram descritas nesta classe temática, dimensionada a partir da técnica da entrevista semiestruturada. Essa classe temática emergiu dos relatos das enfermeiras ao serem questionadas quanto à forma como realizam suas práticas educativas junto a usuários com hipertensão e dos relatos dos usuários ao serem arguidos acerca das intervenções educativas que participam. Apresentam-se, a seguir, a categoria e as subcategorias.

➤ **CATEGORIA 2: Práticas Educativas para a qualidade de vida**

Essa categoria apresenta as práticas educativas voltadas para a hipertensão arterial, além de concepções e percepções acerca da educação em saúde, por parte de enfermeiros e usuários com hipertensão. Está subdividida em quatro subcategorias, que são: concepções sobre educação em saúde; Realização de práticas educativas; Desafios/dificuldades para implementação das práticas educativas; Influência das práticas educativas para a melhoria da qualidade de vida.

- **Subcategoria 2.1: Concepções sobre educação em saúde**

Esta subcategoria encontra-se definida pelas concepções de educação em saúde, por parte dos usuários. Em relação a este eixo temático, observou-se que houve

difficuldade de definir a educação em saúde, recorrendo-se com frequência a exemplos e conteúdos de ações educativas como forma de conceituá-las. As definições de educação em saúde foram feitas em relação à função, aos temas e ao processo de realização.

As definições relativas à função referiram-se à educação em saúde enquanto dimensão inerente ao conjunto das ações e educação em saúde como ação específica, realizando a mediação entre conhecimentos técnicos e os dos usuários, tanto individual como coletivamente. Nesse sentido, a educação em saúde foi compreendida como ação de transmissão e não como troca de conhecimentos.

Outro grupo de definições tomou como referência os temas, definindo a educação em saúde como ação destinada a informar sobre comportamentos saudáveis e utilização dos serviços de saúde.

Um primeiro aspecto que se evidencia nas definições refere-se à compreensão da educação em saúde como dimensão inerente ao conjunto das ações de saúde, realizando a mediação entre os conhecimentos técnicos e os dos usuários. Neste sentido, a educação em saúde é definida como dimensão das várias formas do encontro com o usuário, incluindo não apenas a assistência, o consultório, mas o conjunto das ações de saúde. Observa-se também que a ênfase na transmissão de conhecimentos está presente nas definições, através da menção ao repasse de conteúdos, visto ademais na perspectiva individual.

Pratica educativa em saúde, é o bom atendimento... é a oferta de medicamentos. [Usuário1]

[...] o médico orienta, passa um remédio para a melhorar a saúde. Educação em saúde é ter o cuidado com a saúde. [Usuário 2]

É o que a gente aprende nas consultas, o que deve comer, como tomar os remédios, os cuidados para a pressão não subir. [Usuário 3]

É o que a enfermeira ensina nas consulta, o que deve comer, comida sem sal, sem gordura, comer fruta, verdura. [Usuário 17]

É quando ela (a enfermeira) fica explicando do remédio, como é que a gente deve fazer as coisas, pra ter saúde. Fala pra gente se alimentar direitinho, pra não comer coisa com muito sal, por causa da pressão. [Usuário 23]

Educação pra saúde acho que é o que agente aprende aqui no posto, os remédio que tem que tomar, comida sem sal sem gordura, não pode beber, nem fumar, essas coisa que prejudica a saúde. [Usuário 24]

A educação em saúde também foi definida em função dos temas abordados nas práticas educativas, os quais são indicativos de uma concepção de educação em saúde que privilegia os aspectos de prevenção de doenças e agravos, ainda que aludindo a componentes da promoção da saúde, como a qualidade de vida.

Educar é assim, é sobre... é sobre a sua alimentação, isso aí pra mim já é uma educação em saúde, é sobre a medicação, sobre exercício também... [Usuário 4]

É o que ela ensina, como comer direito, tomar o remédio na forma certa, fazer caminhada. [Usuário 18]

[...] é o que agente aprende aqui no posto, o médico e as enfermeiras ensina para melhorar a saúde. [Usuário 20]

Observa-se, também, a definição da educação em saúde com base no seu papel de orientar condutas relativas a higiene e meio ambiente – como destino do lixo e saneamento básico – segundo a qual o papel da prática educativa se amplia e vai além da utilização do serviço e da intervenção sobre a doença.

Educação em saúde é combater a falta de higiene, tem que limpar a casa, fiscalização de locais que vende alimento, os esgotos na rua, tudo pra não ter doença. [Usuário 13]

É incontestável a contribuição dos processos educativos para a melhoria da saúde e qualidade de vida, nas mudanças de atuação dos profissionais, que devem focar estas ações educativas para a promoção da saúde. Essas mudanças acontecem pela articulação teoria-prática, possibilitando maior interação entre o trabalhador e o usuário, como preconiza o Ministério da Saúde, ao avigorar que as técnicas de capacitação têm a intenção de transformar as práticas e a organização do trabalho. (BRASIL, 2002c).

- Subcategoria 2.2: **Realização das práticas educativas**

Esta subcategoria encontra-se definida pela caracterização das práticas educativas. Os relatos demonstraram que em sua maioria a atividade é desenvolvida no ambiente da unidade, na sala de espera e na sala de consultas de enfermagem.

Foi estabelecida em termos dos conteúdos e processo de realização. Nos conteúdos, predominou a referência a conhecimentos técnicos, normas e comportamentos saudáveis, assim como pautas para a utilização dos serviços de saúde e suporte às ações dos serviços, como tratamentos e recomendações sobre condutas de prevenção. Quanto ao processo de realização da prática educativa, destacaram-se as referências a ações individuais e em consultório e a escassez de ações de educação em saúde de forma coletiva, com grupos específicos. Este processo depende principalmente do tempo disponível das enfermeiras, sendo alegada uma sobrecarga nas atividades de enfermagem como contraponto para sua realização, conforme pode ser observado nos relatos das entrevistadas.

Desenvolvo as práticas educativas através de orientações individuais e palestras em sala de espera. Não dá para reunir grupo específico de hipertensos ou outros devido a falta de tempo, a demanda é grande. Além disso, tem que preencher as fichas específicas dos serviços, realizar orientações, ouvir as queixas dos pacientes, fazer encaminhamentos, tirar dúvidas, tudo isso durante as consultas. [Enfermeira 1]

Acontecem poucas, não dá tempo fazer mais. Ai, às vezes, é que eu faço. A gente teria que realmente priorizar os momentos para a educação em saúde, definir mesmo, sabe, proteger a agenda e deixar mesmo isso, porque acaba sendo uma atividade... relegada a segundo plano, tanto para a equipe como para os pacientes, que dificilmente comparecem nas palestras. [Enfermeira 2]

Nas falas das profissionais, predominaram as menções às orientações e informações individuais dadas em consultório como atividades educativas, compatíveis com o conceito de educação em saúde, como atividade inerente às práticas de saúde. As atividades educativas coletivas são reconhecidas como escassas, mencionando-se a necessidade de se rever as práticas do serviço, a agenda, para priorizá-las na prática.

Compreende-se, então que o processo ensino-aprendizagem não deve se dar ao acaso e sim, por um planejamento e uma priorização desta atividade. No processo de ensino-aprendizagem está implícita a visão de mundo do educador, que consciente ou inconscientemente orienta uma ação no sentido desta ou daquela pedagogia que, por sua vez, define a metodologia utilizada nas suas ações educativas (BORDENAVE, 1999).

Neste aspecto, durante as entrevistas foi apreendido, a partir dos relatos dos usuários, que as orientações recebidas nas Unidades de Saúde da Família, sinalizam com visibilidade as dificuldades dos profissionais em relação à dosagem do conteúdo, em dar espaço para que o usuário com hipertensão possa colocar seu saber, seus interesses e necessidades, ou seja, há uma dificuldade dos profissionais em utilizar novos paradigmas “que venham a proporcionar a renovação das atitudes, valores e crenças” (BORDENAVE, 1999, p. 262). Esta dificuldade se evidencia, por exemplo, nos depoimentos a seguir:

Ah, é tanta coisa que é falado, tanta orientação, não fica tudo em minha cabeça não, é muita coisa que fala lá, um bocado de coisa que tem que fazer pra ter saúde [...]. [Usuário 2]
 Tem bastante (orientação) sobre alimentação, caminhada, como tomar o remédio, sobre saúde, como cuidar pra ter saúde, pra a pressão não subir [...] aí ela fica explicando as coisa, a gente fica ouvindo, prestando atenção, é tanta coisa que as vezes esqueço... [Usuário 6]

Observou-se que a metodologia utilizada pelos profissionais, na sua prática, parece estar fundamentada no paradigma conservador, caracterizado pela exposição dos conteúdos, onde o usuário é apenas ouvinte passivo, que silenciosamente acumula um considerável volume de informações sem necessariamente aprender (BEHRENS, 1999).

Esta metodologia já não é recomendada, pela dificuldade do acúmulo de informações e por negar a possibilidade do educando tornar-se sujeito ativo do processo educativo. Tais relatos apontam para a necessidade de mudanças nas ações educativas dos profissionais nas equipes de saúde da família, na perspectiva de ajudar o usuário a reconhecer o seu poder e sabedoria na busca de seus objetivos, incentivando-o a enfrentar suas limitações através do reforço da sua confiança e autoestima (DUARTE, 2004).

Para Freire (1982, p. 65-66), a prática educativa, desta forma, se apresenta como relações “narradoras”, “dissertadoras” que implicam num sujeito – o narrador – que tem como tarefa “encher” os educandos dos conteúdos de sua narração e como objetos pacientes, ouvintes - os educandos - numa concepção “bancária” da educação.

Freire (1982) diz que a existência supõe o diálogo, numa relação de troca onde o mundo se torna conhecido e problematizado pelos sujeitos, exigindo deles “um novo pronunciar”, ou seja, nesse diálogo a realidade é problematizada, refletida, possibilitando a sua reconstrução.

Foi relatada a grande quantidade de informações que geralmente são abordadas no modelo de transmissão de conhecimentos, e a dificuldade na interação com relação a esse tipo de atividade educativa refere-se às limitadas possibilidades de problematização e de questionamentos por parte do usuário.

As orientações são sobre o remédio, caminhada e alimentação... [Usuário 7]
 A alimentação certa para a pressão não subir, fazer caminhada. [Usuário 9]
 [...] agente aprende o que deve comer, as comidas sem muito sal e gordura, fazer caminhada... [Usuário 19]
 Alimentação certa para não ter pressão alta, como tomar o remédio na hora certa todo dia, fazer caminhada. [Usuário 21]

É comum, entre os profissionais de saúde, o cultivo da capacidade técnica em proporcionar educação em saúde como algo corriqueiro, que não precisa ser aprendido, como se o saber técnico da academia fosse capaz, por si só, de cumprir essa formação, de prepará-lo para atuar como um facilitador do processo de aprendizagem. Por conta deste pensamento, é que as atividades educativas frequentemente são realizadas tratando a população como usuária passiva, apática, onde o profissional transmite conhecimentos sobre as doenças e como cuidar da saúde, sem levar em conta o saber popular e as condições de vida dessas populações (ANDRADE, 2006).

Essas práticas educativas, tão comuns no dia-a-dia dos serviços de saúde, são uma repetição do poder dominante e do saber médico, característicos do chamado modelo flexneriano, que utiliza metodologia de ensino verticalizada e não problematizadora ou, como dito por Freire (2004), uma educação bancária, onde o saber é uma doação dos que se julgam sábios, aos que nada sabem, onde o educador vai impondo aos educandos os seus saberes, valores e crenças e não levando em consideração os conhecimentos e a cultura dos educandos. Acredita-se que dessa forma, “não pode haver conhecimento, pois os educandos não são chamados a conhecer, mas a memorizar o conteúdo narrado pelo educador” (FREIRE, 2004, p. 79).

- Subcategoria 2.3: **Desafios/dificuldades para implementação das práticas educativas**

Esta subcategoria encontra-se definida pela caracterização dos desafios/dificuldades enfrentados pelas enfermeiras para a implementação das práticas educativas. Os relatos demonstraram que, em sua maioria, a atividade é desenvolvida no ambiente da unidade, na sala de espera e na sala de consultas de enfermagem.

As falas referentes às dificuldades para a realização das ações educativas referiram-se, na maior parte das vezes, à realização das atividades coletivas de educação em saúde e remeteram a um conjunto de aspectos que foram agrupados em dois temas maiores denominados contexto institucional e dificuldade de participação dos usuários, levando ao seu esvaziamento.

A pouca disponibilidade de tempo foi a principal limitação às práticas educativas, relacionada ao contexto institucional, sendo mencionados o volume de trabalho e o grande número de pessoas para serem atendidas.

A dificuldade para realizar atividade educativa é o tempo, porque a gente tá sempre atendendo. [Enfermeira2]

O tempo disponível é o que mais atrapalha. A demanda é excessiva, o que dificulta a realização destas práticas, além da dificuldade de criar grupos. A possibilidade seria a implantação de uma outra equipe aqui na unidade, assim diminuiria a demanda e teríamos mais tempo para a formação de grupos específicos. [Enfermeira 1]

Porque, como a atenção individual é de questão urgente, de cuidado urgente, essa parte educativa a gente acaba deixando em segundo plano, essa parte de ações Coletivas ... [Enfermeira 3]

Dificuldade é a parte burocrática, durante as consultas tem muitos papéis para preencher, toma muito tempo. A dificuldade também está no não comparecimento, atividades educativas. [Enfermeira 4]

As ações de educação em saúde têm como objetivo abrir espaço no cotidiano do serviço das USF, em especial as de alcance coletivo, pelo pouco tempo disponível devido às exigências do atendimento em consultório.

As demandas assistenciais, muitas vezes, assumem o caráter de urgências e resolução de situações que requerem atenção imediata. Este aspecto da dinâmica cotidiana do serviço é visto como mais um elemento que interfere nas possibilidades de realização das ações educativas.

A gente também acaba se voltando mais para as situações assistenciais, urgentes que não dá pra deixar pra amanhã. [Enfermeira 6]

A própria demanda dos usuários. Então, se o usuário precisa de uma visita domiciliar hoje, ou de um atendimento hoje, ou de uma conversa específica hoje, eu não vou poder deixar isso pra amanhã, por causa de uma atividade educativa [Enfermeira 5]

A demanda pelas atividades assistenciais, de acordo com relatos das enfermeiras, se expressa também nas reações dos usuários frente à sua participação em atividades de educação, em detrimento das consultas.

A gente fica com vontade de realizar ações de educação em saúde [...] só que vai falar sobre educação..., boa parte dos usuários não aceitam bem a ideia. Uma vez no meio de uma atividade como essa, tava aqui um monte de gente me esperando pra eu atender, mas eu não podia suspender a reunião. Foi um momento estressante, tinha que continuar na reunião, ao mesmo tempo sabia que os pacientes que estavam na sala de espera estavam agoniados com a demora. [Enfermeira 4]

A disponibilidade de tempo é limitante frente às possibilidades de realizar estas ações educativas, por não permitir o planejamento e a preparação das atividades. Os temas são diversos, variados, o que a gente pode abordar muita coisa. Só que fica só na fala, muitas vezes, ele [o usuário] quer alguma coisa ilustrada, a gente podia ilustrar com alguma coisa e assim a gente, pode até usar da criatividade, mas pela falta do tempo de você sentar e ter que organizar alguma coisa, fica meio a desejar. [Enfermeira 3]

Diante das restrições de tempo, a estratégia descrita consiste em buscar inserir atividades educativas nas práticas cotidianas, principalmente na sala de espera, onde se abordam conteúdos ligados às ações desenvolvidas no momento, as quais muitas vezes são relacionadas aos programas de saúde e às pautas de prevenção ou no momento das consultas.

As falas sobre as dificuldades à realização das práticas de educação em saúde contemplaram também as dificuldades de participação dos usuários, levando ao esvaziamento das atividades educativas. A dificuldade para conseguir a adesão dos usuários às atividades educativas coletivas realizadas pela equipe e de despertar a atenção e o interesse dos mesmos foram aspectos problematizados pelas entrevistadas.

Pois é, tanta demanda que a gente tem no dia a dia, que a gente fica meio deficitário. (Na educação em saúde), e a gente procura assim, em alguns momentos de atendimento aos idosos, a gente aborda hipertensão, diabetes. A gente tá sempre falando em sala de espera assim, em algum momento... [Enfermeira 7].

As atividades na sala de espera, no entanto, são dificultadas pelo espaço, além da limitação do tempo pela pressão da demanda e pelo fluxo de outras demandas no interior da unidade: “Aí o tempo acaba sendo curto, de vez em quando chegava alguém pra pegar um medicamento pra saber não sei o quê, pedir uma informação. Aí acaba atrapalhando a atividade coletiva. [Enfermeira 3]

Dificuldade é referente ao horário deles (usuários), por estarem trabalhando ou realizando alguma atividade do lar, demonstram pressa para serem atendidos, não valorizando o momento de atividade educativa como o grupo. [Enfermeira 8]

As percepções em relação ao desinteresse são contraditórias. Em uma das falas, a indicação de falta de interesse surge nas situações em que a convocação dos usuários para um tema específico não é eficaz, sendo necessário o aproveitamento do momento em que o usuário comparece às atividades de rotina, no dia do atendimento:

O ideal é pegar o pessoal, no dia de atendimento. Hipertensos só atende na terça. Se chamar para reunião na quinta-feira, não aconteceria direito. Eles não vêm. [Enfermeira 6]

Conforme Silva Júnior e Mascarenhas (2005) o vínculo possibilita também a compreensão das necessidades, vivências e representações do usuário pelo profissional, aumentando assim as chances de efetividade das intervenções propostas, da adesão ao tratamento e às ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos.

Ainda segundo o estabelecimento do vínculo, Merhy (1997, p.138) considera a necessidade do profissional

ter relações tão próximas com o usuário, integrando-se com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos e se tornar referência para o paciente, individual ou coletivo, que possa servir à construção de autonomia do usuário.

Neste contexto, percebemos a necessidade de re-configurar a clínica tradicional para uma clínica ampliada que atue sobre as necessidades do usuário que busca o cuidado, aliviando seu sofrimento manifesto ou latente. Para Favoreto (2005) investir nesta mudança implica em re-estabelecer o diálogo valorizando a fala e a escuta, diminuindo a distância entre atores e usuários, recompor os cenários, organizar o processo de trabalho, superar as posturas ideológicas cristalizadas, reconhecendo a autonomia das pessoas.

- Subcategoria 2.4: **Influência das práticas educativas na qualidade de vida**

Esta subcategoria foi definida a partir das respostas dos sujeitos acerca da influência das práticas educativas para a melhoria da qualidade de vida de pessoas com hipertensão, na percepção de usuários hipertensos e das enfermeiras, referentes aos conteúdos abordados em intervenções individuais ou coletivas de saúde.

As ações de educação em saúde facilitam às pessoas a tomada de consciência da sua situação de saúde, bem como das relações destas com fatores políticos, econômico, social, cultural, ambiental e fisiológico (TRENTINI; YMIRACY, 1996).

Por conseguinte, a prática de educação em saúde é vista como um caminho integrador do cuidar, constituindo-se em um espaço de reflexão-ação. Este deve ser fundado em saberes técnico-científicos e populares, capazes de provocar mudanças individuais, contribuindo para a transformação social (MACHADO et al., 2007).

As respostas sobre as ações educativas, explicitadas nos fragmentos dos discursos, revelam que essas ações se caracterizam pela repetição de conteúdos que muitas vezes não são entendidos ou nada acrescentam ao ouvinte. Esta reflexão faz recorrer a Freire (1981, p. 96) quando diz que o ato educativo passa por uma discussão criadora.

Foi questionado às enfermeiras, durante as entrevistas, como as práticas educativas, por elas desenvolvidas, contribuem para a qualidade de vida de usuários com hipertensão arterial, obtendo-se então, as seguintes respostas:

[...] contribui para a qualidade de vida dos pacientes a partir da necessidade de cada um. Dentro do que o paciente me diz, depois oriento quanto suas necessidades... [Enfermeira 1]

Contribuem, pois orienta os pacientes a ter mais saúde através dos cuidados necessários para manter a pressão controlada, e assim prevenir possíveis complicações... [Enfermeira 2]

Contribui de forma ampla, em todos os sentidos. Uso correto da medicação, caminhada, alimentação, tudo isso vem a melhorar a qualidade de vida do hipertenso. [Enfermeira 3]

Contribuição total, é a partir das orientações que elas vão saber o que é certo e o que é errado para sua saúde. [Enfermeira 5]

Orientações e palestras relacionadas a HA e qualidade de vida, para manter o controle e proporcionar este controle. [Enfermeira 6]

É possível apreender nessas respostas sobre as práticas educativas, que as orientações são repassadas como prescrições que os usuários devem seguir, sem que haja uma discussão acerca de suas dificuldades em atender tais orientações. Através das respostas, compreendeu-se que estas profissionais não atentam para a qualidade de vida do usuário com hipertensão, pois se preocupam apenas em repassar orientações, referentes a alimentação, prática de atividade física e uso de medicação, não buscando observar como está a qualidade de vida do indivíduo, diante da realização dos cuidados com a pressão, ou as dificuldades por eles enfrentadas para manter a saúde, no que se refere a condição e compreensão de seu problema.

As abordagens pedagógicas, segundo a concepção de educação de Freire (2004) preconizam que a ação educativa deve resultar na ampliação da consciência, na aquisição de habilidades e na mudança de atitude, de forma que o cidadão participe criticamente da sociedade, consciente de seus direitos individuais e coletivos.

Evitando a prática de uma educação bancária (FREIRE, 2005) em que a educação torna-se um ato de depositar, o educador é visto como aquele que detém o conhecimento, o que pensa, o que diz a palavra, o que opta e prescreve sua opinião, escolhe o conteúdo programático, é ele o sujeito do processo, enquanto que os educandos são objetos passivos, meros depósitos de informações, os quais jamais são ouvidos. A educação bancária tem por finalidade manter a divisão entre os que ‘sabem’ e os que ‘não sabem’.

[...] Sigo direitinho as orientações, acho que melhorou minha vida, minha saúde... [Usuário1]

Contribui para a qualidade de vida, sim. A enfermeira orienta sobre alimentação, bebida, o fumar, tem que ter alimentação leve, não esquecer de tomar o remédio, fazer caminhada. [Usuário 2]

[...] O que mais me indicou foi o sal, pra não comer sal. Então, eu diminuí mais o sal e graças a Deus tomo o remédio na hora certa, vou indo bem. [Usuário 3]

[...] As orientações sobre o remédio e alimentação... [Usuário 4]

Sigo as orientações e desse jeito vai melhorando a saúde e a qualidade de vida. [Usuário 5]

Que a pessoa tem que tem pressão tem que tomar seu remédio certo, tem que ir no médico de vez em quando fazer exame, quando sentir qualquer coisa procurar o posto, a orientação é essa. [Usuário 6]

Pra mim contribui, porque elas fazem os exames as orientações e assim contribui para minha saúde. [Usuário 8]

[...] se eu seguisse certo o mandamento delas, minha pressão não era alta. [Usuário12]

Tudo que ela ensina é para melhorar a saúde, alimentação, como tomar o remédio, tudo. [Usuário 13]

Melhorou sim, agente aprende o que deve comer, as comidas sem muito sal e gordura, fazer caminhada... [Usuário 15]

A alimentação certa para não ter pressão alta, como tomar o remédio na hora certa todo dia, fazer caminhada... [Usuário 16]

A saúde melhora quando agente seguiu tudo certinho, a comida tem que ser sem sal, tem que tomar o remédio todo dia, não ficar ansioso, nervoso, tem que fazer caminhada. Quando posso faço, mas com o trabalho nem sempre consigo seguir como a enfermeira ensina. [Usuário 7]

[...] tomo meu remédio todo dia e evito comer sal, como a enfermeira ensina. [Usuário 10]

Embora a proposta do PSF seja orientada para um modelo pautado na vigilância à saúde, usuário centrado, com ações coletivas cujo foco se desloca da doença para as necessidades e riscos da população, nas entrevistas sobre as orientações dos profissionais, percebeu-se que as ações educativas, da forma como são desenvolvidas, reforçam o modelo hegemônico, resultando na sua manutenção, ou seja, um modelo curativista, predominando ações individuais.

Na medida em que os problemas de saúde se situam na esfera individual, as ações educativas se pautam na ideia de que a falta de conhecimento científico decorrente do baixo nível educacional e do déficit cognitivo e cultural da população, pode ser superada através da apreensão do saber instituído, levando à mudança de comportamento e hábitos, melhorando a sua saúde (GAZZINELLI, 2005), possibilitando assim, que os usuários dos serviços venham a ter qualidade de vida.

A hipertensão arterial contribui significativamente para modificações na qualidade de vida das pessoas por interferir na capacidade física, emocional, interação social, atividade intelectual, exercício profissional e outras atividades do cotidiano. Por sua cronicidade, pode interferir diretamente em diversas esferas da vida do paciente e de seus familiares e amigos. Isso ocorre porque a própria autoestima do doente é abalada, em virtude da possibilidade de decorrências graves e, consequentemente, surgem emoções negativas, tais como depressão e ansiedade. Além dessa abrangência psicológica, está presente uma alteração física, oriunda de efeitos colaterais das drogas anti-hipertensivas e de alterações cardiovasculares resultantes da própria hipertensão (STEWART, 2000).

As manifestações agregadas, a partir das entrevistas, nesta categoria, demonstram que o processo de orientação ao usuário com hipertensão, realizado por enfermeiras, ocorre dentro do contexto da educação bancária, que contrapõe as idéias de Freire. Estando ancorado na realização de orientações básicas para o controle da hipertensão, sem perceber o indivíduo como um todo, mas como um corpo portador de uma doença. Não há, portanto, uma ação que busque proporcionar a idéia de co-participação dos usuários no cuidado a sua saúde. Estes, por sua vez, demonstram ter uma compreensão reduzida de qualidade de vida e do que é necessário para que esta prevaleça em suas vidas.

CLASSE TEMÁTICA 3: O diálogo como instrumento para as práticas educativas

Essa classe temática emergiu dos relatos das enfermeiras ao serem questionadas quanto à sua concepção sobre diálogo e qual a importância deste elemento na prática educativa. Foram agrupadas uma categoria e duas subcategorias, apresentadas a seguir.

A proposta de abordar as concepções de diálogo entre as profissionais entrevistadas teve como motivação a necessidade de conhecer quais elementos qualificadores de sua prática são valorizados. A abordagem baseou-se em uma pergunta específica do roteiro e enfocou a prática do diálogo no conjunto das situações que envolvem as práticas educativas.

Os temas que foram colocados pelas entrevistadas, sobre concepções de diálogo, convergem substancialmente com os que são relatados em suas falas sobre a realização das práticas educativas, especialmente em relação ao vínculo e às condições limitantes à sua implementação.

As respostas permitem reconstituir a relevância dessa categoria nas práticas da educação em saúde, na medida em que a reflexão sobre as possibilidades e o exercício do diálogo, no conjunto das práticas de saúde, pode se aplicar ao seu desenvolvimento no contexto das práticas educativas.

➤ CATEGORIA 3: O diálogo na Educação em saúde

Paulo Freire (2005) propõe uma nova concepção da relação pedagógica, que não significa conceber a educação apenas como transmissão de conteúdos por parte do educador. Pelo contrário, trata-se de estabelecer um diálogo e isto significa que aquele que educa está aprendendo também.

• Subcategoria 3.1: Concepções sobre diálogo

Ao conceituarem o diálogo, as entrevistadas apontam como elementos definidores: a troca, a atenção e a compreensão.

Diálogo é falar e escutar com atenção o outro. Poder falar, mas também escutar o que o outro tem a dizer, tentar compreender [...] [Enfermeira 2].

Diálogo, eu acho que é uma troca de ideias, uma conversa entre pessoas [...] [Enfermeira3].

[...] acho que é quando, uma pessoa fala e a outra pessoa responde, diz ali direitinho o que está fazendo, o que não está... [Enfermeira 5].

Dialogo é falar e ouvir. Dialogo é tudo, porque você ouve e dentro disso voce procura orientá-lo para que ele tenha uma vida melhor. [Enfermeira1]

Percebe-se, também que, durante as práticas educativas, nas falas das entrevistadas, o diálogo está relacionado ao tempo disponível para que se faça a escuta, tempo este que é condicionado pela demanda assistencial. Dessa forma, a prática do diálogo é remetida às possibilidades da relação com o usuário no interior das práticas assistenciais estando, portanto, condicionado pelos arranjos possíveis para a realização das mesmas.

É geralmente não dá tempo, as vezes chega um paciente “senta aqui” e ai conversa, conversa, conversa, conversa, aí tem os outros lá fora esperando, a gente pensa nisso. [enfermeira 7]

Pra haver esse diálogo, exige que você ouça o outro, você tem que ter tempo, se você tem vinte pessoas esperando pra ser atendido, quantos minutos eu vou ter, eu não consigo, tem que otimizar esse tempo.[enfermeira 6]

Dialogo é a chave de tudo. Pra haver esse diálogo, eu acho que exige, pra você ouvir o outro, tem que ter tempo pra isso, que tipo de qualidade de dialogo eu tenho nesse tempo curto, durante as consultas... não dá, tenho que oferecer uma boa assistência de acordo como as possibilidades. [enfermeira 8]

O diálogo constrói um vínculo em um processo cotidiano entre o profissional de saúde e o usuário. O diálogo deve ser baseado no falar e no calar para escutar outro, na tolerância e no respeito.

Eu acho que a gente estreita o vínculo é na relação mesmo, na relação do dia-a-dia, na atenção que é dada, no respeito, na valorização do outro. Quando você ouve o outro, quando você fala e é escutado. É nesse momento que se constitui o diálogo. [enfermeira 6]

O tempo emerge nas falas como elemento considerado essencial à construção do vínculo e à possibilidade do diálogo. O tempo que permite a qualidade de cada encontro, e que dá a oportunidade de novos encontros e, assim surge o vínculo, propiciando espaço para trocas cada vez mais significativas e enriquecedoras.

O diálogo consiste em uma relação horizontal e não vertical entre as pessoas implicadas. Como Freire (1998, p. 56) afirma: “ninguém educa ninguém, ninguém se educa sozinho. Os homens se educam juntos, na transformação do mundo”. Nesse processo valoriza o saber de todos os envolvidos no processo educacional.

Ainda segundo Freire (2002), o diálogo é uma exigência existencial que solidariza o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não podendo reduzir-se a um ato de depositar conceitos de um sujeito no outro, tampouco se tornar simples troca de ideias a serem consumidas. Dessa maneira, a prática da liberdade só encontrará adequada expressão numa pedagogia em que o oprimido tenha condições de, reflexivamente, descobrir-se e conquistar-se como sujeito de sua própria destinação histórica.

Para pôr em prática o diálogo, o educador não pode colocar-se na posição ingênua de quem se sente detentor de todo o saber; deve, antes, colocar-se na posição humilde de quem não sabe tudo, reconhecendo que o indivíduo não é um ser “perdido”, fora da realidade, mas alguém que tem toda uma experiência de vida e, por isso também, é portador de um saber (GADOTTI, 1996).

A educação exige diálogo e este supõe escuta, mas uma escuta paciente e crítica do outro, isto é, falar com ele. Só numa relação horizontal amorosa, humanizada, de A com B é que acontece a comunicação (FREIRE, 1981). De outra forma, é o “antidiálogo” reflexo da formação dos profissionais e que ainda hoje é reproduzido nas

relações usuário/equipe como bem ilustra o discurso a seguir sobre como acontece a orientação que recebe na unidade de saúde.

A escuta é o ponto de partida para o diálogo. Quando o profissional se coloca disponível para escutar o outro em sua singularidade, é possível “conhecer seu conhecimento” e encontrar, juntos, a melhor forma de conduzir a prática educativa (BARROZO; SANTOS, 2003)

Corroborando com estes autores Mandú (2004, p. 673) diz que

o diálogo constrói-se com base na escuta, na interpretação dos significados contextuais e subjetivos presentes nas manifestações, através de uma comunicação ampla, mediada pelas palavras, pelo tato, pelos gestos, pelo, olhar, enfim pelos sentidos.

Para este autor, escutar é ainda mostrar-se aberto à dimensão sócio-afetiva e cultural do usuário, permitindo a expressão de suas vivências, sentimentos e temores sobre o processo saúde-doença, seus determinantes, necessidades e possibilidades de solução.

- Subcategoria 3.2: **Importância do diálogo nas práticas educativas**

A importância do diálogo nas práticas educativas está fundamentada nos elementos de interação, vínculo e reciprocidade na fala e na escuta entre os indivíduos, dando ênfase à construção do entendimento, baseada na reciprocidade, na escuta.

[...] Diálogo é saber ouvir e falar o que é necessário. É importante, pois sem o diálogo não há uma ação educativa efetiva, apenas a apresentação de informações, que poderão ser esquecidas ou confundidas, o paciente pode até realizar as orientações mas não sabe por que ou para que. O dialogo busca valorizar os conhecimentos do paciente para a manutenção de sua saúde. [enfermeira 2]

Em uma das falas, o diálogo é considerado importante para as práticas educativas, pois estas se constroem a partir da escuta. Através da escuta, se tem acesso aos problemas vividos pelo indivíduo em seu conjunto e a identificação de particularidades de cada usuário. A caracterização do diálogo nesta fala é a de um processo que se fundamenta nas necessidades do usuário.

Dialogo, é fundamental na pratica educativa, é a partir do dialogo que tu vai estar esclarecendo as duvidas, vai passando as orientações e assim, vai poder ajudar o paciente. [enfermeira 5]

Para Freire (2005), o *diálogo* é uma exigência existencial. E, se ele é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar ideias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca de opiniões a serem consumidas pelos permutantes. Para isto, faz-se indispensável a valorização da cultura de cada indivíduo, suas características, seus hábitos.

Percebem-se a importância do diálogo acompanhado por uma abordagem cuidadosa, valorizando o outro em sua diversidade, neste momento são identificados os elementos que vão ser levados em consideração no momento de se estabelecer a relação com o usuário, definindo o tipo de linguagem a utilizar e os conteúdos apropriados a cada situação.

Não há diálogo sem haver amor ao mundo e aos homens, se não há humildade (FREIRE, 2005). Paulo Freire, em sua obra “Educação e mudança” (1983), enfatiza que o diálogo consiste em uma relação horizontal entre os sujeitos envolvidos neste processo; é originário de uma matriz crítica, e que este se sustenta de amor, humanidade, esperança, fé, confiança.

É importante por proporcionar a escuta. Não basta despejar uma série de informações de como devem ser feitas as ações para manter a saúde, controlar uma doença, sem saber como é a realidade e a cultura de cada paciente, para cada um deve ser realizado uma orientação específica de acordo com as necessidades de cada um. [enfermeira 4]

O diálogo é um instrumento indispensável para a construção do conhecimento sobre o usuário, suas condições de vida e saúde, e o modo como vive. Ou seja, é visto como parte do processo de aproximação e conhecimento entre o enfermeiro e o usuário.

Práticas educativas dirigidas a sujeitos autônomos diferenciam-se das propostas que supõem sujeitos passivos. Para isso, o diálogo nas práticas de educação em saúde deve se constituir com base, não se restringindo a defender tarefas técnicas com vistas

à regulação dos hábitos de vida. Necessita se dirigir ao conjunto das suas reais necessidades. E estas incluem não apenas a dimensão técnica, mas a dimensão prática.

Assim, o diálogo nas práticas educativas não se constitui apenas enquanto expressão de novas formas de relação com a população usuária. Implica em que essas relações se estabeleçam na busca de novos entendimentos sobre as propostas de organização do cuidado, as orientações, as prescrições, as indicações sobre comportamentos e ordenamentos cotidianos dos usuários. Implica, portanto, na possibilidade de se incorporarem projetos para a qualidade de vida, baseados na experiência de vida da população.

5.2 DISCUSSÃO ACERCA DOS RESULTADOS APREENDIDOS

Os resultados serão discutidos com base na pergunta condutora deste trabalho: “Qual a influência das práticas de educativas realizadas na atenção básica na Qualidade de Vida de pessoas com Hipertensão Arterial?”.

Buscou-se, portanto, analisar a importância das práticas educativas que são realizadas por enfermeiras das ESF junto a usuários do serviço de hipertensão para que estes venham a ter qualidade de vida, mesmo sendo portadores de uma doença crônica que exige do indivíduo uma mudança de hábitos, incluindo alimentação, práticas de exercícios físicos e uso diário de medicamentos.

Buscou-se, inicialmente, apreender as percepções dos usuários acerca da qualidade de vida e, em seguida analisar as práticas educativas em relação à concepção dialógica, visto que esta favorece a compreensão dos usuários sobre sua condição de saúde, tratamento e manutenção da saúde e qualidade de vida.

Foram explorados os conceitos de educação em saúde e qualidade de vida, as características das práticas educativas, assim como a percepção de enfermeiras em relação às suas possibilidades de realização enquanto práticas dialógicas.

As análises foram realizadas com base na educação popular de Paulo Freire e sua tradução para o campo da saúde, a educação em saúde, pela especificidade do

objeto – as práticas educativas – e por se constituir na referência central em relação à educação em saúde no cenário brasileiro (VASCONCELOS, 2002, p. 7).

Compreende-se que este aporte teórico contribui para a caracterização do diálogo nas práticas educativas, a partir da análise da relação entre as racionalidades presentes no contexto das prescrições e orientações realizadas pelas enfermeiras em seu processo de trabalho assistencial junto a usuários do serviço, seja em relação aos processos de validação dialógica ou das noções de êxito técnico e sucesso prático.

A análise dos resultados em relação ao conjunto dos eixos temáticos baseou-se na compreensão da educação em saúde segundo uma dupla perspectiva: como ação inerente às práticas de saúde – referindo-se às ações de orientação no contexto do trabalho de saúde, destinada à transmissão ou discussão de temas e conteúdos, com formas diferenciadas de participação dos usuários, como palestras, rodas de conversa, em reuniões e individualmente, durante as consultas – e, como essa atividade influencia a qualidade de vida de pessoas com hipertensão.

5.2.1 Análise dos dados a partir da técnica desenho-estória com tema

Ao buscar as percepções acerca de qualidade de vida, percebeu-se que cada um trás em si uma concepção, e que o estudo através da técnica de desenho-estória com tema, ainda que consista numa temática de grande complexidade, tanto do ponto de vista teórico quanto pela sua subjetividade, apresentou importante relevância, uma vez que contribuiu para uma melhor compreensão dos fenômenos que envolvem a vida pessoal.

Dessa forma, a partir do conhecimento da percepção da qualidade de vida, torna-se importante o desenvolvimento de estudos da percepção do cliente quanto ao impacto que a própria doença causa em suas vidas e que seus resultados possam servir de subsídios para implementação e otimização de serviços que venham colaborar com a melhoria da qualidade de vida.

Os seres humanos, em razão da sua individualidade, reagem de maneira muito particular aos acontecimentos da vida, inclusive em termos de possíveis doenças

psicossomáticas. Ao estudar o indivíduo através da técnica de desenho-estória com tema percebeu-se a existência de uma espécie de crivo através do qual os acontecimentos são percebidos pelo sujeito.

Essa sensibilidade subjetiva diante da vida exerce um efeito atenuante ou agravante aos eventos, efeito este que depende muito mais da própria personalidade que das circunstâncias. Isso define o modo de ser, de reagir, de enfrentar e de se adaptar as situações. Sendo assim, pode-se pensar que a elevação da pressão arterial diante de situações difíceis e estressantes, depende mais da avaliação pessoal que cada indivíduo faz da situação vivenciada do que da própria condição, objetivamente considerada.

Esse modo de avaliação da qualidade de vida sempre leva em consideração vários elementos, tais como a personalidade, a experiência vivida, as circunstâncias atuais e as normas culturais. É devido a esse aspecto multifatorial que uma determinada situação vivida pelo sujeito sofrerá um processamento interno, com avaliação do evento e sua possível ameaça, bem como a escolha da melhor maneira de enfrentamento resultando, em determinada resposta. Tanto os fatores constitucionais de personalidade quanto as experiências de vida papel relevante nesse sistema de avaliação.

A técnica de projeção permite realizar a colocação de uma experiência ou de uma percepção interna no mundo exterior. Logo, é o processo psicológico de se atribuir sentimentos, significados e anseios próprios aos objetos do ambiente e que o conteúdo da projeção pode ou não ser conhecido pelo sujeito como parte de si próprio. A linguagem do inconsciente é fundamentalmente imaginativa e simbólica, e emerge com bastante facilidade por meio dos desenhos. Tanto a linguagem simbólica quanto o desenho alcançam níveis íntimos da personalidade, permitindo o acesso ao mundo interno. Nesse sentido, a avaliação da percepção ou significados de hipertensos acerca de sua condição de saúde, através de desenhos, pode fornecer uma visão de sua forma de ver a vida, de perceber sua qualidade de vida.

A técnica projetiva possibilita o conhecimento sobre a história do sujeito, ajudando o profissional a interpretar, construir e reconstruir laços, relações, sentidos quanto à história daquele sujeito específico.

As referências à qualidade de vida podem indicar um avanço em direção à caracterização da educação em saúde a partir de uma visão ampliada dos determinantes da saúde e da doença e como intervenção que amplia o alcance das ações de saúde no sentido da melhoria da qualidade de vida.

As enfermeiras que trabalham com os usuários do serviço de hipertensão arterial, no Programa Saúde da Família, reúnem condições para acompanhar sua trajetória e evolução do paciente, em relação a sua doença. Portanto, podem promover reflexão sobre comportamentos e soluções e, desta forma, contribuir para aumentar a percepção da condição de saúde e a importância de seguir adequadamente as orientações, que devem ser desenvolvidas de acordo a necessidade, compreensão e possibilidade de resolução de cada indivíduo, visando a melhoria da qualidade de vida destes

5.2.2 Análise dos dados a partir das entrevistas semiestruturadas

A análise do conjunto dos eixos temáticos evidenciou a existência de concepções e características das práticas educativas relacionadas ao modelo tradicional, combinados a elementos do modelo dialógico. Do modelo tradicional, foram observadas: a transmissão do conhecimento, a persuasão e a racionalidade técnica, o referencial biomédico, assim como o predomínio da validação normativa na argumentação e a ênfase no sucesso técnico como norteador do propósito das práticas educativas. Aproxima-se, nesse sentido, ao modelo comportamental da promoção da saúde e baseia-se na responsabilidade individual sobre o adoecimento.

A esse respeito, Oliveira (2005, p. 425) relaciona o modelo tradicional de educação em saúde – que também chama de preventivo – a abordagens individualistas, que utilizam o enfoque de culpabilização da vítima e a ideia de difusão de novas pautas de comportamento que instruiriam de forma eficiente as pessoas em suas decisões individuais sobre sua saúde. A “ênfase no ‘individual’ acaba produzindo uma representação de ‘falta de saúde’ como uma falha moral da pessoa e um discurso que culpa a vítima pelo seu próprio infortúnio”.

Por outro lado, conceitos como troca de conhecimentos, referências à qualidade de vida, o papel de suporte emocional atribuído às orientações cotidianas, a busca e a valorização do estabelecimento do vínculo como base para a ação educativa, o reconhecimento da necessidade de conhecer os problemas da população, e propostas de ação intersetorial são elementos que aproximam a visão de educação em saúde dos sujeitos aos referenciais de uma prática educativa baseada nos princípios da pedagogia freireana e alinhada a correntes progressistas da promoção da saúde (ALBUQUERQUE, 2003; ALVES, 2004).

Quando se tratou dos limites e possibilidades para a realização das práticas educativas foi possível perceber o quanto ainda resta fazer para que as ações educativas nos micro espaços das Unidades de Saúde da Família tenham o seu lugar como atividade de promoção à saúde.

Esses limites passam pelas barreiras impostas ao profissional - como condições de trabalho, os problemas com a oferta de serviços e a excessiva demanda, as dificuldades quanto ao desenvolvimento de estratégias metodológicas, a busca do usuário por ações curativistas para o alívio imediato de suas queixas - e se constituem num entrave para o desenvolvimento da ação pedagógica efetiva.

Embora a abordagem individual do usuário seja reconhecida como espaço para as atividades educativas, na prática, os limites institucionais e dos profissionais reduzem as chances de concretização e da eficácia das mesmas, devido ao número de pessoas que aguardam atendimento e aos inúmeros relatórios diários, que precisam ser preenchidos durante as consultas, para alimentação dos sistemas de informação.

As ações educativas coletivas, no entanto, se constituem num espaço onde o usuário, encorajado pela presença do outro, pelas trocas afetivas que acontecem nesses encontros, pode compartilhar suas experiências, suas inquietações, seu saber, suas crenças, enfim as representações que permeiam seu cotidiano e o processo saúde-doença, além de compartilhar as diversas formas de enfrentamento dos problemas comuns, porém estes momentos de educação coletiva não são valorizados pela população, que geralmente não comparecem aos encontros que são agendados.

Nas definições construídas com base nos temas, a educação em saúde foi compreendida por ambos os grupos (usuários e enfermeiras) como ação destinada a

proporcionar informações com vistas à melhoria da qualidade de vida e da saúde e, com informações sobre comportamentos saudáveis e utilização dos serviços de saúde.

No entanto, as definições incluem uma abordagem baseada na adaptação dos comportamentos individuais, de acordo com as normas instituídas, sugerindo que não está superada a possibilidade do “conceito de qualidade de vida” ser apropriado como um conjunto de normas de vida que representem apenas “novos consumos em saúde” e a ênfase nos comportamentos e hábitos ainda remeter à responsabilização da população por suas condições de saúde (MARCONDES, 2004, p. 11).

Nesse sentido, as definições de educação em saúde se orientam como um modelo de promoção da saúde que se estrutura em função da perspectiva de uma abordagem em que predomina a concepção biomédica do processo saúde-doença, centrada nos serviços de saúde, em que sua utilização é de responsabilidade do usuário.

Estas formas de perceber o processo saúde-doença e as práticas de educação em saúde ocorre segundo as características do perfil profissional e do processo de trabalho que, se baseia numa relação mediada pelo ato da consulta, no espaço da unidade de saúde, e pela perspectiva de uma intervenção sobre o que é relatado como o motivo, o incômodo que levou o usuário a buscar o serviço. Essa intervenção se baseia em prescrições e orientações que a enfermeira espera que o usuário siga, onde o estímulo à autonomia tem o papel de dar suporte a esse processo.

Não houve menção, nas definições das enfermeiras entrevistadas, quanto ao diálogo como elemento característico das práticas educativas. Predomina, portanto, nas concepções de educação em saúde das enfermeiras, a perspectiva comportamental e de transmissão do conhecimento, a ênfase nas normas e no conhecimento técnico, ainda que os conteúdos mencionados nas definições incorporem uma perspectiva ampliada na abordagem da saúde e da doença.

Assim, o modelo que predomina nas definições de educação em saúde das enfermeiras entrevistadas lhes atribui o papel de persuadir a população usuária por meio da transmissão de informações específicas, em que o diálogo não se realiza enquanto troca intersubjetiva de saberes. Segundo a perspectiva freireana, o conceito de educação em saúde que se depreende das definições analisadas não se dirige a uma

perspectiva emancipadora, não se baseia na problematização, nem na construção compartilhada do conhecimento.

Percebe-se que as ações de promoção da saúde, orientadas por esta perspectiva da educação em saúde, tendem a limitar as propostas de transformação das condições de saúde da população a aspectos ligados à expressão biológica da saúde e da doença, priorizando temas ligados a ações preventivas voltadas para a mudança de comportamento e estilo de vida. (SICOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 103).

Nesse sentido, afasta-se da perspectiva emancipadora voltada à construção da autonomia dos usuários e à mudança dos condicionantes da saúde e da doença. Esses resultados são consistentes com os que foram relatados nas colocações das entrevistadas e observados no trabalho de campo, no que diz respeito às características da educação em saúde. Nas respostas das entrevistadas e na observação do cotidiano da unidade de saúde, as ações coletivas de educação em saúde foram escassas, predominando práticas educativas individuais, principalmente sob a forma de orientações em consultório.

A realização dessas práticas está prevista nas normas e diretrizes da ESF (BRASIL, 2007), especificamente no que diz respeito às ações de “coordenação e organização e/ou participação de grupos de educação para a saúde”, além do estímulo à participação e organização da comunidade, tanto no que diz respeito às ações de saúde como ao controle social e conquista de direitos de cidadania.

O processo de formulação das atividades educativas abordou as práticas coletivas, podendo ser descrito como vertical, de acordo com as colocações das enfermeiras e dos usuários, o que também foi verificado na observação do cotidiano da unidade. A programação de atividades educativas coletivas também ocorre por aumento na incidência de determinadas doenças e, com menor frequência, a partir de situações identificadas no cotidiano da equipe.

Freire (1987, p. 83-84) afirma que o diálogo se inicia quando o educador “se pergunta em torno do que vai dialogar” e que “o conteúdo programático da educação não é uma doação ou uma imposição – um conjunto de informes a ser depositado nos educandos –, mas a devolução organizada, sistematizada e acrescentada ao povo daqueles elementos que este lhe entregou de forma desestruturada.” Ou seja, “a partir

da situação dos sujeitos no mundo que se manifesta nas suas formas de agir, o que remete a práticas de educação em saúde construídas em conjunto.” Mesmo sendo inegável a necessidade de se incorporar o horizonte normativo nas práticas educativas, a possibilidade de se construírem novos modelos de educação em saúde passa pelo exercício dessa escuta sobre o que “desejam os usuários”.

O volume de trabalho, em grande parte, voltado ao atendimento da demanda assistencial, foi referido como um dos responsáveis pela pouca oferta de atividades educativas, por limitar a disponibilidade de tempo para a sua realização. A organização do processo de trabalho no contexto de um modelo de atenção exige a realização de atividades que se superpõem e sobrecarregam a equipe.

A observação da rotina da unidade mostra a persistência de características do modelo de atenção assistencial e de programas de saúde, a qual se expressa nas disputas por fichas de atendimento e na quantidade de usuários que se encaminham diariamente à unidade à procura de consultas, medicamentos, marcação de exames e consultas de especialidades, e procedimentos diversos.

É claro que estas atividades estão previstas no contexto do processo de trabalho da ESF, mas o predomínio das mesmas sobre as ações vinculadas à promoção da saúde, entre elas as práticas educativas, reflete um ordenamento do cotidiano do serviço que se revela limitante à implementação de novos formatos para as práticas de saúde e realização das atividades educativas.

Pode-se afirmar que essa dualidade entre as dimensões técnica e política, por outro lado, se estende à dinâmica do trabalho da equipe de saúde da família, especificamente no que diz respeito às ações de promoção da saúde e às atribuições relacionadas à organização e participação da comunidade. Ou seja, não se realiza a síntese necessária entre essas dimensões, predominando os saberes relativos à dimensão técnica. (SILVA; DALMASO, 2002).

As dificuldades relativas à concorrência entre o atendimento à demanda assistencial e a realização de atividades de educação em saúde também tem repercussões, ainda que menores, sobre as orientações individuais no contexto das consultas, decorrentes da pouca disponibilidade de tempo pela pressão da demanda,

que demonstra pressa em serem atendidos, se importando apenas com a verificação da pressão arterial e oferta dos medicamentos.

Da mesma forma, a realização das práticas coletivas de educação em saúde na rotina da unidade, aproveitando situações como a sala de espera, também se mostrou limitada, devido ao espaço físico inadequado e pela circulação constante de pessoas para as diversas atividades do serviço, o que faz com que interfere na atenção dos usuários que estão participando das práticas educativas na sala de espera.

Para Albuquerque e Stotz (2004), essas condições expressam a pouca prioridade atribuída à realização de ações de educação em saúde que atendam aos princípios da integralidade. Dessa forma, ficam comprometidas as possibilidades de encontros que permitam trocas e a construção coletiva de projetos com alcance mais amplo que o das orientações individuais.

A perspectiva compartilhada tende a se limitar aos encontros individuais, os quais, ainda que se constituam em uma dimensão importante das práticas educativas, no entanto estas não se dirigem à sistematização e construção participativa do conhecimento.

As sugestões para viabilizar a realização de atividades coletivas de educação em saúde, frente às limitações apontadas, referiram-se ao aumento da disponibilidade de tempo, através de rearranjos na rotina e no processo de trabalho da unidade, e a mudanças na infraestrutura, buscando-se a perspectiva de melhorias.

Quanto ao esvaziamento das práticas educativas coletivas, um elemento mencionado pelos usuários, foi a monotonia, devido à repetição dos temas e do tipo de atividade. Já as enfermeiras, ao se referirem ao esvaziamento das atividades educativas, atribuíram maior importância às preferências e ao contexto de vida dos usuários – limitando a sua disponibilidade de tempo para as atividades – à maior demanda por atendimento clínico, e ao acesso a informações através da mídia, como motivos para o não comparecimento da população.

Trabalhos como o de Rosso e Collet (1999) mencionam a percepção de desinteresse da população em participar das atividades educativas, por parte de enfermeiros. Esses se referem ao desinteresse como uma dificuldade à realização dessas atividades e levando ao desestímulo para sua implementação, mas não

mencionam uma análise dos motivos a partir das próprias práticas educativas, que mantêm um perfil tradicional.

As enfermeiras atribuem o êxito desta atividade à possibilidade de reorganizar a agenda, reservando-se tempo para preparo e realização das atividades de educação em saúde, possibilitando a utilização de abordagens e conteúdos diferenciados e com maior interação com os usuários. Percebemos que, a utilização de métodos mais participativos e de novos conteúdos revela que a disponibilidade de tempo para a realização das atividades de educação em saúde tem importante papel, e que a enfermagem, tem motivação e capacidade de utilizar de forma criativa recursos e conhecimentos.

As concepções de diálogo relatadas pelas enfermeiras entrevistadas caracterizaram-no como troca, interação, atenção, compreensão, relação entre pessoas, fala e escuta, remetendo à existência do outro, como condição de base para a sua realização. O diálogo também foi definido como uma condição propiciadora da construção do vínculo e da confiança. Apesar de definirem o diálogo enquanto troca, as enfermeiras descrevem a construção do diálogo com base em situações que se referem, em grande medida, ao modo como se dão as relações com os usuários do serviço de hipertensão.

Os relatos se dirigiram, na maioria das vezes, ao diálogo como parte da construção do conhecimento sobre o usuário, suas condições de vida e saúde, e o modo como se dão as dinâmicas no cotidiano dos usuários. Ou seja, o diálogo é visto como parte do processo de aproximação e conhecimento do usuário, mas não de escuta dos seus saberes com vistas à construção compartilhada de alternativas, não parecendo superado o seu uso para aprimorar formas de persuasão com base no que já foi definido como correto pelo serviço.

Retomando as referências à concepção dialógica – eixo teórico que orienta este estudo – de acordo com Freire, afirma que

o diálogo é este encontro entre os homens, mediatizados pelo mundo, para *pronunciá-lo*, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu. [...] se é dizendo a palavra com que, “*pronunciando*” o mundo, os homens o transformam, o diálogo se impõe como caminho segundo o qual os homens ganham significação enquanto homens (FREIRE, 2003 p. 78-79).

Nesse encontro, do ponto de vista da concepção dialógica, da educação popular em saúde, Acioli (2008, p. 119) afirma a necessidade de reconhecimento de outros saberes, o que “implica no respeito ao universo cultural dos participantes, e principalmente na ideia de saberes – popular e científico – pensados de forma dinâmica, ou seja, saberes em relação”.

Do ponto de vista das práticas educativas, em que os saberes podem ser vistos como mediações entre o saber técnico e o saber prático – ou entre normas e cotidiano da população – a ideia de interesse emancipatório aponta para a superação da prescrição de comportamentos ideais para ter saúde e qualidade de vida, norteado pelo enfoque biológico da saúde, substituindo-a pela efetiva incorporação de uma nova racionalidade, baseada na diversidade e no conjunto das experiências vividas pelo educando.

As práticas educativas dirigidas a sujeitos autônomos diferenciam-se das propostas que supõem sujeitos passivos, portadores das regularidades do discurso biomédico. Para isso, o diálogo nas práticas de educação em saúde passa a se constituir com base no que é diverso, não se restringindo a defender tarefas técnicas com vistas à regulação dos hábitos de vida e do cotidiano da população. Necessita se dirigir ao conjunto dos interesses que podem, de fato, ser compartilhados com os usuários – as suas reais necessidades.

Assim, o diálogo nas práticas educativas não se constitui apenas enquanto expressão de novas formas de relação com os usuários. Supõe em que essas relações se estabeleçam na busca de novos entendimentos sobre as propostas de organização do cuidado, as orientações, as prescrições, as indicações sobre comportamentos e ordenamentos cotidianos dos usuários. Implica, portanto, na possibilidade de se discutir não apenas a correção normativa das indicações, mas de se incorporarem distintos projetos de qualidade de vida, baseados na experiência de cada indivíduo.

Este processo envolve a construção das relações no âmbito das ações de saúde. A construção das alternativas de cuidado implica na abertura da perspectiva segundo a qual se lida com o cotidiano do serviço, o que traz como consequência a construção de práticas educativas em que a partir da escuta, ancorado na perspectiva do diálogo,

pode atuar na base das propostas de mudança de modo a trazê-las à expressão no cotidiano das práticas de saúde.

As possibilidades para a construção e realização de práticas educativas dialógicas surgem no encontro cotidiano, na valorização do vínculo e da confiança, na escuta atenta e sensível. A normatividade, a prescrição de condutas e a insistência nas recomendações orientadas pelo enfoque biomédico devem coexistir com o olhar e a abordagem de conteúdos relativos a dimensões ampliadas da saúde e da doença – especificamente aquelas ligadas ao contexto de vida do usuário com hipertensão.

O grande diálogo cotidiano, que é vivido no serviço, parece estar ausente quando se trata da possibilidade de ações educativas dirigidas à discussão das várias situações relatadas pelas enfermeiras. A predominância dos conteúdos normativos, baseados nas metas de programas, na prevenção de doenças e na regulação de comportamentos saudáveis e da utilização do serviço distancia-se da fusão de horizontes e da noção de sucesso prático que deveria nortear as práticas educativas na perspectiva da promoção da saúde enquanto proposta transformadora. Segundo o que traz a concepção dialógica de Paulo Freire, o conceito de educação em saúde que se depreende dos relatos e observações não se dirige a uma perspectiva emancipadora, não se baseia na problematização nem na construção compartilhada do conhecimento.

É dessa forma que deve-se desenvolver as práticas educativas, buscando utilizar o diálogo como base principal para esta atividade, favorecendo a percepção do profissional quanto as necessidades e possibilidades dos usuários, e permitindo uma melhor compreensão dos usuários quanto as suas necessidades de saúde, objetivando dessa forma, influenciar para a melhoria da qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial.

Capítulo VI

Considerações Finais

“Uma educação que procura desenvolver a tomada de consciência e a atitude crítica, graças a qual o homem escolhe e decide, liberta-o em lugar de submetê-lo” ...

Paulo Freire

A partir deste estudo, no qual se buscou analisar a contribuição das práticas educativas realizadas na atenção básica, na melhoria da Qualidade de Vida de pessoas com Hipertensão Arterial, identificou-se a necessidade de uma prática dialógica para o desenvolvimento dessas atividades, explorando aspectos que podem influenciar, positivamente, nessas ações de educação em saúde. Foi possível responder aos objetivos propostos e, explorar os aspectos que podem influenciar, positiva ou negativamente, nas ações de educação em saúde.

Ao buscar as percepções dos usuários dos serviços de hipertensão quanto a qualidade de vida, percebeu-se que estas são formadas por conteúdos adquiridos através das suas próprias experiências pessoais, suas vivências em sociedade, nas quais são contemplados os aspectos culturais. Dessa forma, as percepções de usuários com Hipertensão Arterial sobre Qualidade de Vida, que nos foram apresentadas, estão relacionadas à saúde, moradia e espiritualidade.

Percebe-se, assim, que a qualidade de vida está ligada ao impacto das condições de vida e saúde do usuário sobre sua capacidade de viver plenamente. A percepção dos usuários quanto à qualidade de vida relacionada à saúde, demonstrou a importância do tratamento da hipertensão para o bem estar destes indivíduos. O que indica que a concepção de qualidade de vida destes usuários está voltada para uma atenção biologicista, visto que tais percepções remetem apenas à possibilidade de ter atendimento de profissionais de saúde e disponibilidade de oferta de medicamentos para hipertensão.

Quanto às percepções de qualidade de vida, relacionada ao lar e convivência familiar é representada através do estabelecimento de uma necessidade de estar em contato direto com a família e em seu lar. A segurança de estar em um lar, para alguns dos sujeitos significa ter qualidade de vida, não considerando assim outras possibilidades para que tenha qualidade de vida.

A qualidade de vida objetivada na espiritualidade é representada através do estabelecimento de uma necessidade de estar em paz, em ter contato com alguma religião que sirva como um suporte, possibilitando um bem-estar interior. Estes usuários percebem sua qualidade de vida a partir de uma prática religiosa e consideram

a espiritualidade como fator principal para tal, pois acreditam que é a partir desta lhes será permitido ter diversas situações que conduzirão a uma qualidade de vida.

Verifica-se que a compreensão dos usuários e das enfermeiras acerca da importância das Práticas Educativas para a Qualidade de Vida diz respeito ao componente assistencial, às práticas focadas no modelo biomédico. Neste contexto, constata-se a inexistência de uma política e de um planejamento para o desenvolvimento das práticas educativas, e que estas ações realizadas ocorrem de forma fragmentada, como no modelo tradicional.

As concepções de educação em saúde e as características das práticas educativas, presentes nas colocações das entrevistadas e observadas no cotidiano da unidade, apontam para o predomínio de conceitos e práticas características do modelo tradicional, coexistindo com a busca de espaços para a implementação de novos formatos, com a valorização do vínculo e da confiança como elementos essenciais ao trabalho educativo, o que permite inferir, no que diz respeito à disposição das enfermeiras entrevistadas, a ter receptividade à realização de práticas dialógicas e participativas e ao desenvolvimento de projetos que visem à promoção da qualidade de vida dos usuários com hipertensão.

A pesquisa também proporcionou um olhar crítico a uma estratégia de saúde que parece operacional e apropriada, mas que, na prática, mal assegura assistência básica à comunidade. Neste contexto, identificou-se como dificuldades para a realização de práticas educativas, o predomínio da prática assistencial, voltado ao modelo médico-assistencial de base flexneriana, hegemônico; a falta de tempo das enfermeiras; e o interesse dos usuários a essa atividade.

As ações educativas, quando realizadas, se restringem à prescrição de mudanças de comportamentos individuais, conduta quanto ao que deve ou não ser feito. As unidades de saúde não atendem às demandas da população, possuindo uma estrutura física imprópria para a realização de práticas educativas. As enfermeiras encontram-se desmotivadas para atuarem com um modelo que objetiva mudança na forma de assistir o ser humano, principalmente, com referência às ações de promoção à saúde através de atividades educativas.

Estes fatores indicam uma necessidade de mudanças na organização do trabalho, de modo a constituir melhores condições para a realização de ações educativas baseadas no diálogo. E, dessa forma, superar a lacuna entre a proposta de atuação da equipe de saúde e a realidade do trabalho no cotidiano do serviço. Para que tais mudanças ocorram faz-se necessário, investimentos, na tentativa de mudanças na dinâmica dos serviços prestados.

Assim, os resultados apontam que a prática educativa para a qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial sofre influências culturais, de hábitos de vida, e do processo de trabalho no serviço que é oferecido, não cumprindo com os direcionamentos previstos para a realização da Educação em Saúde.

Reconhece-se, portanto, que não é fácil trabalhar processos educativos, visto que estes requerem mudanças de postura, de comportamento dos educadores e educandos, provocando um conhecimento significativo. Entende-se, também, que o conhecimento não é somente assimilar um saber, um conteúdo, mas que a idéia deve partir de algo, que deve ser transformado, repensado, adquirir um novo significado. Isso pode e deve ser feito em conjunto, mas cada um, individualmente, precisa contribuir com sua parcela de intelectualidade e de ação.

A ESF precisa por em prática seu diferencial no desenvolvimento das ações da atenção básica, buscando desencadear na prática processos de trabalho que garantam o cumprimento da integralidade e da humanização no atendimento.

Precisa-se, portanto, garantir a implantação e implementação de uma política de Educação em Saúde que utilize o diálogo de forma continuada e regionalizada, facilitando assim, as ações pertinentes à melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Percebe-se que a atenção voltada à pessoa com hipertensão precisa ser pautada em uma relação de humanização, através da perspectiva compreensiva do cuidado, bem como pelo estabelecimento de vínculos entre profissionais de saúde e usuários. A ampliação do olhar das enfermeiras sobre a importância das práticas educativas, da percepção do usuário com hipertensão como ser subjetivo poderá contribuir para uma nova perspectiva no que tange ao desenvolvimento de suas ações educativas. Nesta perspectiva, a capacitação das enfermeiras e demais profissionais de saúde para as práticas educativas poderá ser de grande auxílio para a promoção da saúde.

A construção de um novo horizonte na prática profissional de enfermeiros (as) voltada para as ações de educação em saúde não se dá apenas a partir das reflexões deste estudo, mas considera-se este como uma contribuição para o repensar dessa prática, que irá refletir de forma consubstanciada no ensino, pesquisa e extensão.

Em vias de finalizar, coloca-se como proposta de contribuição e retorno desta pesquisa a possibilidade de reflexão juntamente com os (as) enfermeiros (as) sobre suas práticas educativas e sobre novas abordagens em educação em saúde. Como probabilidade de novos estudos, considerando que no processo de educação em saúde a realidade, a necessidade e os conhecimentos dos usuários com hipertensão devem ser levadas em consideração, caberia tornar o hipertenso e sua família como atores sociais de pesquisas relacionadas às práticas educativas, já na perspectiva da importância da construção de uma rede social que promova, proteja e apoie as ações de cuidado a pessoas com hipertensão.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v.61, n.1, p.117-21, jan./fev. 2008.
- ADA, N. R. et al. Hipertensão arterial sistêmica secundária. **J. Bras. Nefrol**, v.32, supl.1, São Paulo, set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sc>>. Acesso em: 20 nov. 2011.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. **Encontro com a loucura**: transicionalidade e ensino de psicopatologia. Tese de Livre-Docência. Instituto de Patologia. USP, 1999.
- ALBUQUERQUE, P. C. de. **A educação popular em saúde no município de Recife – PE**: em busca da integralidade. 2003. Tese (Doutorado Interinstitucional de Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003.
- ALBUQUERQUE, P. C. de; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.8, n.15, p.259-74, maio/ago. 2004.
- ALMEIDA, J. F. de; FERREIRA, V. S. C. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde na produção do cuidado aos hipertensos na estratégia saúde da família. In: FRANCO, Túlio Batista; ANDRADE, Cristina Setenta; FERREIRA, Vitória Solange Coelho (Orgs.). **A produção subjetiva do cuidado**: cartografias da estratégia saúde da família. São Paulo: Hucitec, 2009.
- ALVES, V. S. Um Modelo de Educação em Saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p. 39-52, set. 2005.
- ANDRADE, L. O. M. de; BARRETO, I. C. de H. C.; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- ASSIS, M. **Promoção da Saúde e Envelhecimento**: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso. Rio de Janeiro: UERJ, 2004.
- ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v.15, n.1, p. 35-45, jan./mar., 2006.

AYRES, J. R. de C. M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Disponível em: <<http://www/hiperdia.datasus.gov.br>>. Acesso em: 23 dez. 2008.

BAHIA. Secretaria de Saúde. Instituto de Saúde Coletiva. Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família. **Manual para Treinamento Introdutório das Equipes de Saúde da Família**. Cadernos Técnicos, Salvador, n.2, 2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2010.

BARROSO, M. G. T.; FARIAS F. L. R. Abordagem transdisciplinar nas práticas educativas em saúde. In: BARROSO, M. G. T. e outros. (Orgs.) **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003.

BECK, C. L. C.; GONZALES, R. M. B.; LEOPARDI, M. T. Detalhamento da metodologia. In: LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

BEHRENS, M. A. **O paradigma emergente e a prática pedagógica**. Curitiba: Editora Universitária Champagnat, 1999.

BOERY, E. N. **Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer de Pulmão submetidos a Quimioterapia**. Salvador: Assembleia Legislativa da Bahia, 2008.

BORDENAVE, J. E. D. Alguns fatores pedagógicos. In: SANTANA J. P.; CASTRO, J. L. (Orgs.) **Capacitação em desenvolvimento de RH-CADRUH**, 261-268. MS. OPAS. Natal-RN: Editora da UFRN, 1999.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. Educação popular e saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Rev. APS**, v.8, n.1, p. 49-60, jan./jun. 2008.

_____. O Agente Comunitário de Saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. **Rev. APS**, v.12, n.4, out./dez. 2009.

BOWLING A. **La medida de la salud: revisión de las escalas de medida de la calidad de vida**. Barcelona: Masson, 1995.

BOWLING, A.; BRAZIER, J. Quality of life in social science and medicine Introduction. **Soc Sci Med**, v.41, p.1337-8, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília. 1986.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF: Diário Oficial da União, 1990a.

_____. **Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília-DF: Diário oficial da União, 1990b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Cadernos de Ética em Pesquisa**, Brasília, v.1, n.1, p. 34-42, jul. 1998.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. COSTA NETO, M. M. (org.). **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília (DF): MS; 2000.

_____. Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília (DF): MS, 2001a.

_____. Secretaria Executiva. **Programa saúde da família**. Brasília. Ministério da Saúde, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informativa do SUS **HiperDia - Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos**. Rio de Janeiro: 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde. v.4. Brasília, 2006b.

_____. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Núcleo Técnico da Política de Humanização. **Humaniza SUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Cadernos de educação popular e saúde**. Brasília-DF, 2007.

_____. **Carta de Ottawa**. Disponível em: <hppt://www.saude.gov.br/programas/promoção/ottawa.htm.2002>. Acesso em: 23 set. 2010a.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos**. Disponível em: <http://www.hiperdia.datasus.gov.br/>. Acesso em: 23 set. 2010d.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Colet.** v.5, n.11, p. 63-77, jan./jun. 2000.

CADE, Nágela Valadão. A teoria do déficit de autocuidado de Orem aplicada em hipertensas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2001, v.9, n.3, p. 43-50. ISSN 0104-1169.

CAMPOS, G. W. de S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de Atenção Básica**: Saúde ampliada e compartilhada. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 411p.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F.; Doenças Crônicas não Transmissíveis: Fatores de Risco e Repercussão na Qualidade de Vida. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v.33, n.4, p. 561-581. 2009.

CANAVARRO, M. C *et al*, **Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal**. *Psiquiatria Clínica*, 27(2), 2006.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CARVALHO, Yara Maria de; CECCIM, Ricardo Burg. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza, (org). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 149-180, 2005.

CARVALHO, Maria Alice Pessanha de. Construção compartilhada do conhecimento: análise da produção de material educativo. **Cadernos de educação popular e saúde**. Brasília-DF, 2007. p. 91-101 - (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CASTIEL, L. D.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. Educação em Saúde: da ortopedia moral à epidemiologia da desinformação. In: CASTIEL, L. D; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. **Precariedades do Excesso: informação e comunicação em saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CHAPLE, E. B. Sigerist y la medicina social occidental. **Rev. Cubana Salud Publica**, v.28, n.1, 2002.

CHIZOTTI, A. Pesquisa Qualitativa. In: **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CNES - **CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE**, 2011. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp>. Acesso em: 23 set. 2010.

COUTINHO, M. da P. de L. **Depressão infantil: uma abordagem psicossocial**. João Pessoa: Editora Universitária, 2001.

COUTINHO, M. P. L.; NÓBREGA, S. M.; CATÃO, M. F. F. M. Contribuições teórica-metodológicas acerca do uso dos instrumentos projetivos no campo das representações sociais. In: COUTINHO, M. P. L.; LIMA, A. S.; OLIVEIRA, F. B.; FORTUNATO, M. L.(Orgs). **Representações sociais: abordagem interdisciplinar**. João Pessoa: Editora universitária, UFPB, 2003. p. 50-66.

DANTAS, T. C. C.; TAHARA, A. T. S.; FERREIRA, S. L. A prática gerencial de enfermeiras em unidades básicas de saúde. **Rev. Baiana de Enfermagem**, v.14, n.1, p. 57-65. Salvador, 2010.

DE BIASI, L. S.; PEDRO, E. N. R. Vivências de aprendizagem do cuidado na formação da enfermeira. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2009, v.43, n.3, p. 506-511. ISSN 0080-6234.

DUARTE, J. R. S. Cuidando e educando o cliente idoso na perspectiva da cidadania. In SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (Org.) **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

EBRAHIM, S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. **Soc Sci Med**, v.41, n.10, p. 1383-1394, 1995.

FARQUHAR, M. **Elderly People`s definitions of quality of life**. Soc.Sci. MED., 1995.

FAVORETO, C. A. O. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005.

FAYERS, P. M.; MARCHIN, D. **Quality of life: assessment, analysis and interpretation**. Chichester. Wiley & Sons, 2000.

FERRAZ, M. B. Qualidade de vida: conceito e um breve histórico. **Rev. Jovem Médico**, v.4, p. 219-22. São Paulo, 1998.

FIGUEIREDO, P. P. et al. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.20, n.1, p. 235-259. 2010.

FLETCHER, A. Quality of life in the management of hypertension. **Clin. Exper Hypertension**, v.1, n.5-6. 1999.

FONSECA, A. A; COUTINHO, M. P. L. Depressão em adultos jovens: Representações Sociais dos estudantes de Psicologia. In: COUTINHO, M. P. L.; SALDANHA, A. A. W. (Orgs). **Representação social e práticas de pesquisa**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2005. p. 69-106.

FORTI, Neusa A.; FONSECA, Francisco A. et al. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose: Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. 2009, v.88, suppl.1, p. 2-19. ISSN 0066-782X.

FOUCAULT, Michel. **As malhas do poder**. Conferência pronunciada na Faculdade de Filosofia da UFBA. Salvador-BA, 2005.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e pratica da libertação**. 10. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1979.

_____. **Ação cultural para a liberdade**. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Pedagogia da esperança**. 14. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

_____. **A pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

_____. **Educação como pratica da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

_____. **A importância do ato de ler: em três artigos que se completam**. 43. ed. São Paulo: Cortês, 2002.

_____. **Educação e mudança**. 27. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 29. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

_____. **Fazer escola conhecendo a vida**. 9. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

_____. **A pedagogia do oprimido**. 45. ed. São Paulo: Paz e terra, 2007.

_____. **Pedagogia da Autonomia - Saberes Necessários à Prática Educativa**. 38. ed. São Paulo: Paz e terra, 2010.

GADOTTI, M. **Paulo Freire: uma biobibliografia**. São Paulo. Cortez: Instituto Paulo Freire. Brasília, DF: UNESCO, 1996.

GAIVA, M. Qualidade de vida e saúde. **Rev Enferm UERJ**, 1998, v.6, p. 377-82.

GAZZINELLI, M. F. e outros. Educação em saúde: conhecimento, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de janeiro, v.21, n.1, p. 200-206, jan./fev., 2005.

GORDON, N. J. Biodisponibilidade e bio-equivalencia de medicamentos. **Rev Bras Med**, 1991, v.38, n.4, p. 203-5.

GUIMARAES, F. P. de M.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Nutr.** [online]. 2002, v.15, n.1, p. 37-44.

HARTZ, Z. M. A.; CONTADRIOPOULOS, A. P. Do Quê ao Pra Quê da Meta-Avaliação em Saúde. In: HARTZ, Z. M. A. **Meta-avaliação da Atenção Básica à Saúde – teoria e prática**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

HEIDERMAN, I. T. B. **A Promoção da Saúde e a concepção dialógica de Freire:** possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família. 2006. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

HOLMES, S. Assessing the quality of life – reality or impossible dream? A discussion paper. **International journal of nursing studies**, v.42, n.4, p. 493-501, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>>. Acesso em: 15 out. 2010.

JEQUIÉ, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde, exercício 2006/2009**. Jequié, 2006.

_____. **Relatório anual de gestão 2008**. Jequié, 2009.

_____. **Relatório do departamento de atenção básica**. Jequié-BA, 2010.

KAPLAN, R. M. Quality of life, resource allocation, and the U.S. Health-care crisis. In: DIMSDALE, J. E.; BAUM, A. **Quality of life in behavioral medicine research**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. p. 3-30, 1995.

KIMURA, M. **Tradução para o português e validação do “Quality of life index”, de Ferrans e Powers**. Tese (livre docência). São Paulo, 1999.

L'ABBATE. S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cad. Saúde Pública**, 1994, v.10, n.4, p. 481-490.

LAROCCA. L. M. **O agir comunicativo na sala de vacinas:** saberes e fazeres necessários á prática de Enfermagem. 2000. 102f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 2000.

LESSA I. **Adulto brasileiro e as doenças da modernidade:** epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: Hucitec, 1998.

LEVY, S. N. e outros. **Educação em Saúde:** histórico, conceitos e propostas. Brasília: Ministério da Saúde. 2003. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/csn/temas/educacao/saude/educacaosaude>>. Acesso em: 30 jul. 2011.

LIBÂNEO, J. C. **Didática:** prática educativa, pedagogia e didática. 16. reimp. São Paulo: Cortez, 1994.

LIBERMAN, A. Aspectos epidemiológicos e o impacto clínico da hipertensão no indivíduo idoso. **Rev Bras Hipertens**, 2007, v.14, n.1, p. 17-20.

LIMA, J. de C. **História das Lutas Sociais por Saúde no Brasil**. Issn: 1808-799X, ano 4, n.4, 2006, p. 1-33. Disponível em: <file://C:\Documents and Settings\Administrador\Meus documentos\Minhas Webs\NED>. Acesso em: 5 set. 2011.

LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: FINKELMAN, J. (Org.) **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 22-106.

LIMA, V. L. P. G. **Promoción de la Salud, Educación para la Salud y Comunicación Social en Salud**: especificidades, interfaces, intersecciones. Disponível em <<http://openlink.br.inter.net/vllima.orka/xiconf.htm>> Acesso em: 04 jul. 2005.

MACHADO, M. de F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.335-342, mar./abr. 2003.

_____. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v 12, n 2, p. 335-342, mar./abr. 2007.

MANDÚ, E. N. T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, v.12, n.4, Ribeirão Preto, jul./ago. 2004.

MARCONDES, W. B. A Convergência de referências na Promoção da Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n.1, p.5-13, jan./abr. 2004.

MARCONDES, W. B. Multiculturalidade, autonomia e participação popular na promoção da saúde. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL PAULO FREIRE, 5, 2005.

MARTINS, L. S.; FRANÇA, A. P. D.; KAMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev. Latino-Americano de Enfermagem**, v.4, n.3, p.5-18. Ribeirão Preto, 1996.

MEEBERG, G. A. Quality of life: a concept analysis. **J. Adv. Nursing**. 1993.

MELO, E. M. et al. A organização da Atenção Básica em municípios integrantes do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família em Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, sup. 1, p.29-41. 2008.

MENDONÇA, R. H. F. et al. Qualidade de vida em pacientes com retinopatia diabética proliferativa. **Rev. Brasileira de Oftalmologia**. [online]. 2008, v.67, n.4, p. 177-183.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2000.

_____. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2008.

MINAYO, M. C. de S.; HARTZ, Z. M.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: em debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2010.

MONTEIRO, R. *et al.* Qualidade de vida em foco. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**; 25(4): 568-574. 2010.

MORRIS, J.; PEREZ, D.; MCNOE, B. The use of quality of life data in clinical practice. **Qual Life Res**, n.7:85-91. 1998.

NASCIMENTO, M. S. **Prática da enfermeira no programa de saúde da família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2003.

NASCIMENTO, M. A. A.; MISHIMA, S. M. **Enfermagem e o cuidar: construindo uma prática de relações**. Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 2, p.12-15, 01 jun. 2004.

NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas, SP: Alínea: 2007, p. 13-60.

NERY, A. A. **Necessidades de saúde na estratégia de saúde da família no município de Jequié-BA: em busca de uma tradução**. 2006. 153f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2006.

NORDENFELT, L. **Concepts and measurement of quality of life in health care**. Kluwer Academic Publishers. 1994.

NUNES, C.A. **Processo de trabalho em saúde**: texto de apoio utilizado no treinamento introdutório das equipes de saúde da família. Pólo de Capacitação, Salvador, 2006.

OLESON, M. Subjectively perceived quality of life. Image. **J. Nurs. Ssc**, v.22, n.3. 1990.

OLIVEIRA, D. L. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, v.13, n.3, p.423-31, maio/jun. 2005.

OLIVEIRA, J. M. A. M. **Educação em saúde**: uma realidade nas unidades de saúde da família? 2008. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Educação, Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná. 2008.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**, 1978. [aprovada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/promoçãoalma.htm>>. Acesso em: 27 jun. 2010.

OMS ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996.

OMS/UNICEF. **Cuidados Primários de Saúde**. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários. Alma-Ata, URSS: 6-12, Set., 1979.

OMS. **Carta de Ottawa**, 1986 [aprovada na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/promoçãoalma.htm>>. Acesso em: 27 jun. 2010.

PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L.; TEIXEIRA, C. F. (Org.). SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.) **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador: ISC, 2002.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância à saúde. In ROUQUAIROL, M. Z. ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2005.

PAIVA, V. **História da Educação Popular no Brasil**: educação popular e educação de adultos. 6. ed. São Paulo: Loyola, 2003.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.5, 2006.

PEREIRA, G. S. **O profissional de saúde e a educação em saúde**: representações de uma prática. 1993. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2005.

PINOTTI, S.; MANTOVANI, M.; GIACOMOZZI, L. M. Percepção sobre a Hipertensão Arterial e Qualidade de Vida: Contribuição para o Cuidado de Enfermagem. **Cogitare Enferm**, v.13, n.4, p.526-34, Out./Dez., 2008.

RODRIGUES-NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2010, v.63, n.1, ISSN 0034-7167.

ROSSO, C. F. W.; COLLET, N. Os enfermeiros e a prática de educação em saúde em município do interior paranaense. **Rev. Eletrônica de Enfermagem** (online), Goiânia, v.1, n.1, out./dez. 1999. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 30 ago. 2008.

SANTANA, I. O.; COUTINHO, M. P. L. Representações Sociais da depressão: idosos em contexto institucional. In: COUTINHO, M. P. L.; SALDANHA, A. A. W. (Orgs). **Representação social e práticas de pesquisa**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB. p. 107-134, 2005.

SANTOS, A. M. dos; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática da saúde bucal no programa saúde da família de Alagoinhas – BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 53-61, 2008.

SANTOS, N. T. V. **Programa de Saúde da Família**: uma contribuição à análise de seus princípios e prática. 2005. Dissertação (Mestrado). Doutorado em Saúde Pública. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2005.

SANTOS, Z. M. de S. A.; LIMA, H. de P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2008, v.17, n.1, p. 90-97. ISSN 0104-0707

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2004.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. O financiamento da Saúde no Brasil. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. (Orgs). **Políticas de Saúde**: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 195-225.

SERVO, M.L. S. **Supervisão em enfermagem**: o (re)velado de uma práxis. Feira de Santana-Bahia: Universidade Estadual de Feira de Santana, Grafimort, 2001.

SETIEN, M. L. **Indicadores sociales de calidad de via:** Um sistema de medicion aplicado al pais vasco. Madrid: Centro de investigaciones sociológicas, 1993.

SICOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.7, n.12, p.101-122, 2003.

SILVA, C. R. O. **Metodologia e organização do projeto de pesquisa.** Fortaleza: CEFET, 2004.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O Agente Comunitário de Saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.6, n.10, p. 75-96, fev. 2002.

SILVA JÚNIOR, A.G. e MASCARENHAS M.T.M. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 2. Ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005.

SICOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.7, n.12, p.101-122, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. In: IV **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial** [relatório], fev. 1-3; Campos do Jordão, Brasil, 2002.

STEWART, M. et al. Avaliação da qualidade de vida após septoplastia em pacientes com obstrução nasal. **Braz. J. otorhinolaryngol.**, São Paulo, jun. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942012000300011&lng=p t&nrm=iso>. Acesso em: 30 jun. 2011.

STOTZ, E. N. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.2, p. 5-19, maio/ago. 2004.

STRECK, E. et al. Comparação do treinamento físico de quatro e oito semanas sobre atividade da cadeia transportadora de elétrons e marcadores de estresse oxidativo em fígado de camundongos. **Rev Bras Med Esporte** [online]. 2002, v.16, n.2, p. 126-129. ISSN 1517-8692.

STRECK E.; REDDIN, E.; ZIRKOSKY, J. Resistência passiva: primeiras experiências de estudantes. **Women Birth**, v.20, n.2, p.71-6, Jun. 2005.

TEIXEIRA, C. F. **Modelo de Atenção à Saúde – Promoção, Vigilância e Saúde da Família**. Salvador: Edufba, 2006.

TEIXEIRA, M. B. **Adesão ao Tratamento farmacológico da HAS e seus determinantes em pacientes de ambulatório**. Fortaleza. Universidade Federal do Ceará, 2009.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. de C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2007, v.16, n.2, p. 233-238. ISSN 0104-0707.

TRAVERSO-YEPEZ, M.; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: por uma humanização do atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.80-88, jan./fev. 2004.

TRENTINI C.; YMIRACY, E. Qualidade de vida em idosos: conceituação e investigação. In: NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de vida na velhice**: enfoque multidisciplinar. Campinas, SP: Alínea, 1996. p. 61-82.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2009.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, Sobral: Uva, 2001.

_____. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67- 83, 2004.

VAZQUEZ NAVARRETE, M. L. et al. **Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicadas em saúde**. Recife: IMIP, 2009.

V DBHA – **V DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL**. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2006.

VILA, A. C. D.; VILA, V. da S. C. Tendências da produção do conhecimento na educação em saúde no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.6, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692007000600019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Cuidados Inovadores para Condições Crônicas**: componentes estruturais de ação: Relatório Mundial. Brasília, 1986.

Apêndices

APÊNDICE A: Instrumento de Coleta



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE PÚBLICA

INSTRUMENTO DE COLETA

**INFLUENCIA DAS AÇÕES EDUCATIVAS NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

**Roteiro para oficina de *Desenho-Estória com Tema* junto a usuários com
Hipertensão Arterial**

1. Faça um desenho que indique sua percepção sobre qualidade de vida:
2. Conte uma historia com inicio, meio e fim, sobre o desenho que você produziu:
3. Dê um titulo a essa historia:

APÊNDICE B: Instrumento de Coleta



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE PÚBLICA

INSTRUMENTO DE COLETA**INFLUENCIA DAS AÇÕES EDUCATIVAS NA QUALIDADE DE VIDA DE
PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL****Roteiro para Entrevista Semi-Estruturada com usuários com Hipertensão Arterial**

Nome fictício _____
USF _____

1. Caracterização do (a) entrevistado (a):

Idade: _____. Sexo: _____.
Escolaridade: _____. Profissão/Ocupação: _____.
Há quanto tempo está cadastrado nesta unidade? _____

2. Questionamentos:

- 1- O que o (a) Sr. (a) compreende como ações educativas em saúde?
- 2- O (A) Sr. (a) participa das atividades educativas realizadas na USF? Quais?
- 3- O (A) Sr. (a) tem alguma dificuldade para colocar em prática as orientações recebidas nas ações educativas?
- 4- Que contribuições o (a) Sr. (a) considera ter recebido através das ações educativas para a melhoria da sua qualidade de vida (enquanto hipertenso)?

APÊNDICE C: Instrumento de Coleta



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE PÚBLICA

INSTRUMENTO DE COLETA

**INFLUENCIA DAS AÇÕES EDUCATIVAS NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Roteiro para Entrevista Semi-Estruturada com Enfermeiros**Dados de identificação**

- a) Nome fictício: _____
- b) Idade: _____ Sexo: F () M ()
- c) Tempo de formação: _____ Tempo de trabalho: _____
- d) Pós-graduação: Sim () Não ()
- e) Tipo: () Lato Sensu () Stricto Sensu
Em que: _____
- f) Quantos trabalhos possui? _____
- g) Participou do treinamento introdutório (Saúde da Família): () Sim () Não
- h) Participou de alguma capacitação pedagógica? () Sim () Não. Qual (is): _____
- i) Nome da unidade que trabalha _____

2. Questionamentos:

1. Você desenvolve ações educativas em saúde junto a comunidade? Qual (is)?
2. Dentro da sua prática educativa quais orientações você considera mais importantes para os usuários com hipertensão arterial?
3. Quais as contribuições das ações educativas para a qualidade de vida de usuários com hipertensão arterial?
4. Qual sua concepção sobre Diálogo? Qual a importância do diálogo na prática educativa?
5. Cite e justifique as dificuldades e as possibilidades para a implementação de ações educativas na **perspectiva dialógica** para qualidade de vida junto ao usuário com Hipertensão Arterial:

APÊNDICE D: Instrumento de Coleta



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE PÚBLICA

INSTRUMENTO DE COLETA**INFLUENCIA DAS AÇÕES EDUCATIVAS NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL****Roteiro para Observação Sistemática**

Nome da unidade _____

➤ Aspectos a serem identificados na Observação Sistemática:

1. Descrição da estrutura física da USF e do local para realização da educação em saúde:
2. Possui sala de reuniões adequada para trabalhos educativos: Sim () Não ()
3. A semana típica e os horários reservados para a educação em saúde:
Sim () Não ()
4. Como são realizadas as ações educativas na unidade de saúde da família:
5. Há um plano de ação para a realização das ações educativas junto ao usuário com Hipertensão Arterial:
6. Como se dá a dialogicidade entre usuários com hipertensão e enfermeiro/ equipe durante a realização das ações educativas:

APÊNDICE E: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) **PESQUISAS COM SERES HUMANOS**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a) da pesquisa **Influência das Ações Educativas na Qualidade de Vida de Pessoas com Hipertensão Arterial** pelos pesquisadores responsáveis Valeria Aves da Silva Nery, sob orientação da Profª Drª Rita Narriman Silva de Oliveira Boery e Co-orientação da Profª Drª Ana Cristina Santos Duarte, do curso de Mestrado em Enfermagem e Saúde do Departamento de Saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - Campus de Jequié.

1. Justificativa e Objetivos: Este estudo tem como perspectiva, analisar as ações educativas voltadas para o portador de hipertensão, desenvolvidas na Atenção Básica em Saúde no Município de Jequié, visando à melhoria do atendimento populacional e, conseqüentemente, à qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde. Tem como **Objetivo Geral:** Analisar a influencia das praticas educativas para a Qualidade de Vida de pessoas com Hipertensão Arterial. **Objetivos Específicos:** Apreender as percepções de usuários com Hipertensão Arterial sobre qualidade de vida. Verificar a compreensão dos usuários e dos enfermeiros acerca da importância das práticas educativas para a qualidade de vida de pessoas com hipertensão. Identificar as possibilidades e as dificuldades para a realização de práticas educativas.

2. Procedimentos: Utilizaremos como técnicas de coleta de dados: a entrevista semi-estruturada através de questionários junto aos enfermeiros assistenciais da atenção básica e usuários do serviço de hipertensão, técnica de desenho-estória com tema junto aos usuários do serviço de hipertensão e a observação sistemática quanto a estrutura da unidade básica de saúde e ao serviço de atenção a hipertensão.

3. Desconfortos e riscos: Esta pesquisa prevê risco mínimo aos sujeitos, pois toda pesquisa implica em algum risco aos sujeitos. Desse modo, considerando que a pesquisa terá como instrumento de investigação a entrevista semi-estruturada, sendo esta uma técnica de coleta que não possibilita maiores riscos aos sujeitos, concluímos que esta é considerada de risco mínimo. Na ocorrência de algum desconforto os pesquisadores se responsabilizam em saná-los.

4. Benefícios: Os benefícios da pesquisa dar-se-á pela possibilidade de contribuição da mesma para a compreensão das ações educativas presentes nas relações que se estabelecem na Atenção Básica em Saúde no Município de Jequié-BA e suas comunidades de referência, na construção de saberes e práticas ao desenvolverem trabalhos conjuntos para a transformação social, e também, a possibilidade de contribuir para a formação acadêmica da área de saúde. Contribuindo para que haja reflexões acerca do processo de educação em saúde, a partir da hipertensão arterial, proporcionando uma melhor qualidade de vida.

5. Acompanhamento assistencial: Os voluntários terão acesso ao nome, a números de telefone e e-mail dos responsáveis pela pesquisa. Estando o pesquisador a disposição dos voluntários para prestar eventuais informações ao voluntário e deverá ser contatado na eventualidade de um dano relacionado à pesquisa. Os voluntários devem ter a garantia de receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com a pesquisa. Nos comprometemos então em garantir os esclarecimentos necessários aos sujeitos da pesquisa em qualquer momento em que formos solicitados.

6. Ressarcimento: Os sujeitos não receberão qualquer valor e também não terá qualquer despesa por participar da pesquisa. Caso haja gastos adicionais estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Assim, a participação dos sujeitos da pesquisa no projeto é voluntária e livre de qualquer forma de remuneração e que o mesmo pode retirar seu consentimento em participar da pesquisa a qualquer momento.

7. Liberdade de recusar ou retirar o consentimento: O sujeito da pesquisa poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer tempo, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e tratamento. Os pesquisadores terão o compromisso de proporcionar informação atualizada, obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a vontade do indivíduo em continuar participando da pesquisa.

8. Confidencialidade e privacidade: Durante a realização da pesquisa buscaremos cumprir com caráter confidencial e sigilo das informações, assegurando o anonimato, zelando pela privacidade do sujeito da pesquisa e garantindo que sua identificação não será exposta nas conclusões ou publicações. Dessa forma, os dados obtidos a partir dos sujeitos da pesquisa serão usados exclusivamente para fins previstos no protocolo e/ou no consentimento.

Termo de consentimento livre, após esclarecimento

Eu, _____, aceito livremente participar do estudo intitulado “Influencia das Ações Educativas na Qualidade de Vida de Pessoas com Hipertensão Arterial” desenvolvido pelas pesquisadoras Valeria Aves da Silva Nery, Profª Drª Rita Narriman Silva de Oliveira Boery e Profª Drª Ana Cristina Santos Duarte, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Nome da Participante _____

COMPROMISSO DA PESQUISADORA

Eu discuti as questões acima apresentadas com cada participante do estudo. É minha opinião que cada indivíduo entenda os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

_____, Jequié, Data: __/__/__

Assinatura da Pesquisadora

Para maiores informações, pode entrar em contato com:

Valeria Alves da Silva Nery

Avenida José Moreira Sobrinho, S/N

Jequiezinho – Jequié

Tel: 3528-9738

Anexo

ANEXO A: Ofício do CEP/UESB



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

Jequié, 15 de julho de 2011

Of. CEP/UESB 224/2011

Ilma. Sra.

Valéria Alves da Silva Nery

Mestrado em Enfermagem e Saúde – PPGES/UESB

Prezada Senhora,

Comunicamos a V. S^a que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

Protocolo nº: **098/2011**

CAAE: **0078.0.454.000-11**


Projeto: **IMPACTO DAS AÇÕES EDUCATIVAS DA ATENÇÃO BÁSICA
NA QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Pesquisadores: **Valéria Alves da Silva Nery (mestranda)**

Profa. Rita Narriman S. de Oliveira Boery (orientadora)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,


Profa. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB