

Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC
Coordenação de Pós-Graduação
Mestrado em Educação e Sociedade

**PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: fatores relativos à
adesão ao trabalho de educação em saúde**

Kátia Regina Milagres

Barbacena - MG
2008

Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC
Coordenação de Pós-Graduação
Mestrado em Educação e Sociedade

**PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: fatores relativos à
adesão ao trabalho de educação em saúde**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Educação e Sociedade da Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC) como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação.
Linha de Pesquisa – Educação e Saúde: aspectos preventivos e intervencionistas.
Orientadora: Professora Doutora Regina Célia Pereira Campos

Barbacena - MG

2008

Agradecimentos

Aos portadores de hipertensão arterial, que me acolheram e me deram a oportunidade de conhecê-los um pouco mais.

À Equipe do Programa de Saúde da Família, que durante sete anos foram uma verdadeira família em parceria e amizade.

Às amigas e companheiras da Secretaria de Saúde, Centro de Saúde e Farmácia que participaram como co-autoras deste projeto tão integrado em meu dia-a-dia.

Ao Prefeito de Queluzito, Nilton Rodrigues de Albuquerque e ao Secretário de Saúde, Danilo Rodrigues de Albuquerque, por não medirem esforços para me ajudar a realizar essa pesquisa.

Às amigas de jornada e conquistadas nesta trajetória de idas e vindas, que direta ou indiretamente contribuíram com o incentivo e troca de experiências.

À Doutora e amiga Lídia Santos Soares, por me incentivar desde o início a prosseguir com meus objetivos.

Ao Doutor Sebastião Rogério Góis Moreira, pela competência e profissionalismo na coordenação do Mestrado em Educação e Sociedade da UNIPAC – Barbacena.

À Doutora Regina Célia Pereira Campos, que, com entusiasmo, competência e profissionalismo construiu comigo esta dissertação.

Aos meus pais, irmãos, sobrinhos e cunhados por mais uma vez dividirem comigo toda a satisfação de um trabalho construído.

Á DEUS, por fazer de cada momento, um momento especial.

O homem é um ser-no-mundo. Ele não é, primeiro, e depois é no mundo. Ser no mundo já é constituinte de seu ser. Homem.

Terezinha Azeredo Rios

RESUMO

O presente trabalho tem como tema a participação de pacientes hipertensos cadastrados no Programa Saúde da Família – PSF do município de Queluzito-MG, no grupo de educação e saúde. O contexto referente à hipertensão arterial no município de Queluzito-MG reflete o seguinte quadro: município situado na região do Alto Paraopeba - Minas Gerais, com uma população de 2068 habitantes. No Programa Saúde da Família, estão cadastradas 586 famílias, totalizando 2068 pessoas. Dessas, 323 são portadoras de hipertensão arterial, o que equivale a um percentual de hipertensos de 15,62% da população adulta entre 20 e 60 anos, dados semelhantes aos preconizados pelo Ministério da Saúde. Como parte das ações de saúde do município, são realizados grupos de educação e saúde visando contribuir para melhoria da qualidade de vida de seus usuários. O objetivo desta pesquisa foi identificar os fatores que contribuem e/ou prejudicam a participação de pacientes hipertensos no grupo de educação em saúde e conhecer as variáveis sócio-demográficas e psicossociais que afetam e/ou interferem na adesão ao grupo de Educação em Saúde. A pesquisa desenvolvida teve sua aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC/Barbacena. A metodologia da pesquisa desenvolvida priorizou a abordagem com ênfase no modelo quantitativo. A coleta de dados consistiu na aplicação de um questionário em dois grupos de hipertensos: (1) grupo de hipertensos que freqüentam o grupo de educação em saúde e, (2) grupo de hipertensos que, apesar de estarem cadastrados, não freqüentam as atividades de educação e saúde. Os resultados apontam que ocorre uma correlação significativa entre a adesão ao tratamento e os efeitos do tratamento na saúde. Os paciente hipertensos do grupo 1 apresentam interesse e preocupação com seu estado de saúde, percebem a gravidade da hipertensão arterial, a necessidade de se informar sobre a doença e seus fatores de risco e de realizar atividades físicas regularmente. À adesão ao grupo de educação e saúde é facilitada pelo tempo de hipertensão, visto que são indivíduos mais idosos e com maior tempo de diagnóstico que participam do grupo. Entre os fatores que dificultam a adesão foram citados pelos pacientes hipertensos do grupo 2, a dificuldade de acesso e problemas de horário devido ao trabalho nos horários das atividades do grupo. Observou-se que o grupo 2 realiza apenas o tratamento medicamentoso como única forma de tratamento para a patologia.

Palavras-chave: hipertensão arterial, educação em saúde, adesão, participação social.

ABSTRACT

The present study's theme is the participation of hypertensive patients registered in the "Programa de Saúde da Família" – PSF (Family Health Program) from Queluzito City, MG state, in the Education and Health Group. The context regarding the arterial hypertension in Queluzito pictures the following reality: a two-thousand-sixty-eight-inhabitant town, located in the Alto Paraopeba region. In the family Health Program (PSF), 586 families are registered, numbering 2068 people. Among these, 323 have arterial hypertension, which shows a percentage of 15,62% of the adult population between 20 and 60 years old. This number of arterial hypertensive people is similar to the number recommended by the Health Ministry. As a part of the town's health actions, groups of Education and Health are formed, aiming at improving the community's quality of life. The aim of this research was to identify the factors which contribute and/or harm the participation of hypertensive patients in the group of Health Education, and to know the social-demographic and psychosocial variables which affect and/or interfere with the enrollment for the group of Health Education. The research developed was approved by the Ethic and research Committee of the Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC/Barbacena. The methodology of the research prioritized the Quantitative approach. The data collect consisted of the use of a questionnaire with two groups of hypertensive people: (1) group of hypertensive who attend the Health Education group and, (2) group of hypertensive who, though being enrolled, don't attend the activities of the group. It was applied 40 questionnaire with 20 hypertensive each one group, being 32 of the female sex and 8 of the male sex, both on age group from 20 to 60 years or more. The results show that happens significant correlation between the application to the treatment and its results in the health. The hypertensive patients of the group 1 show interest and preoccupation with their condition of health, they understand the arterial hypertension the need of know about the disease and its dangerous factors and of the need to practice exercise frequently. The application on education and health groups is make easy for hypertension time, just that are people older and with more diagnostic time that participate of the group. Among the factors that difficult application were present by the hypertensive patients of the group 2, the difficult of the access and time problems because of the works hours in the same group activities hours. Observed that group 2 do only medicamental treatment as only form of the treatment for the diseases.

Key-words: arterial hypertension, health education, application, social participation.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

SUS – Sistema nico de Saúde

MS – Ministério da Saúde

NOB – Normas e Operações Básicas

PSF – Programa Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1	Faixa Etária	52
GRÁFICO 2	Sexo 1.....	53
GRÁFICO 3	Sexo 2.....	53
GRÁFICO 4	Grau de Instrução	54
GRÁFICO 5	Tempo de Hipertensão.....	55
GRÁFICO 6	Casos de Pressão Alta na Família.....	56
GRÁFICO 7	Hábito de Fumar.....	57
GRÁFICO 8	Hábito de Beber.....	57
GRÁFICO 9	Falta de Atividade Física.....	58
GRÁFICO 10	Sobrepeso/Obesidade.....	59
GRÁFICO 11	Esses fatores contuam presentes 1.....	60
GRÁFICO 12	Esses fatores continuam presentes 2.....	60
GRÁFICO 13	Tratamento Atual.....	61
GRÁFICO 14	Efeitos do Tratamento na Saúde.....	62
GRÁFICO 15	Fazer a dieta	63
GRÁFICO 16	Lembrar de tomar o remédio na hora certa	64
GRÁFICO 17	Fazer exercício físico.....	64
GRÁFICO 18	Vir ao serviço de saúde.....	65
GRÁFICO 19	O que o impede de frequentar o grupo.....	66

SUMÁRIO

1 -	
INTRODUÇÃO.....	13
2 - A HIPERTENSÃO ARTERIAL NO CONTEXTO	
DA SAÚDE PÚBLICA	18
2.1 - A Hipertensão Arterial: uma natureza multifatorial.....	18
2.2 - O Programa Saúde da Família no processo de democratização do Sistema Único de Saúde - SUS.....	21
2.3 - A Promoção da Saúde e Participação Social.....	25
3 - A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS SERVIÇOS	33
DE	
SAÚDE.....	
4 - QUALIDADE DE VIDA: A SUBJETIVIDADE	
DO PACIENTE.....	41
5 -	
OBJETIVOS.....	48
5.1 - Objetivo	
Geral.....	48
5.2 - Objetivos Específicos.....	48
6 -	
METODOLOGIA.....	49
6.1 - Lócus da pesquisa.....	49
6.1.1 - Participantes.....	50
6.1.2 - Material e Instrumento.....	50
6.1.3 - Procedimentos.....	51
6.2 - Análise dos	
Dados.....	51
6.2.1 - Variáveis Sócio-Demográficas.....	53
6.2.1.1 - Faixa	
Etária.....	53
6.2.1.2 -	
Sexo.....	54
6.2.1.3 - Grau de Instrução.....	55
6.2.1.4 - Tempo de Hipertensão.....	55
6.3 - Outras Variáveis.....	56

6.3.1 - O Conhecimento sobre a Hipertensão Arterial.....	57
6.3.2 - Manutenção dos Fatores de Risco.....	60
6.3.3 - O Tratamento da Hipertensão.....	61
6.3.4 - Representações sobre o efeito do Tratamento da Hipertensão na saúde dos indivíduos.....	62
6.3.5 - Dificuldades encontradas na realização do Tratamento da Hipertensão	63
7 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	68
8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICES.....	85
Pedido de Autorização ao Secretário Municipal da Saúde	
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
Modelo de Questionário	
Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa	

1- INTRODUÇÃO

O presente trabalho buscou identificar e analisar os fatores que contribuem e/ou prejudicam para a participação de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS através do Programa Saúde da Família - PSF no grupo de educação em saúde para prevenção da hipertensão arterial. Pretendeu, ainda, refletir o papel da conscientização sobre a doença, a promoção da saúde, a participação social e a qualidade de vida, como práticas que contribuem para a modificação do estilo de vida, e conseqüentemente, para diminuição do alto índice de morbi-mortalidade dessa doença crônica degenerativa no município de Queluzito, situado na região do Alto Paraopeba, no estado de Minas Gerais.

O tema Educação em Saúde aparece na literatura científica em publicações que discutem conceitos como participação social, promoção da saúde, qualidade de vida e outros. Esses conceitos discutidos por Carvalho (2005), Vázquez (2003), Rios (2004), Demo (2000), Freire (2003), Moreira (2001), Minayo (2000), Levy (2003) e pelo Ministério da Saúde, estão relacionados às práticas preventivas como fatores colaboradores para modificação do estilo de vida do portador de Hipertensão Arterial do referido município.

Segundo Ministério da Saúde (2008) a hipertensão arterial atinge 17 milhões de pessoas no Brasil, 35% da população acima de 40 anos, além de 4% de crianças e adolescentes e é responsável por, pelo menos, 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, associado ao diabetes, 50% de insuficiência renal terminal.

Em Queluzito-MG, a Equipe de Saúde da Família, através de seus registros e conhecimento da população cadastrada, observou que o número de portadores de hipertensão arterial atinge os limites preconizados pelo Ministério da Saúde e, a partir de então, decidiu priorizar algumas ações preventivas de saúde que pudessem contribuir para melhoria da qualidade de vida de sua comunidade.

A metodologia da pesquisa desenvolvida pretendeu, ao analisar o percentual de indivíduos hipertensos em uma determinada micro-área do Programa Saúde da

Família-PSF, compreender os fatores relativos à adesão aos grupos de Educação em Saúde.

A coleta de dados consistiu na abordagem de dois grupos bem específicos: o primeiro grupo composto por indivíduos portadores de hipertensão arterial que freqüentam o grupo de educação em saúde e, o segundo grupo composto por indivíduos que não freqüentam o grupo, tendo o objetivo de conhecer as variáveis sócio-demográficas que afetam e/ou interferem na adesão a Educação em Saúde.

A primeira etapa da pesquisa consistiu de um levantamento e revisão bibliográfica sobre os temas da hipertensão arterial na realidade brasileira. A segunda etapa consistiu na investigação de grupos de portadores de hipertensão arterial a serem estudados, a partir de uma abordagem quantitativa. A técnica utilizada consistiu na aplicação de um questionário com 17 questões a 40 pessoas hipertensas, 20 de cada grupo, ou seja, 20 hipertensos, que freqüentam o grupo de educação em saúde e 20, que não freqüentam. A análise dos resultados dos questionários foi realizada segundo a técnica de análise estatística para pesquisa quantitativa e os dados serão apresentados em forma de gráficos para demonstrar os indicadores de saúde delimitados pela pesquisa, tais como: faixa etária, sexo, grau de instrução, tempo de hipertensão, casos de pressão alta na família, hábito de fumar, hábito de beber, falta de atividade física, sobrepeso/obesidade, tratamento atual, efeitos do tratamento na saúde, se o paciente faz dieta, se toma o remédio na hora certa, se faz exercício físico, como tem acesso ao serviço de saúde e o que o impede de freqüentar o grupo.

A discussão sobre a participação social, na perspectiva da promoção da saúde, aponta que o Sistema Único de Saúde-SUS vem se organizando pelo viés dos princípios éticos da universalidade, da integralidade da assistência, da equidade e da participação social. No que se refere à ação dos grupos de educação e saúde, parte-se da premissa de que, quando diagnosticados precocemente, a maioria dos pacientes apresenta múltiplas chances de evitar complicações. Para tanto, torna-se evidente a necessidade de se trabalhar a educação em saúde e torná-la motivadora à população sabidamente portadora de hipertensão arterial.

Com o enfoque na participação social, esses princípios do SUS abordam a necessidade da participação social enquanto conquista de cidadania. Busca desenvolver e garantir a participação dos usuários do sistema de saúde, visando articular fatores sociais, psicológicos e biológicos e considerando que o acesso a informação, torna o indivíduo capaz de discutir e participar do seu problema de saúde, o que desmistifica a saúde como mera ausência de doença.

Essa organização demonstra a necessidade de mobilização, discussão e compreensão da população em manifestar suas idéias e busca envolver o sujeito na coletividade, sensibilizando-o e considerando seus diversos modos de viver. A qualidade de vida e suas diversas significações, assim garantidas, representam uma abertura para a participação dos usuários e mudança significativa no, modo de viver, condições e estilos de vida.

Discutir as questões relativas à adesão do portador de hipertensão arterial aos Grupos de Educação em Saúde, portanto, significa trazer à discussão as práticas preventivas que ocorrem no sistema de gestão em saúde. Significa refletir o papel da conscientização sobre a doença, a promoção da saúde, a participação social e a qualidade de vida, como práticas que contribuem para a modificação do estilo de vida e, conseqüentemente, para a diminuição do alto índice de morbi-mortalidade da hipertensão arterial.

Sendo o conceito de grupo muito amplo, interessa distinguir o termo grupo operativo utilizado pelo Ministério da Saúde/Programa Saúde da Família e pela psicologia. Pichón Rivière (2007), começou a trabalhar com grupos a medida que observava a influência do grupo familiar em seus pacientes, entretanto, a sistematização de grupo operativo foi descrita desde 1945, como “um conjunto de pessoas com um objetivo em comum”(p.01). No Programa Saúde da Família, o termo grupo operativo é utilizado para designar uma reunião de pessoas ligadas no tempo e espaço, articuladas em torno de um objetivo de melhoria das condições de saúde de forma dinâmica e dialética.

Por questões de melhor entendimento, os grupos investigados serão denominados como “grupos de educação em saúde”, um campo de práticas que ocorrem no nível

das relações sociais estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si e com o usuário, no cotidiano de instituições de saúde.

No Programa Saúde da Família, utiliza-se o termo grupo para designar associação de pessoas cujo objetivo é a troca de conhecimentos e experiências acerca de um dado tema. Para Alencar e Miranda (2002), os grupos podem ser conceituados e compreendidos como:

... Um conjunto de pessoas ligadas no tempo e espaço, articuladas em torno de um objetivo de forma dinâmica e dialética e também, pode ser considerado um espaço social onde o processo ensino-aprendizagem ocorre através da criação de vínculo entre a comunidade e equipe de saúde. (p.28).

A informação, entretanto, não garante, no grupo, uma completa mudança de comportamento diante da doença referida, mas se apresenta como um grande elo de integração social e remete o sujeito à reflexão de seu estado de saúde e de como ele se apresenta para uma sociedade.

O desenvolvimento da comunidade baseia-se nos recursos humanos e materiais com que conta a própria comunidade para estimular a independência e o apoio social. Assim, a preservação da cultura como patrimônio se faz presente quando um grupo torna capaz de identificar e realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e adaptar-se ao meio.

Do ponto de vista científico, este estudo buscou trazer contribuições ao discutir o tema, pois, trata-se de um tema atual que necessita de aprofundamento teórico nos conceitos relativos à interface educação e saúde.

Diante disso, esse projeto buscou investigar e discutir as razões da baixa adesão dos usuários aos grupos de Educação em Saúde para hipertensos em Queluzito-MG. Pretendeu, ainda, clarear essas questões e contribuir a prática dos grupos de educação e saúde mais atuante e adequada diante da realidade.

Do ponto de vista científico, este estudo buscou trazer contribuições ao discutir o tema, pois, trata-se de um tema atual que necessita de aprofundamento teórico nos conceitos relativos à interface educação e saúde.

É mister relatar que o sistema de gestão em saúde no referido município, perante a estrutura organizacional SUS-MS, é Gestão Plena de Atenção Básica. Através da NOB – SUS/1996 – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, a política nacional de saúde estabeleceu as condições de gestão, as responsabilidades do gestor municipal, requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que lhe favorecem o desempenho. Ao estabelecer as condições de gestão da saúde, a referida NOB considera que: "A habilitação dos municípios às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade".

Por ser um município de Atenção Básica, ,ou seja, apenas o atendimento de baixa complexidade é realizado, a cidade de Queluzito só possui atendimento ambulatorial e a atenção primária à saúde. Dessa forma, esse projeto tem sua relevância no que se refere ao estudo dos fatores que se interpõem às ações voltadas para o atendimento do portador de hipertensão arterial, em um município pequeno e sem as estruturas complementares de atenção à saúde.

Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2004):

O Programa Saúde da Família apresenta os elementos essenciais para a reorientação do modelo de atenção, tem possibilitado a identificação de um conjunto de questões relativas às bases conceituais e operacionais do que se tem denominado "Atenção Básica à Saúde" no Brasil, e de suas relações com os demais níveis do sistema. (p.1)

Os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, baseados na universalidade, na integralidade da assistência, na equidade e na participação social, fundamentam a atenção básica porque propicia um vínculo com a população possibilitando assim o compromisso dos usuários com a comunidade e também com a equipe que os assiste. O objetivo da atenção básica é integrar equipe e comunidade para que se

desenvolva uma parceria de resolutividade reforçando dessa maneira a proposta de reorganização do Sistema Único de Saúde – SUS.

Considerando uma micro-área central da região, cujo cadastro consta 95 pessoas portadoras de hipertensão arterial e fazendo um levantamento do livro de atas dos grupos de educação em saúde dessa micro-área, constata-se que no segundo semestre de 2006 foram realizados 06 grupos de educação em saúde, com uma média de participação de 19 pessoas. No período de janeiro a maio de 2007, a média de participação subiu para 23 pessoas. A partir deste período, os grupos de educação em saúde passaram a acontecer semanalmente, demonstrando um aumento na participação, correspondendo hoje a média de participação de 55 pessoas.

Como enfermeira do PSF de Queluzito-MG, a pesquisadora acompanha 586 famílias, totalizando 2068 pessoas, dentre essas, 323 são portadoras de hipertensão arterial, o que equivale a um percentual de hipertensos equivalente a 15,62% da população adulta entre 20 e 60 anos. (Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, 2007). No cotidiano de sua prática, as questões que surgem referem-se ao grande percentual de portadores de hipertensão arterial que fazem do uso de medicamentos como a única forma de tratamento para essa patologia. Geralmente, esses pacientes atuam sobre sua saúde sem considerar os demais fatores de risco e, sem realizar outra atividade que poderia contribuir para a melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, para a diminuição da morbi-mortalidade.

2- A HIPERTENSÃO ARTERIAL NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA

2.1 – A Hipertensão Arterial: uma natureza multifatorial

A Hipertensão Arterial é um problema grave que atinge as famílias brasileiras, de todas as camadas sociais. Sabe-se que a hipertensão é uma doença de natureza multifatorial, caracterizada pela elevação da pressão arterial frequentemente associada a alterações metabólicas e hormonais e fenômenos tróficos (hipertrofias cardíacas e vasculares).

Segundo o Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Melitus do Ministério da Saúde (2002):

A hipertensão arterial acomete um grande número de pessoas, cerca de 15 a 20 % da população adulta (maior ou igual à 20 anos), chegando a 50% nos idosos e atinge mais pessoas do sexo masculino até 45-50 anos e a partir desta faixa a prevalência é maior nas mulheres. Tende a ser mais prevalente entre negros e também naqueles com história familiar para hipertensão. (p.10)

A hipertensão arterial é um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de doença cardiovascular. Estima-se que 22% a 68% da população adulta mundial apresente hipertensão arterial. No Brasil, esta variação de prevalência de hipertensão arterial está entre 22% a 44%.

Para Pierin, Gusmão e Carvalho (2004):

O fator de risco inclui características constitucionais, como sexo, idade, etnia e antecedentes pessoais, fatores esses não-modificáveis. Os aspectos socioeconômicos e culturais também merecem consideração, pois variáveis como escolaridade, renda e ocupação, exercem influencia direta no perfil das doenças crônicas não-transmissíveis. (p.100)

A característica da população atingida pela hipertensão arterial no Brasil reflete pessoas adultas em plena fase produtiva. Considerando o caráter crônico e incapacitante dessa patologia, os dados do Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS (2002), demonstram que 40 % das aposentadorias precoces são decorrentes

dessa doença e que as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 14% da totalidade de internações.

Ainda para o Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Melitus do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002):

Essa patologia é considerada um dos principais fatores de risco cardíaco e cerebrovasculares. Ou seja, a presença de hipertensão duplica o risco cardiovascular que é o primeiro fator de risco para acidente vascular cerebral. Cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão arterial. Ressalta-se, ainda, o alto custo social em nosso meio, pois a hipertensão é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e absenteísmo ao trabalho, com graves repercussões para o paciente, sua família e a sociedade. (p.13)

Para que a saúde seja apreendida em toda sua dimensão, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL,2006), são necessários saberes capazes de articular as dimensões do social, do psicológico e do biológico. O trabalho em saúde para se alcançar este objetivo deveria ser desenvolvido por meio de práticas integradas, que incorporem saberes técnicos e populares e vejam o homem no seu contexto, o que extrapola o setor da saúde e nos leva a buscar a intersetorialidade¹.

A hipertensão arterial, quando diagnosticada, precisa ser acompanhada e monitorada, mas apesar de grandes esforços, ainda é grande o número de portadores de hipertensão arterial que desconhecem sua condição e que mantêm a hipertensão descontrolada.

A SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (2004), considera que:

A ausência de sintomas e o fato da hipertensão ser uma doença crônica são dois aspectos que contribuem fortemente para a baixa adesão ao tratamento. Outro aspecto sobre o abandono do tratamento envolve a falta de informações sobre a necessidade de tratamento continuado, efeitos adversos, interação com álcool e outras drogas, manutenção da conduta terapêutica ao normalizar a pressão e ao esquecer de tomar das doses. (p.91)

¹ Intersetorialidade: processo em que os objetivos, as estratégias, as atividades e os recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos sobre os objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores.

Considerando o caráter crônico e incapacitante desta doença, que leva com frequência, à invalidez parcial ou total do indivíduo, graves repercussões para o paciente, a família e a sociedade e seqüelas para o resto da vida, é importante a implantação de ações básicas de diagnóstico e controle desta condição, através de seus clássicos fatores de risco, nos diferentes níveis de atendimento à saúde.

Doença crônica é a doença que tem história natural prolongada, caracterizada pela multiplicidade de fatores associados tais como: fatores etiológicos, longo período de latência e longo curso assintomático, evolução clínica lenta, prolongada e permanente, além da evolução para complicações. A doença crônica traz para a vida do paciente uma série de transformações, inclusive ligadas ao auto-conceito, em função de sua possibilidade de agravamento e dificuldade de aceitação a adaptação à sua nova condição, podendo acarretar sintomas de depressão e ansiedade. Portanto, os objetivos do tratamento das doenças crônicas são reduzir a morbimortalidade e manter a qualidade de vidas das pessoas enfermas.

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002):

A abordagem de portadores de hipertensão arterial não deve ser baseada apenas nos níveis de pressão arterial, mas também na presença de outros fatores de risco e doenças concomitantes, tais como diabetes, lesão em órgãos-alvo, doença renal e cardiovascular. Deve-se também considerar os aspectos familiares e socioeconômicos. (p.19)

Ao se fazer a *anamnese* do portador de hipertensão arterial, outros fatores devem ser considerados, tais como: o hábito de fumar, o uso exagerado de álcool, a ingestão excessiva de sal, o aumento de peso, o sedentarismo, o estresse, antecedentes pessoais de diabetes, gota, doença renal, doença cardíaca e cerebrovascular; sinais e sintomas sugestivos de lesão em órgãos-alvo e/ou causas secundárias de hipertensão arterial; história familiar de hipertensão arterial, morte súbita e dislipidemia².

² Dislipidemia é um termo genérico para as alterações dos níveis séricos das várias partículas que compõem o perfil lipídico. O perfil lipídico de rotina engloba a dosagem sérica dos triglicérides, colesterol total e as frações HDL (colesterol bom) e LDL (colesterol ruim).

O Ministério da Saúde (2002) aponta, ainda, causas secundárias para a hipertensão:

Também deve-se estar atento para algumas possibilidades de causa secundária de hipertensão arterial, tais como: pacientes com relato de hipertensão arterial de difícil controle e apresentando picos tensionais graves e freqüentes, acompanhados de rubor facial, cefaléia intensa e taquicardia; pacientes nos quais a hipertensão arterial surge antes dos 30 anos, ou de aparecimento súbito após os 50 anos, sem história familiar para hipertensão arterial, devem ser encaminhados para unidade de referencia secundária, para investigação das causas, principalmente renovasculares. (p.34).

As doenças do coração e dos vasos (infarto agudo do miocárdio, morte súbita, acidente vascular encefálico, edema agudo de pulmão e insuficiência renal) constituem a primeira causa de morte no Brasil - 27,4%, segundo dados do MS (1998), atingindo a população adulta em plena fase produtiva. Dados do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) demonstram que 40% das aposentadorias precoces decorrem dessas doenças.

Quando diagnosticada precocemente, a hipertensão arterial é bastante sensível, motivo pelo qual representa agravo de saúde pública, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações; quando não, retarda a progressão das já existentes e as perdas dela resultantes. Diante deste relato, o caminho a ser seguido é prevenir, visto que cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica. Torna-se urgente implementar ações básicas de diagnóstico e controle desta doença, nos diferentes níveis de atendimento da rede do Sistema Único de Saúde – SUS, especialmente no nível primário de atenção.

2.2 – O Programa Saúde da Família no processo de democratização do Sistema Único de Saúde – SUS

Em 1988, foi criado, constitucionalmente, o Sistema Único de Saúde - SUS, que foi regulamentado pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. A lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Dois anos depois, a lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências

intergovernamentais de seus recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (CARVALHO E SANTOS, 2002).

Em sua análise sobre o Sistema Único de Saúde – SUS, Carvalho e Santos (2002) relatam a importância da participação social e a conquista de cidadania estabelecida em seus diversos campos de atuação.

Atualmente, com a descentralização do Sistema de Saúde, os municípios vêm se incumbindo do acompanhamento e tratamento de seus munícipes. O Sistema Único de Saúde (SUS) desenvolve, no nível nacional, a política de implantação do Programa Saúde da Família – PSF, através do qual as famílias, principalmente, as de baixa renda, com poucas possibilidades de acesso a serviços de saúde, são atendidas. Sobre o PSF, o Ministério da Saúde (1996), considera que:

O Programa Saúde da Família – PSF é um propósito de inversão de modelo com garantia de recursos, de forma progressiva e ousada, além da ampliação conceitual para Estratégia de Saúde da Família. Não se trata de mais um programa, na tradição corrente do Ministério da Saúde. Ou seja, Saúde da Família não é uma estratégia paralela na organização de serviços, mas uma proposta substitutiva, de reestruturação do modelo. Para os autores, é a idéia de equipe e a substituição da porta de entrada do sistema que modificam suas nuances. Tecnicamente, a unidade de saúde da família passa a ser a porta de entrada do sistema, com a oferta de uma atuação sanitária que incorpora a atenção médica tradicional a uma lógica efetivamente de promoção à saúde. (p.3)

O Programa de Saúde da Família - PSF de Queluzito - MG foi implantado em julho de 2001 (vinculado a Secretaria Municipal de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde e Ministério da Saúde) e, a partir daí, estão sendo realizados diagnósticos anuais da saúde do município.

Em relação aos portadores de hipertensão arterial, os dados revelam que o número de pacientes sabidamente portadores de hipertensão arterial vem aumentando, no referido município, conforme demonstra o quadro a seguir:

Quadro I – Número de pacientes sabidamente portadores de hipertensão arterial, no período 2001/2006

2001/2002	245
2002/2003	283
2003/2004	279
2004/2005	302
2005/2006	319

Fonte: Sistema de Informação Básica do Ministério da Saúde – SIAB, 2007.

Os dados publicados pelo Sistema de Informação Básica – SIAB, no ano de 2007, fazem parte dos resultados aferidos pelo sistema de trabalho do PSF. Esses dados são registrados pelo Agente Comunitário de Saúde do PSF, através de uma visita domiciliar.

O Agente Comunitário de Saúde – ACS, no município de Queluzito-MG, durante a visita domiciliar, faz a identificação das famílias de sua micro-área de abrangência, cadastrando-as e registrando suas características sociais, demográficas e epidemiológicas. Através desse cadastro, a equipe estabelece um diagnóstico de cada área e identifica os principais problemas de saúde e situações de risco as quais a população que ela atende está exposta. As variações quanto ao número de portadores de hipertensão arterial são explicadas pelo fato de mudanças de famílias para outras cidades e vice-versa e também pela descoberta de novos portadores da hipertensão arterial. Assim, é importante ressaltar, que o agente através de visitas domiciliares mensais a cada família, realiza o mapeamento e alimenta o SIAB, estando este sempre atualizado. Ao final de cada mês, os dados citados são repassados para o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e em seguida, encaminhados juntamente com outras informações, para a Gerência Regional de Saúde (GRS), em Barbacena - MG que informa os dados à Secretaria de Estado da Saúde e sucessivamente ao Ministério da Saúde.

O portador de hipertensão arterial é convidado a fazer parte do Grupo de Educação em Saúde”, que inicialmente era realizado mensalmente, com um intervalo de 30 dias de forma que o portador de hipertensão arterial não ficasse sem o medicamento. Com o objetivo de melhorar a adesão, houve a necessidade de

disponibilizar mais dias e horários e atualmente os grupos acontecem semanalmente às segundas-feiras alternadas em manhã e tarde.

Entende-se por adesão, a extensão do comportamento do paciente diante da recomendação médica ou aconselhamento por outros profissionais de saúde, seguindo a prescrição medicamentosa ou as recomendações sobre dieta e mudanças de hábitos de vida.

Nessa concordância do paciente com as recomendações, implicitamente, pressupõe-se que ele conheça as alternativas terapêuticas, participe das decisões sobre seu tratamento e que a adesão às instruções aplique-se também às recomendações feitas por outros profissionais de saúde.

O grupo de Educação em Saúde realiza intervenções sobre o tratamento não-medicamentoso tais como: dieta, redução na ingestão de sal, perda de peso e redução no consumo de bebidas alcoólicas. Essas ações fazem parte de um conjunto de atividades realizadas pelos profissionais de saúde e expressam grande melhoria no tratamento dos pacientes hipertensos.

Neste grupo, os portadores de hipertensão arterial recebem orientações como: a importância da prevenção em saúde; a importância do uso correto de medicamentos; hábitos saudáveis de vida; as consequências da hipertensão não controlada; os fatores de risco que facilitam o aparecimento da hipertensão arterial; sintomas e sinais de hipertensão arterial; orientações nutricionais; importância da atividade física, entre outros.

A natureza, os sentidos e os determinantes do comportamento de não-adesão, segundo Reiners et al (2006), são complexos e difíceis de ser entendidos, por isso, um dos problemas encontrados pelos profissionais de saúde, é a dificuldade do doente em seguir o tratamento de forma regular e sistemática. A maioria dos fatores que contribuem para a não-adesão, segundo os autores está relacionada ao paciente, porém, os profissionais de saúde são co-responsáveis visto que estes também falham em promover uma compreensão mais profunda a adesão/não-adesão.

A forma de lidar com a não-adesão é uma estratégia que precisa ser avaliada pelos profissionais através de programas de atenção aos portadores de doenças crônicas. Geralmente, as estratégias realizadas privilegiam a educação em saúde e atendam às diversas necessidades dos pacientes e suas famílias, tais como: simplificação do regime de doses, educação do paciente e estratégias motivacionais. Há necessidade de estratégias inovadoras e simples que sejam capazes de aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo como a de Educação em Saúde.

2.3 – A Promoção da Saúde e Participação Social

O conceito de promoção da saúde, segundo as Políticas Públicas da Saúde do Ministério da Saúde (2006), teve sua primeira utilização por Sigesrist, em 1946. Trata, essencialmente, do reconhecimento de que há uma crescente necessidade de intervenções sobre os determinantes e os fatores de risco e não apenas os danos à saúde, evidenciando a sua produção social e não apenas biológica.

No entanto, é no importante documento – *O Informe de Lalonde, 1974*, marco inicial da moderna Promoção da Saúde no Canadá – (nome do Ministério da Saúde do Canadá), que encontramos a explícita compreensão sobre o adoecimento humano, esse documento destacava a influencia de fatores ambientais, comportamentos individuais e modos de vida na ocorrência de doença e na morte, sendo um fenômeno produzido por um conjunto de determinantes que são agrupados em quatro categorias: “a biologia humana, o ambiente, o estilo de vida e a organização da atenção à saúde – seriam estes os componentes do campo da saúde, dentro dos quais existem inúmeros fatores que influenciam”. (BUSS,1998, p.8). O autor acrescenta que saúde não pode ser concebida apenas como ausência de doença, e que são vários os fatores que influenciam nas condições de saúde do indivíduo.

Para Oliveira (2005), a estratégia de trabalho proposta enfatizava que a promoção da saúde deveria combinar melhorias ambientais com mudanças de comportamento. Isso reduziria a morbidade e as mortes prematuras. (p.424). Idéias como essas acabaram sendo aprofundadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e, em 1986, a Carta de Otawa define a promoção da saúde como o processo através do

qual indivíduos são capacitados para ter maior controle sobre e melhorar a própria saúde, o que significa reconhecimento da importância do poder e do controle para a promoção da saúde. A saúde é vista como um fenômeno influenciado por fatores físicos, socioeconômicos, culturais e ambientais.

Segundo a Carta de Ottawa, saúde é recurso para os processos pessoal, econômico e social, considerados como conceito positivo, que transcendem o setor sanitário e que tem como requisitos para sua garantia a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, a justiça e equidade (Organização Mundial de Saúde – OMS, 1986).

A “nova saúde pública” abrange conceitos e estratégias como a promoção da saúde e a educação em saúde, e as ações educativas visam a prevenção e o controle da hipertensão arterial, bem como a divulgação de medidas de tratamento que venham modificar a situação de doença e a conservação do estado de saúde. A educação em saúde agrega um novo paradigma onde o indivíduo deve ser estimulado a tomar decisões sobre sua própria vida lutando por uma vida mais saudável.

Vazquez et al. (2003), sobre a participação social nos serviços de saúde, afirma que para a construção e organização do Sistema Único de Saúde – SUS, a participação da sociedade é um dos princípios de gestão do sistema. A possibilidade de participação da população nos serviços de saúde não tem uma concepção nova e é reconhecida como direito da população. A participação social é um processo e, como tal, admite diversas modalidades na sua escala de atuação. Portanto, atua como um componente central e prioritário na reformulação de políticas do sistema de saúde.

O SUS é fundamentado pelos princípios éticos da universalidade, da integralidade da assistência, da equidade e da participação social. O princípio da universalidade refere-se ao acesso irrestrito aos serviços de saúde; o da integralidade da assistência determina o atendimento integral à saúde de forma igualitária, tendo acesso às ações e aos serviços de saúde tanto preventivos como os assistenciais; a equidade estabelece tratamento igual para todos e a participação social é uma das

formas que a população tem de manifestar suas idéias e interesses na busca de soluções aos seus problemas de saúde.

Justificando a criação do SUS sob esses princípios, Carvalho (1998) afirma:

A transformação do sistema de saúde não se viabilizaria apenas com intenções emanadas da conferência ou mesmo expressas na Constituição. Por isso, passou a ser necessário superar a fragmentação institucional com os princípios organizacionais da descentralização, hierarquização e participação social.(p.24)

A convivência estimula a relação social, possibilita a troca de informações e permite apoio mútuo. O paciente, nesse tipo de atividade, identifica-se com outros pacientes e com problemas semelhantes, aprendendo a expressar seus medos e expectativas. Passa a compartilhar das experiências de todos e a discutir, buscando soluções reais para problemas de saúde semelhantes aos seus.

A Sociedade Brasileira de Hipertensão (2004), entende que a adesão é a extensão a qual o comportamento do paciente coincide com a recomendação médica ou aconselhamento por outros profissionais de saúde. É exatamente sobre esse aspecto que a educação em saúde, ao invés do médico isoladamente, poderá dar aos pacientes e à comunidade uma gama maior de informações, procurando torná-los participantes ativos das ações que a eles estarão sendo dirigidas, e com motivação suficiente para vencer o desafio de adotar atitudes que tornem essas ações efetivas e definitivas.

Quando a equipe de saúde pensa em adesão, o foco é no paciente, no uso que faz dos medicamentos prescritos, no seguimento das orientações, nas modificações que necessita fazer no estilo de vida para equilibrar sua saúde. Essa compreensão do profissional é fundamental para a adesão ao tratamento porque se estabelece uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado. Portanto, a atitude acolhedora do profissional estimula o paciente a novas atitudes perante a doença e o medicamento é mais um recurso terapêutico na promoção da saúde.

Para Silveira e Ribeiro (2005):

Grupo de adesão é uma prática de saúde que se fundamenta no trabalho coletivo, na interação e no diálogo. Trata-se de um grupo homogêneo quanto à enfermidade dos pacientes, aberto com relação

a entrada destes em cada reunião e multidisciplinar no que diz respeito à coordenação. (p.4)

Nem sempre a sociedade participou das decisões políticas nos campos da educação e da saúde. Mais especificamente, durante e após a ditadura militar que os movimentos sociais criaram força de resistência política. O Movimento da Saúde Coletiva no Brasil, por exemplo, surgiu na década de 70 e ficou conhecido como Movimento Sanitário. Nos dias de hoje, abrange “um conjunto articulado de práticas técnicas, científicas, culturais, ideológicas, políticas e econômicas”. Tornando-se comum os traços de distinção da participação comunitária princípios e conceitos como “saúde como direito e dever do Estado”.

Segundo Carvalho (2005):

Pelo ponto de vista da organização, o modelo de saúde hospitalocêntrico era pouco eficaz, privatista e dificultava a racionalização do sistema. Com essa insuficiência surgem novas propostas como Preventivista e a Medicina Comunitária que procuram apontar caminhos alternativos para a organização da história natural da doença. (p.97)

A Sociedade Brasileira de Nefrologia (2005), em seu III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL ressalta a magnitude do problema da hipertensão arterial e relata a constante preocupação mundial em ampliar e aperfeiçoar os métodos para diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial. Um dos destaques na forma de tratar a hipertensão arterial é a prevenção primária, onde é enfatizada a necessidade de implementação de medidas desde a infância, visando modificações do estilo de vida e o combate aos fatores de risco cardiovascular.

Nesse consenso, houve também a contemplação da abordagem multiprofissional do paciente hipertenso colocando em foco a prevenção como o meio mais eficiente de combater a hipertensão arterial, evitando suas complicações.

As principais vantagens do tipo de atuação de atenção primária ressaltadas pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (2005) são: o número de pessoas atendidas será maior e tão maior quanto mais afinada estiver a equipe em seus diversos modos de abordagem; a adesão ao tratamento será nitidamente superior; e, conseqüentemente, o número de pacientes com pressão arterial controlada e adotando hábitos de vida saudáveis será maior e cada paciente poderá ser

replicador de conhecimentos sobre esses hábitos. Portanto, haverá favorecimento do desenvolvimento de ações de pesquisa em serviço, já que a sistematização do atendimento possibilita esse tipo de atuação. Existem ainda, vantagens adicionais, como o crescimento profissional de cada um pela constante troca de informações e pela maior confiança individual e do serviço como um todo, servindo, inclusive, de incentivo para outros setores e/ou doenças crônico-degenerativas se envolverem também na educação em saúde.

A Saúde Coletiva, segundo Carvalho (2005), surge da crise do sistema social repercutindo na situação sanitária e definindo-se as “doenças da riqueza e da pobreza”. Pelo ponto de vista da organização, o modelo de saúde hospitalocêntrico era pouco eficaz, privatista e dificultava a racionalização do sistema. Com essa insuficiência, surge novas propostas como a Preventivista e a Medicina Comunitária que procuram apontar caminhos alternativos para a organização do setor saúde e fundamenta-se no modelo da história natural da doença, no conceito ecológico de saúde/doença e na teoria da multicausalidade, justificando intervenções prévias sobre a ocorrência concreta de sinais e sintomas. Nesse aspecto, a prevenção amplia seu sentido como primária, secundária e terciária. O social “invade” o saber médico ao propor uma tarefa fundamentalmente educativa, ou seja, um trabalho mais ideológico do que clínico. Assim, princípios e conceitos como “saúde como direito e dever do Estado”, integralidade da atenção e participação comunitária são alguns de seus traços de distinção do movimento da saúde coletiva no Brasil (p. 96).

Essa crise do estado brasileiro propiciou condições para os novos projetos que iriam impulsionar mudanças no setor da saúde. A *VIII Conferência Nacional de Saúde* (1986) foi um marco nessa nova etapa. Da Conferência, resultou um consenso crítico a respeito do Sistema de Saúde e “uma agenda de mudanças, que ficou conhecida como a Agenda Sanitária” (CARVALHO, 1998, p.16).

Os temas discutidos resumiam-se nos seguintes pontos básicos: as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e seu atendimento é um dever do Estado; a assistência médico-integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar o acesso aos serviços; esses serviços devem ser

hierarquizados segundo os parâmetros técnicos e sua gestão descentralizada; o sistema deve ser custeado por recursos governamentais originários da União; e serão consagradas a descentralização político-administrativa e a participação popular. Sobre esta análise, Levy et al (2003), declara:

Essa oportunidade, porém, não foi explorada na prática. Os Serviços de Educação Sanitária, quando muito, limitavam suas atividades à publicação de folhetos, livros, catálogos e cartazes; distribuíam na imprensa do país pequenas notas e artigos sobre assuntos de saúde; editavam periódicos sobre saúde; promoviam concursos de saúde e lançavam mãos dos recursos audiovisuais para difundir os conceitos fundamentais da saúde e da doença. Os esforços se concentravam, dessa forma, na propaganda sanitária e, neste setor, já bastante reduzido, dava-se preferência às formas escritas, visuais, de propaganda, sem considerar o grande número de analfabetos no país, que era de 60 %, em 1940. Esses analfabetos se concentravam, como era de se esperar, nas baixas camadas das populações urbanas e no campo. (p.2)

Neste contexto, pode-se observar que os serviços de Educação Sanitária não se dispunham em conhecer as realidades das comunidades e lançavam suas campanhas apenas através de informativos e folhetos sem considerar as condições sócio-econômicas da população em geral mesmo sabendo que as doenças têm maior prevalência nas baixas camadas sociais e que estas tem menos acesso às informações sobre saúde. De acordo com Levy *et al* (2003), a primeira grande transformação de mentalidade nas atividades da educação sanitária ocorreu em 1942, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública, atribuindo aos diversos profissionais, técnicos e auxiliares de saúde, a responsabilidade das tarefas educativas, junto a grupos de gestantes, mães, adolescentes e à comunidade em geral.

A segunda transformação acontece com a reformulação da estrutura do Serviço Nacional de Educação Sanitária e a integração das atividades de educação no planejamento das ações dos demais órgãos do Ministério da Saúde. Para Pietrukowicz, (2001), de acordo com a história da saúde no Brasil, o projeto de medicina preventiva surgiu aproximadamente na década de 50, baseado em um projeto pedagógico, voltado para a formação de sanitaristas, ou seja, profissionais capacitados a trabalharem com esta nova vertente de transformação das práticas de saúde.

A terceira transformação começa a acontecer, em meados da década de 70, quando da implantação dos primeiros sistemas nacionais de informações de saúde. Aproveitava-se uma medida administrativa para informar à população as condições de saúde e da rede de atendimento. É, entretanto, somente em 1996, que as atividades de educação em saúde voltaram a receber alguma atenção por parte dos dirigentes do Ministério. Outro passo importante dado pelo Ministério da Saúde foi a criação, em 1998, de uma Diretoria de Programas para a área, abrangendo a proposta, para um Programa de Educação em Saúde.

Algumas premissas básicas devem ser consideradas ao se trabalhar propostas de Educação em Saúde visto que não se pode pensar os serviços de saúde sem refletir sobre as relações entre esses atores ou sujeitos, uma vez que qualquer atendimento à saúde envolve, a interação entre pessoas. Portanto, qualquer tipo de atuação visando a melhoria dos serviços de saúde deve capacitar os profissionais de saúde para a busca do aperfeiçoamento das relações sociais. É preciso também, dispor de instrumentos adequados para desenvolver essa capacitação, desde que apresentem oportunidades e possibilidades no nível pessoal/profissional e decisão no nível político/institucional para apreende-los e utiliza-los.

Investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização e os conseqüentes gastos, principalmente, quando se considera o alto grau de sofisticação tecnológica da medicina moderna. A prevenção da doença faz-se necessária para evitar suas complicações e, conseqüentemente, a promoção da saúde evidencia-se neste contexto evitando danos à saúde do ser humano. Importante ressaltar que através das atividades do grupo de Educação em Saúde, as mudanças de comportamentos e a mudanças do estilos de vida poderão de forma progressiva e contínua melhorar a qualidade de vida da população.

Segundo Valla (1998):

Os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, a partir das suas vivências, que são vividas de uma forma distinta daquela vivida pelo profissional. Nós oferecemos nosso saber

porque pensamos que o da população é insuficiente, e por esta razão, inferior, quando, na realidade, é apenas diferente. (p. 167)

O autor discute que o apoio social oferece às pessoas, tanto para quem recebe quanto para quem oferece, afeto através de expressões de união, respeito e admiração, são sentimentos de um grupo que partilha e expressa seus interesses e afinidades, o que interfere no processo saúde-doença.

Segundo Rios (2004), o homem é um ser-no-mundo. Ele não é, primeiro, e depois é no mundo. Ser no mundo já é constituinte de seu ser homem.

Atualmente, após a descentralização, a atenção do Sistema Único de Saúde - SUS voltou-se para a prática da atenção primária. A promoção da saúde faz parte de uma revisão do modelo organizacional e operacional do Sistema Único de Saúde – SUS, e procurar dar respostas a questões sobre “como promover” a integração entre Saúde e Educação. Priorizar a promoção da saúde é um dos desafios do modelo e um dos objetivos é produzir co-responsabilidade em relação à comunidade e desenvolver sentimentos de pertinência e pertencimento. O trabalho articulado amplia os âmbitos de convivência: escola, família e comunidade.

3 – A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Participar socialmente é uma ação que requer mobilização, discussão e compreensão, é uma das formas que a população tem de manifestar suas idéias e interesses na busca de soluções aos seus problemas de saúde, é uma responsabilidade e um dever. Sobre o conceito de participação, Vázquez (2003), afirma:

O conceito de participação não se expressa como um direito individual, mas como uma prerrogativa a ser conquistada. Descreve-se como uma necessidade de mobilização, organização e reivindicação por parte da sociedade na tentativa de assegurar direitos sociais. Esta forma de expressar a participação parece revelar a fragilidade do reconhecimento das pessoas como cidadãos. O reconhecimento da cidadania por parte dos indivíduos é apontado como um dos fatores fundamentais para que se efetive a participação no setor saúde. (p.586).

O autor discute a necessidade de mobilização e participação da sociedade em prol da transformação e do desenvolvimento de ações que objetivem a melhoria da condição de saúde. Analisa o sujeito como responsável pela sua situação de saúde e que a coletividade possibilita modificações.

Com esta análise, o autor deixa claro que o homem constrói seu próprio conhecimento, independente de seu meio científico e cultural e que está apto a aprender a todo instante de sua vida, construindo assim novas idéias e conhecimentos. A participação social como afirma Demo (2000), é uma das formas de possibilitar a permuta de informações e conhecimentos dos sujeitos. No diálogo estabelecido, muitas culturas se colocam em evidência e, conseqüentemente, ocorre a formação coletiva. Demo (2000), ao discutir os limites e desafios do conhecimento afirma: “O conhecimento não se copia, mas se constrói. Aprendemos a partir daquilo que já aprendemos, conhecemos a partir do que está conhecido”. (p. 101 – 104)

Podemos dizer que os modos de vida são padrões de escolhas feitas a partir de alternativas disponíveis às pessoas, conforme suas circunstâncias socioeconômicas e suas facilidades para escolher certos modos de vida em detrimento de outros. A

noção de construção social tem implicações, e no contexto da saúde, padrões de comportamentos não são fixos, porque dependem do fluxo da vida, que é dinâmico. Nesse sentido, os padrões de comportamento são desenvolvidos através dos processos de socialização e estão sujeitos à mudança baseada na experiência e reinterpretação do indivíduo.

Neste contexto, Rios (2004) explica que “o comportamento é o arranjo dos diversos papéis que desempenhamos na sociedade e que cada sociedade possui seu *ethos*, ou se compõe de um conjunto de *ethos*, jeitos de ser, que conferem um caráter àquela organização social”. (p. 20-21). O papel social que esse ser humano desempenha representa sua relação do *ethos* com os indivíduos daquela mesma comunidade. Ou seja, existem indicativos de comportamentos bons ou maus (moral) que são norteados a partir de valores (ética).

O domínio do *ethos* é o da moralidade, do estabelecimento de deveres, a partir da reiteração das ações e da significação a elas atribuída e a moral é um conjunto de normas e regras destinadas a regularizar as relações dos indivíduos numa comunidade social (RIOS, 2004, p.22).

Como a Educação certamente parece ser algo que transcende os limites da escola, devemos levar em conta que o que diz respeito à transmissão de valores. Conforme Rios (2001), adotar essa postura significa observar o “fenômeno educativo do ponto de vista da totalidade, procurando vê-lo em todos os seus componentes – econômico, político e ético” (p.26). Torna-se importante ainda, ressaltar a importância da Ética na construção do ser humano e, consequentemente, na construção da sociedade na qual ele está inserido. O ser humano é gregário por natureza e existe em função de seus inter-relacionamentos grupais. Já muito cedo, o indivíduo participa de diferentes grupos, desde a família nuclear até os grupos de formação espontânea.

Nessa perspectiva, podemos considerar os diversos modos de viver da população, em suas diversas classes, e considerar que, mesmo em ambientes distintos, o homem busca uma coletividade e que ali se formam comportamentos. Onde há um envolvimento conjunto, há apoio social e também formas de organização social.

Santos e Andrade (2008), afirmam que:

Ao conviverem em grupo, os indivíduos vão internalizando mutuamente suas formas de pensar e sentir, além de aspectos ligados à sua própria maneira de ser e levando as pessoas a refletirem: como agem em grupo e como os outros vão descobrindo novas maneiras de agir, o que leva a uma nova percepção das coisas, das pessoas e do mundo, possibilitando um repensar sobre sua maneira de ser de uma forma geral. (p.2)

O apoio social é um processo de interação entre pessoas ou grupos de pessoas, que através do contato estabelecem vínculos de amizade e de informação que propiciam a proximidade emocional e de pertencimento a um grupo que partilha e expressa seus interesses e afinidades.

Segundo Demo (2000):

Algumas regras e o conhecimento podem parecer mais verdadeiros que outros, científicos e mais obviamente necessários, porque se compõem estreitamente com as impressões sensoriais que são recebidas pela pessoa de fora dela mesma e a seguir reforçadas pelo grupo. Não adianta só estabelecer relações, pois não garantem a causa. Como é produzido hoje, o conhecimento é colonizador, em parte, porque, impondo pretensas certezas, objetiva a submissão do outro. (p. 104 - 107):

Nesta análise, o autor afirma que a sensibilidade e a forma como o sujeito se apresenta em uma participação social influenciam no que deseja conceber e que o conhecimento é conquistado no cotidiano de um grupo.

Rios (2004) comenta que:

O costume nos remete à criação cultural. Não há costume na natureza. O costume resulta no estabelecimento de um valor para a ação humana, que é criado, conferido pelos próprios homens, na sua relação uns com os outros. (p. 21).

O costume enquanto hábito ou prática das atividades do cotidiano simboliza as diversas maneiras de viver e conviver do ser humano na sua expressão social e coletiva. A forma de relatar o costume em um grupo ou coletividade simboliza a troca de experiências e se torna um aprendizado, quando compreendido na sua essência. Assim, podemos dizer que o costume é uma forma de estabelecer as relações sociais do homem.

Demo (2000), afirma: “A aprendizagem é função do sujeito capaz de iniciativa própria e é cultivando essa noção que o paciente precisa participar do processo como sujeito principal”. (p.101)

Ainda neste contexto, Freire (2001) relata:

Quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e com seu trabalho pode criar um mundo próprio: seu eu e suas circunstâncias. (p.30)

Ao discutir sobre Gestão da Política Educacional como Política Social, Arango (2001), afirma: “podemos encontrar dois tipos de educação (formal e informal), cuja importância é de imprescindível valor. A educação formal seria aquela que se realiza através de atividades de ensino e que se caracteriza, portanto, por ser intencional, ou melhor, ainda, por ter a intenção de produzir a aprendizagem de conteúdos considerados valiosos”.

A Educação informal, por outro lado, seria aquela que se realiza não-intencionalmente (ou pelo menos sem a intenção de educar), quando, em decorrência de atividades ou processos desenvolvidos sem a intenção de produzir a aprendizagem de algum conteúdo considerado valioso, as pessoas vêm a aprender e compreender certos conteúdos considerados valiosos – às vezes considerados de altíssimo valor. Essas atividades e esses processos podem ocorrer fora da escola, em outras instituições, ou de maneira inteiramente não institucionalizada , como também podem ocorrer dentro da própria escola.

Segundo Arango (2001):

O movimento participativo busca o envolvimento ativo dos indivíduos de uma comunidade. Participar é fazer política e esta depende das relações de poder percebidas. Participar é uma prática social na qual os interlocutores detêm conhecimentos que, apesar de diferentes, devem ser integrados. Que o conhecimento não pertence somente a quem passou pelo processo de educação formal, sendo ele inerente a todo ser humano. Que, se uma pessoa é capaz de pensar a sua experiência, ela também é capaz de pensar de produzir conhecimento. Que participar é repensar o seu saber em confronto com outros saberes. Participar é fazer “com” e não “para”. (p. 4).

Quando o homem se sente um ser integrado e participante de sua cidadania, pode-se dizer que ele está se tornando um ser consciente e valorizando seu potencial de

ação, ou seja, seu saber. Neste envolvimento de conhecimentos e aplicação de saberes ele está expressando seu pensamento coletivo e compartilhando seus interesses, a isto, denomina-se movimento participativo, ou seja, a integração do homem com seus saberes e poderes.

Sobre o conceito de apoio social, Pietrukowicz (2001), afirma:

Os grupos ajudam emocionalmente as pessoas e a intensidade do apoio social proporciona e influencia as pessoas na forma de enfrentar a doença. O espaço social ajuda as pessoas a evitarem maus hábitos e que pessoas que tem bons relacionamentos com parentes, amigos e vizinhos, tem bons relacionamentos com médicos e outros profissionais de saúde. O apoio mútuo, segundo o autor, pode servir de amortecedor, atenuando a produção de hormônios do estresse durante situações traumáticas, o que evidencia que o apoio psicossocial pode trazer efeitos positivos para a atividade do sistema imunológico. Assim, o apoio social oferece melhor saúde emocional e física e as pessoas que participam desses grupos se sentem com menos medo, menos ansiosas, mais estáveis emocionalmente, menos isoladas e preocupadas uma com as outras e que ao auxiliarem-se mutuamente nos grupos de apoio, os doentes também podem engrandecer seu próprio sentido de valor. O, portanto, apoio social não é a cura para doenças, mas pode ajudar no tratamento de doenças crônicas como a hipertensão arterial, e para os portadores de doenças ligadas ao emocional. Significa vida melhor, ou seja, melhora no bem estar dos indivíduos na capacidade para enfrentar os problemas, na percepção de que não são as únicas pessoas a passarem por tal problema, ou que outras pessoas passam por problemas piores – não é a única – não deve se isolar e que a redefinição dos valores é uma demonstração de cuidado pessoal. (p. 7)

Assim, deve-se considerar o homem com todas suas características pessoais, seu habitat, hábitos de vida e culturais e diante de seu cotidiano cria-se outra perspectiva de seu comportamento com o restante do mundo. Ele não se faz homem apenas como um ser constituinte do mundo, mas como um ser que faz e cria o mundo com seu conhecimento e modo de viver.

O homem como ser de relações é um pressuposto construído na pedagogia de Paulo Freire (2003) que concebe:

O homem como um ser de relações, que chega à distinção entre os dois mundos – o da natureza e o da cultura. Percebe-se a posição normal do homem como um ser no mundo e com o mundo, estabelecendo os conceitos de necessidade e trabalho, colocando a

cultura como objeto de conhecimento e trabalho como processo de transformação. Assim, se estabelece o conceito de grupo em termos simples e objetivos, onde as relações entre os homens não podem ser de dominação nem de transformação, mas de sujeitos. É a análise do diálogo, a comunicação entre consciências, os padrões de comportamento como manifestação cultural. (p.134)

Ao avaliar o homem, como um ser no mundo e as suas relações com o mundo, o autor observa que existe uma sintonia desse homem com a natureza e que ele também cria sua própria natureza. A convivência não deve ser imposta e dominadora. O diálogo é um alicerce das relações e das ações do homem e o homem é o sujeito em constante transformação, ou seja, o protagonista da história.

Sempre confiáramos no povo. Sempre rejeitáramos fórmulas doadas. Sempre acreditáramos que tínhamos algo a permutar com ele, nunca exclusivamente a oferecer-lhe. Experimentáramos métodos, técnicas, processos de comunicação. Superamos procedimentos. Nunca, porém abandonamos a convicção que sempre tivemos, de que só nas bases populares e com elas, poderíamos realizar algo de sério e autêntico para elas. (p. 110)

Ao fazer este relato, Freire (2003): afirma que se houvesse participação social e um trabalho voltado para a ação coletiva, as dificuldades encontradas ao se trabalhar com a saúde seriam mais amenas. E, dentro dessa perspectiva, o autor reflete sobre a posição do homem. Não se trata apenas estar no mundo, mas com ele, trava-se uma relação de mundo, sujeito, objeto, realidade que resulta o conhecimento, que expressa pela linguagem. (p. 112-113)

Segundo Jardim, Moura e Silqueira (2005) a percepção do indivíduo sobre sua situação influencia na busca da satisfação de suas necessidades. Sobre a adesão ao tratamento as autoras afirmam:

A adesão ao tratamento bem como a eficácia da assistência podem depender muito da percepção individual e do aspecto emocional do indivíduo no que diz respeito à doença. Para que se alcance êxito na adesão ao tratamento do cliente hipertenso, torna-se imprescindível que o profissional de saúde proponha uma ação terapêutica integral que envolva o contexto sócio-psicológico do cliente/paciente. (JARDIM, MOURA E SILQUEIRA, 2005, p. 2).

O homem não é um ser passivo, possui experiências, desejos, valores, realidades, às vezes diferentes de quem o educa. Este, por sua vez, não é sabedor de todo o

conhecimento. No tratamento das doenças, deparamo-nos com o momento do diagnóstico, que não surge apenas com os dados disponíveis já existentes. O diagnóstico é realizado com a sensibilidade de apreender a realidade das pessoas, com as quais estamos convivendo e não somente com o rigor da objetividade.

Sendo assim, é indispensável um trabalho que forneça ao cliente/paciente a motivação suficiente para vencer o desafio de adotar mudanças dos hábitos de vida, e que conscientize o mesmo sobre a necessidade de aderir ao tratamento, visando o auto-cuidado e prevenindo o risco de doenças cardiovasculares.

A informação é o primeiro passo para a correta adesão, orientando os clientes/pacientes quanto ao auto-cuidado e dividindo com eles a responsabilidade do seu tratamento, dando-lhes informações corretas e precisas a respeito de seu estado de saúde e a oportunidade de participar de seu próprio cuidado. O objetivo é melhorar o nível de conscientização do cliente/paciente hipertenso ao tratamento, reduzindo assim, a morbi-mortalidade pela HAS; melhorar o controle da hipertensão, prevenir as complicações cardiovasculares a médio e longo prazo; estimular a adesão ao tratamento; fornecer meios para estimular o bem-estar físico e emocional favorecendo assim uma melhor qualidade de vida e despertando o interesse e a vontade do paciente em aderir ao tratamento.

Assim, o Programa Saúde da Família propõe a superação da fragmentação dos cuidados à saúde decorrentes da divisão social e da divisão técnica do trabalho em saúde: eleger a família e seu espaço social como um núcleo básico central da abordagem no atendimento à saúde; humanizar as práticas de saúde e buscar a satisfação do usuário através do estreito relacionamento da equipe com a comunidade e do estímulo à organização comunitária para o exercício efetivo do controle social.

Segundo Rios (2003):

Qualquer sociedade se organiza com base na produção da vida material de seus membros e das relações daí decorrentes. A cultura, enquanto elemento de sustentação da sociedade e patrimônio dos sujeitos que a constituem, precisa ser preservada e transmitida exatamente porque não está incorporada ao patrimônio natural. (p.34).

O autor afirma que “o conceito de cultura deve ser considerado ao se estabelecer a relação entre educação e sociedade. Não há sociedade sem cultura e não se fala em cultura sem a referência a uma relação social”. (RIOS, 2003, p.30)

Para que haja envolvimento e apreensão do conceito de participação social, torna-se necessário articular a dimensão social e integrar os saberes técnicos com os saberes populares, buscando incorporá-los à realidade de uma determinada comunidade, caminhando para a interlocução saúde-intersetorialidade e interdisciplinaridade.

4 – QUALIDADE DE VIDA: A SUBJETIVIDADE DO PACIENTE

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (1998), a expressão qualidade de vida foi empregada pela primeira vez nos Estados Unidos em 1964, definindo seu conceito como um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida.

Moreira (2001) registra os primórdios do conceito próximo ao século XVI:

A idéia de qualidade de vida parece ser um acontecimento novo, surgido no final do século XX. Portanto, nos séculos XVI e XVII já era discutida a vinculação entre saúde, higiene e educação no sentido de estabelecer fundamentos para o prolongamento da vida. Nessa época já consideravam que prolongar a vida está relacionado ao sentido de uso ou utilização que fazemos da vida, quando mostra que, se soubermos fazer bom uso da vida, ela será longa ou suficiente; da mesma forma, se gastarmos de forma perdulária, ela será curta ou insuficiente. Como se vê, já nessa época identificamos um movimento pela saúde, pela qualidade de vida, e os problemas e riscos decorrentes dos excessos cometidos contra o corpo. (p.12)

Neste contexto, o autor reflete a idéia de qualidade de vida em toda a sua complexidade, não valorizando apenas o aumento da quantidade de anos.

A OMS (1998), ao discutir o conceito, aponta para a variedade de seus significados:

O termo qualidade de vida como vem sendo aplicado na literatura médica não parece ter um único significado (GILL e FEINSTEIN, 1994). Qualidade de vida relacionada com a saúde e Estado subjetivo de saúde são conceitos afins centrados na avaliação subjetiva do paciente, mas necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente. BULLINGER e cols. (1993) consideram que o termo qualidade de vida é mais geral e tem sido adotado em várias instâncias do mundo social, na política, nas questões ambientais, comerciais, na saúde, na educação e também no cotidiano das pessoas e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas. (p.1).

Essas diversas significações ressaltam as várias formas de viver e a percepção do homem como ser capaz de conceituar seu verdadeiro estado de saúde e cidadania, conceituando assim, sua qualidade de vida.

Sobre o conceito de qualidade de vida, Ribeiro (2001), afirma e correlaciona a qualidade de vida com:

... Cidadania plena (direitos civis, políticos e sociais), é fazer valer os direitos sociais, amparados por lei, conforme o artigo 6º da Constituição de 1988, sendo direitos sociais a educação, o transporte, a habitação, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância. (p. 111).

A implantação e efetivação de ações de educação e cidadania têm como objetivo despertar no sujeito a noção de seus direitos para que este se posicionasse e exigisse de forma autônoma o que lhe cabe enquanto cidadão.

Para Moreira (2001):

Vivemos em um mundo intensamente ativo, no qual os acontecimentos se sucedem de forma rápida e cuja única certeza é a adoção da mudança constante como novo paradigma social, organizacional e institucional. As pessoas, por sua vez, diante dessa realidade, têm adotado posturas reativas, acumulando atividades profissionais, assumindo compromissos de capacitação pessoal, cuidando da família, enfim, desdobrando-se para atender à múltiplas e concorrentes exigências da modernidade. (p.7)

Os comentários do autor levam à reflexão de que a modernidade trouxe novos comportamentos, mudanças nos perfis profissionais e nos hábitos das pessoas. O cidadão comum vê-se cada vez mais sobrecarregado de trabalho, de informações, esgotando-se em jornadas diárias cheias de eventos e afazeres. No entanto, a crescente intensidade da sobrecarga à qual as pessoas estão sendo submetidas tem sido acompanhada por estresse e doenças crônicas. Por essas razões, é mais do que imprescindível repensar a qualidade de vida.

Moreira (2001) comenta que:

Durante muito tempo, essa dimensão foi ignorada ou recebeu uma atenção reduzida, por ser considerada de menor impacto na vida das pessoas. Pesquisas científicas, contudo, têm despertado uma conscientização cada vez maior da humanidade para esse tema. Constatou-se, por exemplo, que o estresse é uma das principais

causas de morte entre os executivos e que o grau de incidência de doenças crônicas provocadas por esforços repetitivos já as alçou à categoria de epidemia. (p. 8)

Assim, o autor reflete que desde que esses assuntos passaram a receber a devida consideração, evidenciou-se que o tema requer, necessariamente, uma abordagem integrada, multifacetada e interdisciplinar, seja em termos profiláticos, seja em termos terapêuticos. Vários profissionais atuam juntos para propor soluções holísticas, voltadas para o bem-estar integral do ser humano. São diferentes pontos de vista com o objetivo de se articular em torno de um eixo comum, constituindo-se em um todo orgânico e reflexivo.

Segundo Moreira (2001):

A maioria das propostas, visando à busca da qualidade de vida, parte do princípio de que, alterando-se as estratégias daquilo que é feito, ou alterando-se alguns critérios que balizam ações no dia-a-dia, será possível reverter o quadro da desqualificação da vida atual. Muitas dessas propostas têm como suporte a “qualidade em educação”, a “qualidade da eficiência do e no trabalho”, a “qualidade dos serviços” prestados ao consumidor, apontando claramente pelo valor mercantil das propostas, pois elas são destinadas aos que têm o poder de aquisição. (p.11)

Fazendo um contraponto com o pensamento de época, observa-se que as propostas de qualidade de vida do tempo atual vêm no sentido de prolongar a vida como um valor por si só, descartando-se as preocupações sobre como usamos essa vida. O prolongar a vida é um valor biologicamente desejável, posto como um valor cultural. Prolongar a vida, hoje, torna absoluta a cronologia, traduzida como longevidade e esperança de vida. A falta de cuidados para atingir esse fim é alertada por campanhas contra seus riscos, pelo valor negativo para as finanças públicas nos gastos com a saúde.

O autor afirma, ainda que:

O tema da qualidade de vida é presente, e pensa-lo para o futuro, com base nas perspectivas do presente, requer pensa-lo na pluralidade de perspectivas do presente. Faz-nos lembrar que o século XX foi considerado um século de progressos, de desenvolvimentos, de grandes descobertas, mas, ao mesmo tempo, foi um século de convulsões, de horrores, de holocausto, de guerras mundiais. Vivenciou-se, nesse período, o verdadeiro significado da crise, quando os perigos conviveram com as oportunidades de mudança. Arriscamos dizer que o conceito atual de qualidade de

vida, precisa ser entendido em sua complexidade, dentro dos avanços e retrocessos. Qualidade de vida significa vivenciar tudo ao mesmo tempo, em qualquer área do conhecimento humano, levando em consideração a interdependência de saber ver, saber perceber, saber conceber e saber pensar. (p. 15)

Saber ver, saber perceber, saber conceber e saber pensar uma visão globalizada de qualidade de vida, segundo o autor, sintetiza todos os seus parâmetros de passado, presente e futuro e abordando a necessidade do conhecimento humano para vivenciar todas essas mudanças.

Tentar caminhar em propostas que visem à qualidade de vida exige de nossa parte uma grande abertura, abertura essa possível se conseguirmos desprender de nossos atuais pensamentos, de nossa forma de ver a própria realidade, enfim, há que se ter disposição de considerar uma outra forma de entender o mundo e a própria vida. O desafio maior está em caminharmos na direção de mudar a nossa maneira de pensar, agir e sentir.

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000):

O termo qualidade de vida aparece sempre com sentido bastante genérico. Porém, em nenhum momento, existe uma definição dessa relação, seja no nível mais elementar de noção, e muito menos, como conceito. Isso quer dizer que se a idéia geral de qualidade de vida está presente, precisa ser mais bem explicitada e clarificada. (p. 2).

Os comentários dos autores levam à reflexão da necessidade de modificar os amplos significados que a qualidade vem trazendo em sua concepção, considerando ainda, a necessidade de tornar esses conceitos mais bem esclarecidos, ou quem sabe, mais populares. Os autores registram a Palestra de Rufino Netto (1994), que abre o 2º Congresso de Epidemiologia com a seguinte interlocução:

Vou considerar como qualidade de vida boa ou excelente aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciência ou artes. Falta o esforço de fazer da noção um conceito e torná-lo operativo. (RUFINO NETTO, 1994 apud MINAYO *et al*, 2000, p.2).

Minayo et al (2000) considera que a área médica, já incorporou o tema *qualidade de vida* na sua prática profissional. No referencial da clínica, para designar o movimento de oferta de técnicas de melhorias nas condições de vida dos enfermos para situações de lesões físicas ou biológicas. A expressão usada é *qualidade de vida em saúde*. No entanto, a noção de *saúde* é totalmente funcional e corresponde ao seu contrário: a doença em causa, evidenciando uma visão medicalizada do tema. No campo da saúde, segundo os autores, o discurso da relação entre saúde e qualidade de vida, existe desde o nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX, com a finalidade de dar subsídios para políticas públicas e movimentos sociais da época.

A intrínseca relação entre condições e qualidade de vida e saúde existe desde clássicos da medicina social da discussão até, nos últimos anos, e tem como conceito de promoção da saúde sua estratégia central. Citando o relatório *Lalonde* (1974), os autores registram que:

Tal conceito foi definido, tomando como base na concepção atual do que se consideram os determinantes da saúde: 1) o estilo de vida; 2) os avanços da biologia humana; 3) o ambiente físico e social e 4) serviços de saúde. Conferências mundiais e regionais (MS, 1997) têm debatido e ampliado o sentido do conceito de promoção que, a nosso ver, constitui a estratégia chave da discussão da qualidade de vida pelo setor (MINAYO, HARTZ e BUSS, 1998, p. 4).

Por fim, é importante observar também que, em todas as pesquisas feitas sobre qualidade de vida, valores não materiais, como amor, liberdade, solidariedade e inserção social, realização pessoal e felicidade, compõem sua concepção.

Para se falar em qualidade de vida, os autores consideram como patamar mínimo e universal a satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva. No mundo atual, que se inclui ainda, desemprego, exclusão social e violência que são, de forma objetiva, reconhecidos como a negação da qualidade de vida. Estes são componentes passíveis de

mensuração e comparação, desde que sejam permanentemente relativizados culturalmente no tempo e no espaço.

A qualidade de vida relacionada à saúde está vinculada ao valor atribuído à vida, que pode ser ponderado através das percepções e condições sociais induzidas pela doença, seus agravos e tratamentos. Em suas diversas definições, a qualidade de vida engloba aspectos sociais, emocionais e de bem-estar físico dos pacientes, antes, durante e após o tratamento e os seus impactos enquanto habilidades para conduzir sua vida.

Assim, conclui-se que os termos denominados para conceituar qualidade de vida são diversificados em suas expressões, mas, na sua amplitude registram a necessidade de agregar valores para uma resultante social e coletiva, relacionando os modos de viver, as condições e estilos de vida aos direitos humanos e sociais.

Agregando os termos e expressões utilizadas para conceituar Promoção de Saúde, Participação Social e Qualidade de Vida, a autora deste projeto pretende refletir sobre como as práticas de educação em saúde estão inter-relacionadas com a proposta de “grupo operativo” para portadores de hipertensão arterial. Na vivência, observando os comportamentos e conhecendo os modos de viver dessa comunidade, fica explícita a necessidade de trabalhar mais efetivamente valores pessoais, morais e de cidadania no sentido de despertar no sujeito a importância de sua participação. É preciso despertar no homem ou na sociedade em geral o direito a cidadania para que este possa se integrar na construção de sua história.

Analisando a qualidade de vida sob a ótica da hipertensão, torna-se um grande desafio conhecer o impacto da doença e seu tratamento sobre a vida do paciente. O conhecimento do diagnóstico da hipertensão arterial tem muita interferência na qualidade de vida da pessoa e em alguns aspectos negativos, a rotulação “hipertenso” criam um estigma no paciente, após a descoberta da doença.

Vários são os fatores que evidenciam o déficit na qualidade de vida dos hipertensos, além da aquisição do “rótulo”, e, isso pode ser atribuído também à própria doença e aos efeitos adversos das drogas usadas no tratamento.

Considerando o caráter crônico e incapacitante da hipertensão arterial e sua detecção quase sempre tardia, devido ao seu curso assintomático e prolongado e também sua elevada prevalência, torna-se um grande desafio conhecer como os pacientes sabidamente portadores de hipertensão arterial vivem e convivem com a doença. A hipertensão arterial é responsável por 40% dos óbitos decorrentes de complicações vasculares e uma das dificuldades encontradas na diminuição desta alta prevalência de morbi-mortalidade é a falta de adesão ao tratamento, o qual requer muito além da utilização de medicamentos, a modificação de hábitos de vida.

Jardim, Moura e Silqueira (2005), afirmam que as condições sociais de uma população têm peso expressivo na determinação de seu perfil de saúde. Considerando que a concepção de saúde é formada por meio da vivência e experiência pessoal de cada indivíduo a pesquisa realizada propôs o conhecimento mais pessoal das razões da adesão e não adesão dos usuários hipertensos aos grupos de educação em saúde bem como conhecer o indivíduo/usuário em suas particularidades sobre sua situação de saúde e nível de conhecimento sobre a hipertensão arterial. A pesquisa possibilitou também o conhecimento sobre os impedimentos que geram a baixa adesão ao grupo de educação em saúde evidenciando-se a necessidade de motivar o paciente a adotar mudanças de hábitos de vida e se conscientizar sobre a necessidade de aderir ao tratamento.

Os grupos de educação em saúde buscam levar ao paciente o conhecimento sobre a doença, as medidas preventivas e tratamento regular, que melhorem sua qualidade de vida e previna complicações futuras dando-lhes informações e a oportunidade de participar de seu próprio cuidado. Portanto, acreditando que a adesão ao tratamento depende muito da percepção individual que o paciente tem a respeito da doença e sendo a Educação em Saúde um dos mais importantes elos de ligação entre profissionais e usuários equivale dizer que deve-se promover meios que estimulem a responsabilidade comunitária através do acesso fácil e oportuno a informações de saúde.

5 - OBJETIVOS

5.1- Objetivo Geral

Identificar e analisar os fatores que contribuem e/ou prejudicam para a participação no grupo de educação em saúde para hipertensão arterial.

5.2- Objetivos Específicos

- Conhecer as variáveis sócio-demográficas e psicossociais que afetam e/ou interferem na adesão ao grupo.
- Verificar o nível de conhecimento em relação à hipertensão arterial .
- Conhecer as ações de saúde efetivamente desenvolvidas que garantem a qualidade de vida em cada grupo de hipertensos em grupos de educação em saúde.
- Identificar os impedimentos que geram a baixa adesão aos grupos de educação em saúde.
- Discutir o significado da educação para a saúde na qualidade de vida do portador de hipertensão arterial.

6 - METODOLOGIA

Por envolver seres humanos, esse projeto de pesquisa foi enviado para avaliação ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presidente Antônio Carlos UNIPAC – Barbacena MG, segundo a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A abordagem metodológica pretendida foi realizada através de uma abordagem quantitativa, através de um questionário, previamente estruturado, composto de questões fechadas e abertas, os procedimentos metodológicos forneceram dados importantes para as análises a serem realizadas.

6.1- *Lócus* Da Pesquisa

O município escolhido para *lócus* dessa pesquisa é constituído por 2.068 pessoas, dentre essas, 323 são portadoras de hipertensão arterial, o que equivale a um percentual de hipertensos equivalente a 15,62% da população adulta entre 20 e 60 anos em ambos os sexos. O Programa Saúde da Família – PSF foi implantado em 2001, quando realizou seu diagnóstico de saúde, através do cadastro das famílias no PSF. (SIAB-MS/2007)

A equipe de saúde da família é formada por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, que atendem a 100% da população do município.

Inicialmente os portadores de hipertensão arterial foram cadastrados e devido ao percentual significativo da doença iniciei algumas abordagens e bate-papos informais no centro de saúde com os pacientes hipertensos, surgindo então, a idéia de formalizar a preocupação com o estado geral de saúde dessa população definida enquanto portadores de hipertensão arterial.

6.1.2 - Participantes

Os participantes da pesquisa foram selecionados entre 323 portadores de hipertensão arterial cadastrados no Programa Saúde da Família – PSF, na microárea de abrangência na região central urbana da cidade devido ao melhor acesso a esses usuários, visto que as demais microáreas são em localidades rurais e a dificuldade de acesso é um fator que também prejudica a participação nos grupos de educação em saúde. Tendo como critério, a participação, que possibilitará a pesquisa em dois grupos, foram entrevistadas 40 pessoas portadoras de hipertensão arterial, sendo 20 que freqüentam o grupo de educação em saúde e 20 que não freqüentam o grupo de educação em saúde.

Grupo 1 – 20 Hipertensos - que freqüentam o grupo de educação em saúde.

Grupo 2 – 20 Hipertensos - que não freqüentam o grupo de educação em saúde.

O número de 40 entrevistados dos grupos foi considerado pelos pesquisadores como suficiente diante do universo de 323 pessoas hipertensas no município.

No grupo 1 foram entrevistados 18 pessoas do sexo feminino e 2 pessoas do sexo masculino. No grupo 2 foram entrevistados 14 pessoas do sexo feminino e 6 do sexo masculino.

6.1.3 - Material e Instrumento

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Cada participante foi informado individualmente sobre a pesquisa. Concordando em participar da mesma como entrevistado, foram coletadas as assinaturas dos mesmos.

- Modelo de Questionário

O questionário foi o instrumento de coleta de dados construído previamente para a realização da pesquisa. Está constituído de 18 questões sendo 12 fechadas e 06 abertas, sobre o tema contendo, em sua maioria, itens e subitens. Foi aplicado pela pesquisadora após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, através da técnica de leitura e assinalamento de cada questão.

6.1.4- Procedimentos

A aplicação do questionário foi feita, após a aprovação do projeto no Comitê de Ética da UNIPAC / Barbacena e contemplou portadores de hipertensão arterial de uma micro-área de abrangência do PSF.

Antes da aplicação, foi explicado, individualmente, a cada participante sobre a pesquisa e foi informado de que a participação na pesquisa é de caráter voluntário.

Os 40 participantes foram entrevistados no serviço de saúde da prefeitura de Queluzito-MG, através do PSF e Centro de Saúde e também em sua residência (os que não participam dos grupos).

Após aprovação do Comitê de Ética da UNIPAC/Barbacena, a pesquisa de campo foi iniciada. A pesquisa teve duração total de aproximadamente 2 anos para seu término e considerações finais, contando com o período do curso.

Os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de palestras para a equipe de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde - SUS , desde que resguardados a identidade dos sujeitos pesquisados. O registro das respostas serão guardadas por 5 anos e após incineradas pelo pesquisador.

6.2 – Análise dos Dados

Após realizada a coleta de dados com os dois grupos indivíduos portadores de hipertensão arterial que freqüentam o grupo de educação em saúde e, indivíduos que não freqüentam o referido grupo, - a análise dos resultados remete, num primeiro momento, ao conhecimento das variáveis sócio-demográficas que afetam e/ou interferem na adesão a Educação em Saúde.

Fuchs *et al* (2004) consideram que:

A adesão ao tratamento refere-se ao cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam elas medicamentosas ou não, com o objetivo de manter a pressão arterial em níveis normais. Pode-se dizer que a adesão é um meio para se alcançar um fim, ou seja, uma abordagem para a manutenção ou melhora da saúde, buscando diminuir os sinais e sintomas da doença. Portanto, a adesão ao tratamento é um processo comportamental complexo que sofre

influencias do meio ambiente, dos profissionais de saúde e de cuidados de assistência médica. (p.90)

A análise das variáveis sócio-demográficas será discutida a partir de variáveis, tais como: faixa etária, grau de instrução, tempo de hipertensão, fatores que levam ou levaram ao aumento da pressão arterial, tratamento atual, efeitos do tratamento e dificuldades que encontra para fazer o tratamento.

Outras variáveis foram distintas entre os grupos, tais como: porque freqüenta o grupo, como vem ao grupo, se depende de alguém para vir ao grupo, quais atividades que mais gosta no grupo e por que e atividades que menos gosta e o que o impede de freqüentar o grupo.

Pierin *et al* (2004), afirmam que:

A não-adesão é um impedimento ao alcance dos objetivos terapêuticos e pode constituir-se em sérias complicações inerentes ao não-controle tensional. A falta ou a pouca adesão ao tratamento anti-hipertensivo é um elemento agravante, podendo ser classificado como um fator de risco para a própria doença. São determinantes da adesão ao tratamento: o paciente, os aspectos psicossociais, a doença, as crenças, o hábito de vida, os aspectos culturais, o tratamento, a instituição, o relacionamento com a equipe de saúde e as condições concomitantes. (p.101)

O conhecimento sobre a doença e o tratamento também é uma variável muito considerada. De um modo geral, os hipertensos possuem a informação sobre sua problemática de saúde, porém não estão devidamente controlados. O conhecimento é racional e a adesão é um processo complexo envolvendo fatores emocionais e barreiras concretas, de ordem prática e logística.

Para a discussão dessas variáveis, a partir dos resultados, foram elaborados alguns gráficos, que estarão dispostos a seguir sempre na seguinte ordem:

(Grupo 1) – Portadores de Hipertensão Arterial que freqüentam as atividades do Grupo de Educação em Saúde e;

(Grupo 2) – Portadores de Hipertensão Arterial que não freqüentam as atividades do Grupo de Educação em Saúde.

6.2.1 – Variáveis Sócio-Demográficas

6.2.1.1 – Faixa Etária

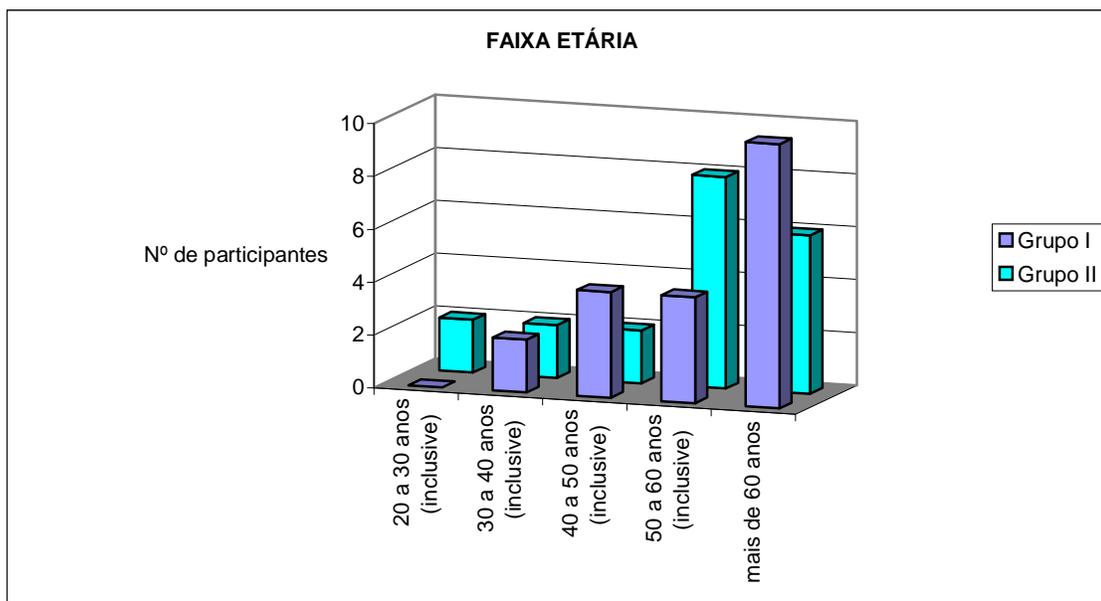


Figura 1 – Faixa etária do público entrevistado

Com relação a Faixa Etária, os dados revelam que o público pesquisado, cerca de 70% dos indivíduos estão nas faixas etárias de 51 anos ou mais. Esse resultado revela que ambos os grupos são representativos de que a Hipertensão ocorre com maior incidência em idades avançadas. (MS, 2002)

O que se torna mais expressivo nesses dados é que no grupo que freqüenta as atividades de educação e saúde cerca de 50% dos indivíduos estão na faixa etária de 61 anos e mais, ou seja, são pessoas idosas.

6.2.1.2 – Sexo

A pesquisa realizada não levou em consideração o sexo para os integrantes da amostra e os dados encontrados revelam as seguintes evidências com relação à distinção por sexo:



Figura 2 – Sexo 1

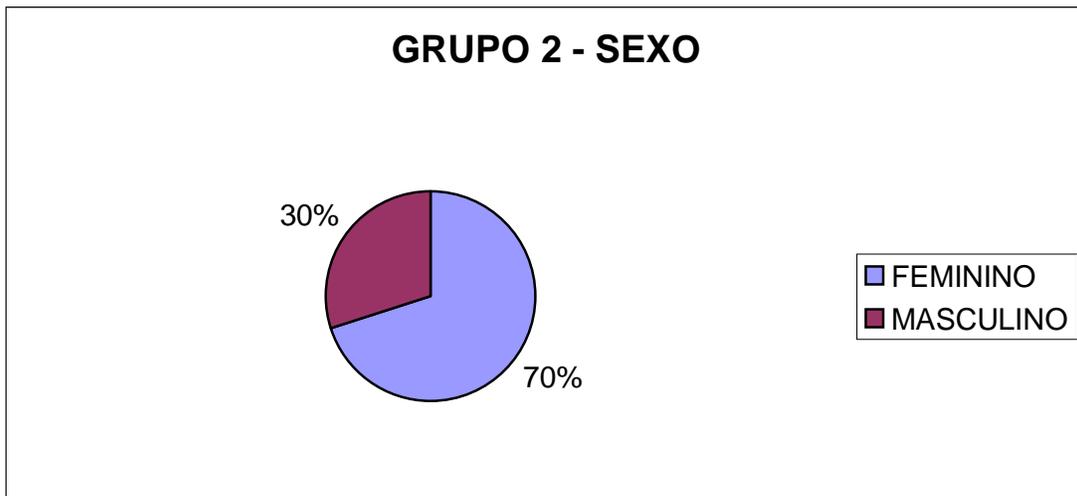


Figura 3 – Sexo 2

Neste contexto, no grupo total pesquisado 80% corresponde ao sexo feminino e 20% ao sexo masculino. As figuras acima demonstram que os indivíduos que participam do grupo de educação em saúde 90% foram representados pelo sexo feminino e 10% pelo masculino. Dos indivíduos que não frequentam o grupo, 70% são do sexo feminino e 30% do sexo masculino.

6.2.1.3 – Grau de Instrução

Sobre o grau de instrução dos indivíduos, participantes e não-participantes, constata-se o seguinte quadro:

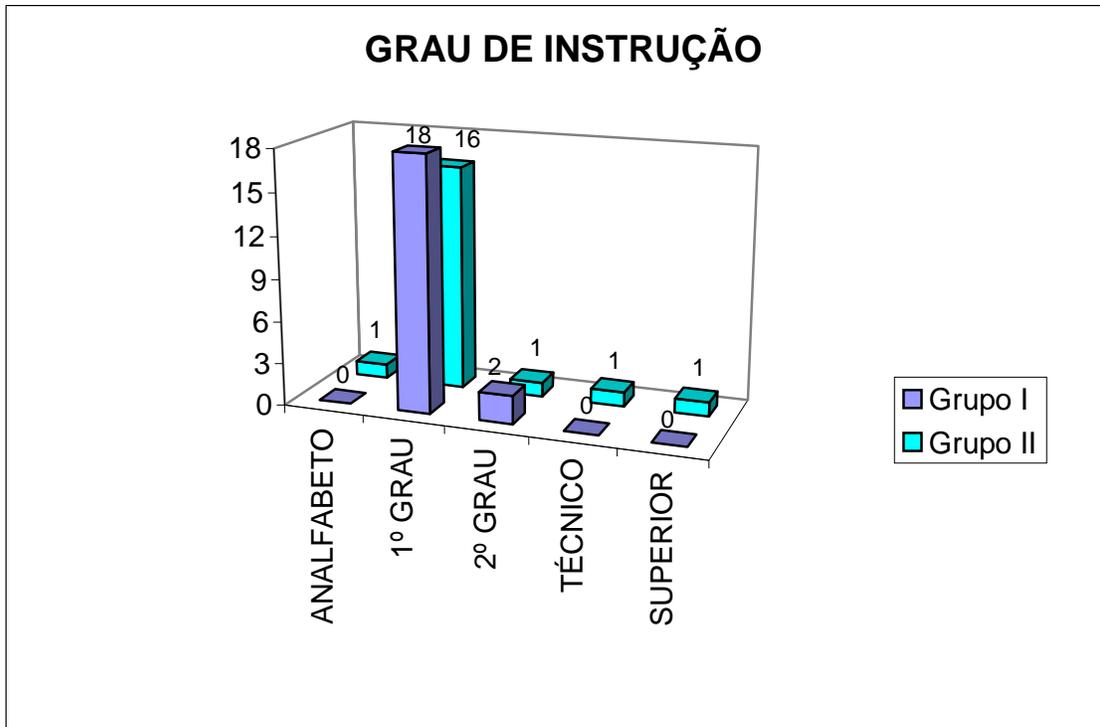


Figura 4 – Grau de instrução do público entrevistado

Com relação aos dados referentes às diferenças entre o grupo que participa e o grupo que não participa, observa-se um resultado semelhante nas figuras: a grande maioria teve pouco acesso à escola. Um grande percentual de indivíduos, de ambos os grupos, possui apenas o 1º grau, sendo em sua maioria incompleto e referente à 4ª série do ensino fundamental.

6.2.1.4 – Tempo de Hipertensão

Com relação ao tempo de Hipertensão os resultados revelam diferenças entre os grupos avaliados.

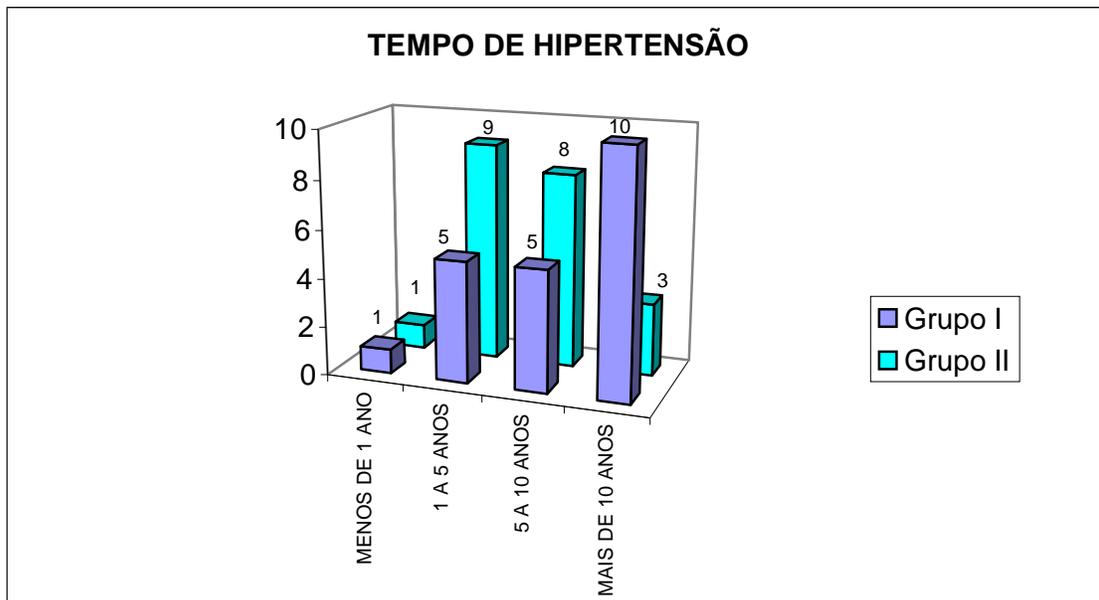


Figura 5 – Tempo de Hipertensão do público entrevistado

Ao comparar o primeiro grupo, o grupo dos que participam das atividades de Educação em Saúde, com o segundo grupo, dos que não participam, os resultados apresentam-se da seguinte forma:

Ao analisar o tempo de hipertensão dos dois grupos, observa-se que os indivíduos que participam do grupo apresentam-se com o diagnóstico da Hipertensão num período de tempo maior - mais de 10 anos - e os que não participam, esse tempo é ignorado, ou seja, os indivíduos que não participam do grupo de educação em saúde não expressam, na pesquisa, preocupação com o tempo de diagnóstico da doença hipertensiva, e este é um dos fatores de risco importantes ao se abordar a doença.

6.3. – Outras variáveis

Ao ser discutido, o tema da hipertensão arterial, enquanto problema de saúde pública, se apresenta como um problema grave que acomete grande parte das famílias brasileiras em todas as camadas sociais. Nessa discussão, alguns itens se tornaram prioritários pela multifatorialidade da doença hipertensiva, que esta frequentemente associada a alterações metabólicas e hormonais e, também, a doenças cardíacas e vasculares.

6.3.1 – O conhecimento sobre a Hipertensão Arterial

Nessas análises, em ambos os grupos, o objetivo foi saber quais fatores levam ou levaram ao aumento da pressão arterial, sendo pesquisados: se existem casos de pressão alta na família, se possui o hábito de beber e fumar, se praticam alguma atividade física e se apresenta sobrepeso ou obesidade.

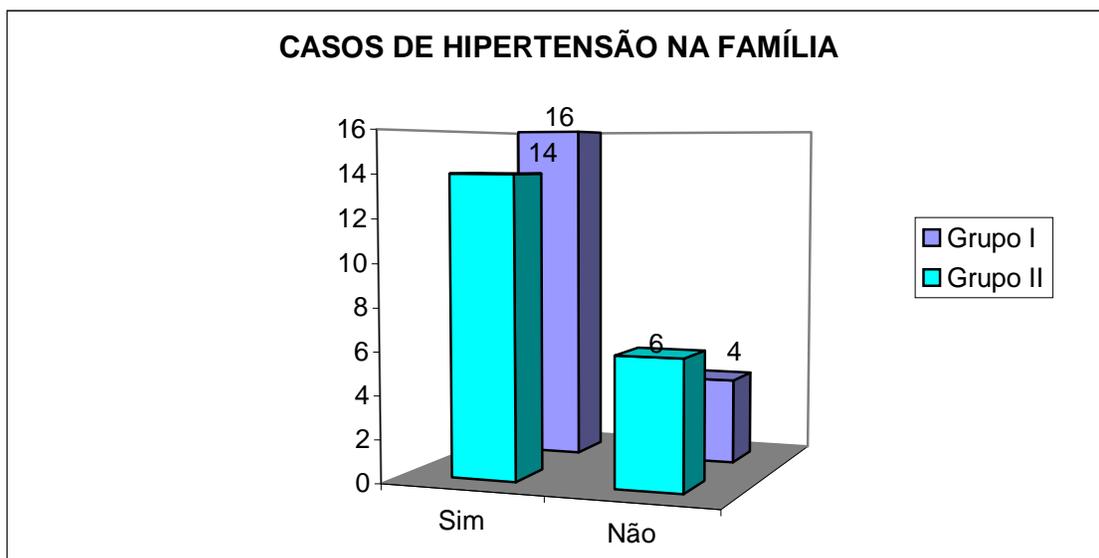


Figura 6 – Casos de hipertensão na família

No que se refere ao conhecimento a Hipertensão Arterial, conforme a figura 6, observa-se que ambos os grupos relacionam a hipertensão arterial às características da hereditariedade, ou seja, 80% do grupo 1, e, 70% do grupo 2 citam casos de pressão alta na família.

O hábito de fumar é um dos fatores de risco relacionados com a doença hipertensiva e que influencia nas condições de vida do indivíduo.

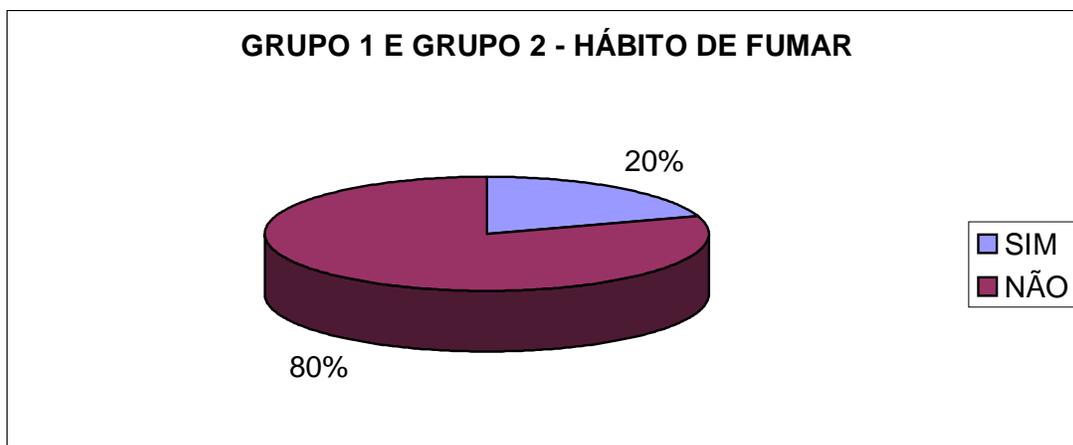


Figura 7 – Hábito de fumar

Os dados referentes ao hábito de fumar se evidenciam em ambos os grupos de forma semelhante, ou seja, em ambos os grupos o hábito de fumar não é apresentado como um fator de risco para esses indivíduos, visto que apenas 20% em ambos os grupos da pesquisa relatam ter esse hábito.

Apesar de esse índice ser relativamente baixo, é importante notar que, se somados esses 20% de cada um dos grupos, totalizam-se 8 pessoas fumantes, em risco para o agravamento da doença.

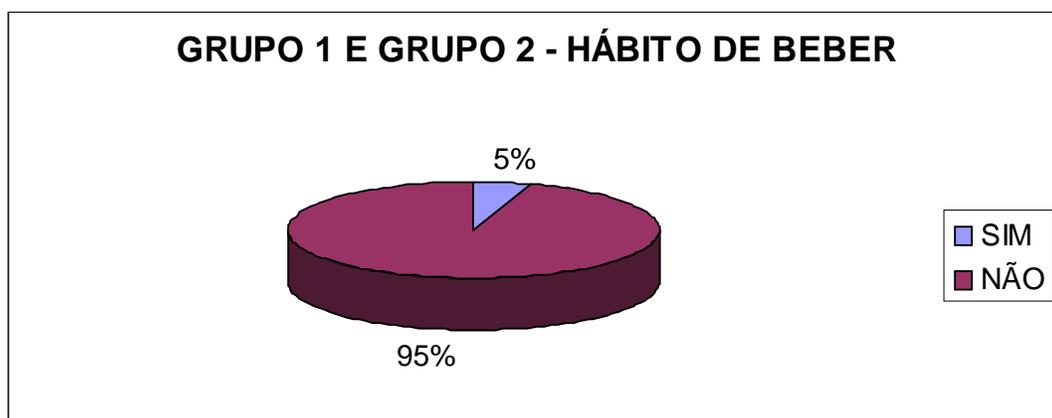


Figura 8 – Hábito de beber

O hábito de beber também é dos fatores de risco para a doença hipertensiva, é um fator mais relevante devido a interação da bebida com ação medicamentosa, outro

fator que pode ser considerado, é o fato do indivíduo se embriagar e esquecer de fazer uso do medicamento.

Analisando as figuras 7 e 8 observa-se a semelhança, visto que, apenas 5% dos pesquisados em ambos os grupos, relatam ter o hábito de beber. Apenas 1 pessoa relatou ter o hábito de beber.

A atividade física também é um fator que tangencia a questão da hipertensão arterial. São diversos os estudos que remetem a prática de atividade física como um dos fatores imprescindíveis para uma boa saúde física e mental.

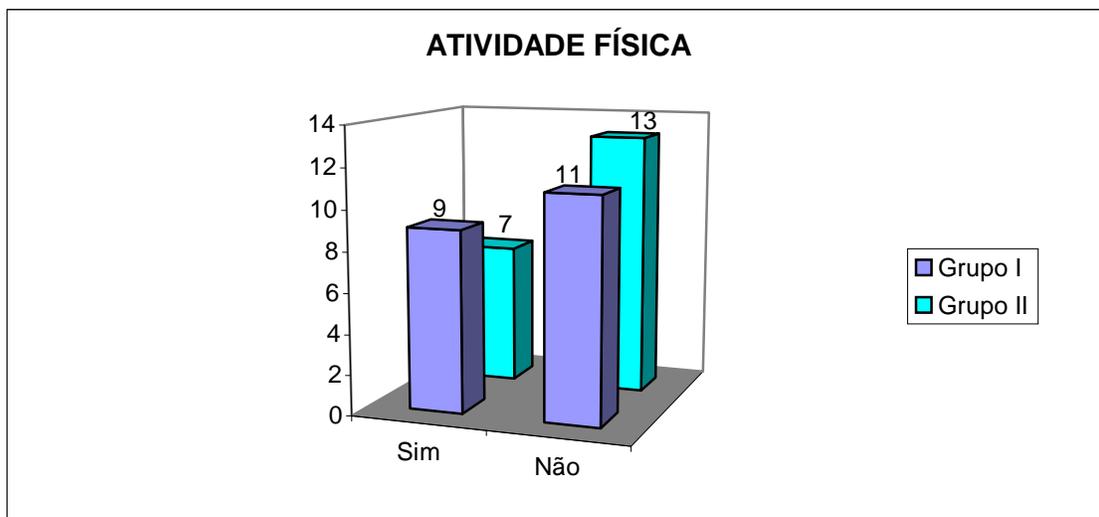


Figura 9 – Atividade física

No que se refere à falta de atividade física, a análise da figura evidencia a importância da conscientização sobre a hipertensão arterial. O primeiro grupo, o grupo que participa da educação em saúde, 45% dos entrevistados revela ter uma compreensão um pouco maior de que a falta da atividade física representa um risco para a sua saúde. Do segundo grupo, apenas 35% relaciona a falta de atividade física como um dos fatores que levaram ao aumento da sua pressão arterial.

O sobrepeso também é um fator de risco para doença hipertensiva e também para as doenças cardiovasculares. O indivíduo com sobrepeso geralmente apresenta os níveis lipídicos alterados e, conseqüentemente aumenta os agravos à sua saúde.

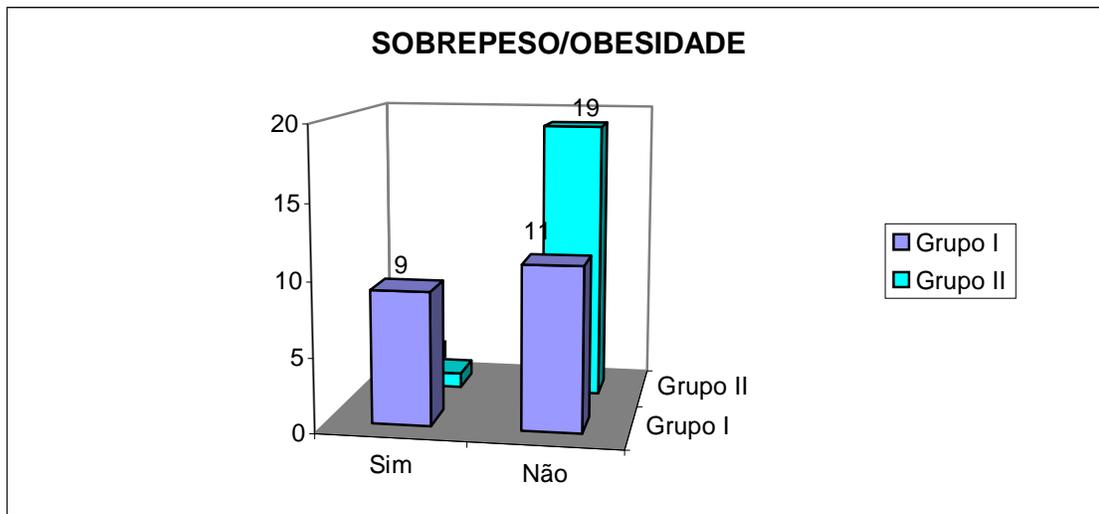


Figura 10 – Sobrepeso/obesidade

Essa figura é a que mais evidencia a preocupação e/ou grau de informação sobre a hipertensão arterial e seus fatores de risco. O grupo que participa responde em 45% que a obesidade leva ao aumento da pressão arterial e no grupo que não participa, apenas 5% consideram a obesidade como um desses fatores.

Outros fatores de risco foram citados em ambos os grupos, tais como: ansiedade, nervosismo e estado emocional e diabetes, respectivamente pelos grupos 1 e 2.

6.3.2 – Manutenção dos Fatores de Risco

Ao pesquisar sobre os fatores de risco a pesquisa direcionou as perguntas aos usuários abordando quais os fatores que levam ou levaram ao aumento de sua pressão arterial, tais como: Casos de pressão alta na família, hábito de fumar, hábito de beber, falta de atividade física, sobrepeso / obesidade e também outros fatores que possam interferir e agir como risco para a doença, se esses fatores continuam presentes.

Os dados revelam uma realidade ainda preocupante:

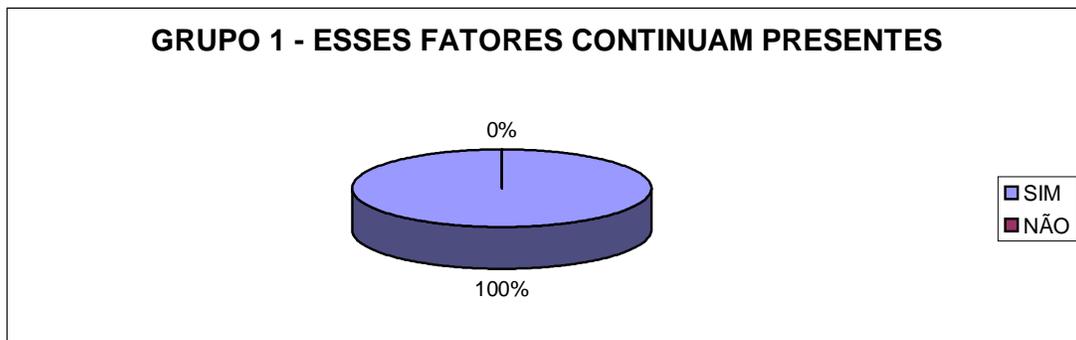


Figura 11 - Esses fatores continuam presentes 1

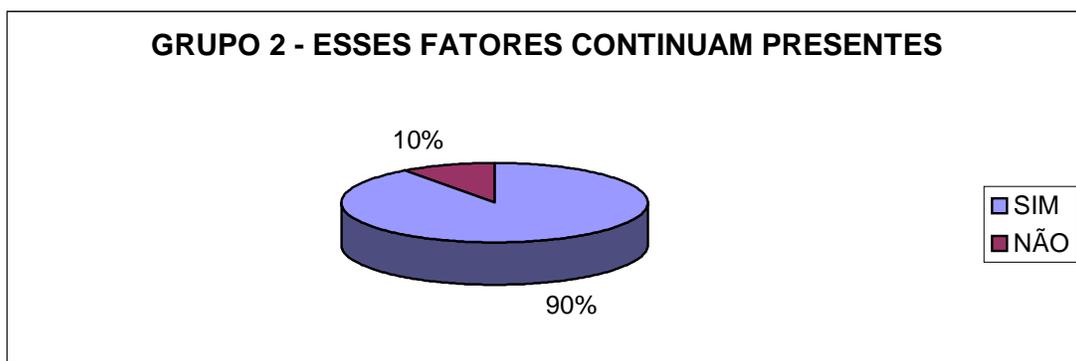


Figura 12 - Esses fatores continuam presentes 2

As figuras referentes aos fatores de risco revelam que todas as pessoas do Grupo 1, aqueles que participam das atividades de educação em saúde, e a maioria do Grupo 2, os que não participam, apesar de deterem algum conhecimento sobre os fatores de risco para Hipertensão Arterial, mantêm, em seu cotidiano, alguns desses fatores.

6.3.3 – O Tratamento da Hipertensão

O gráfico abaixo se refere ao tratamento atual da hipertensão que se distribui entre dietas, medicamentos e exercício físico - fatores que os entrevistados se reportam ao buscarem melhores condições de saúde para o enfrentamento da Hipertensão. Os resultados apresentam dados relevantes para este estudo:

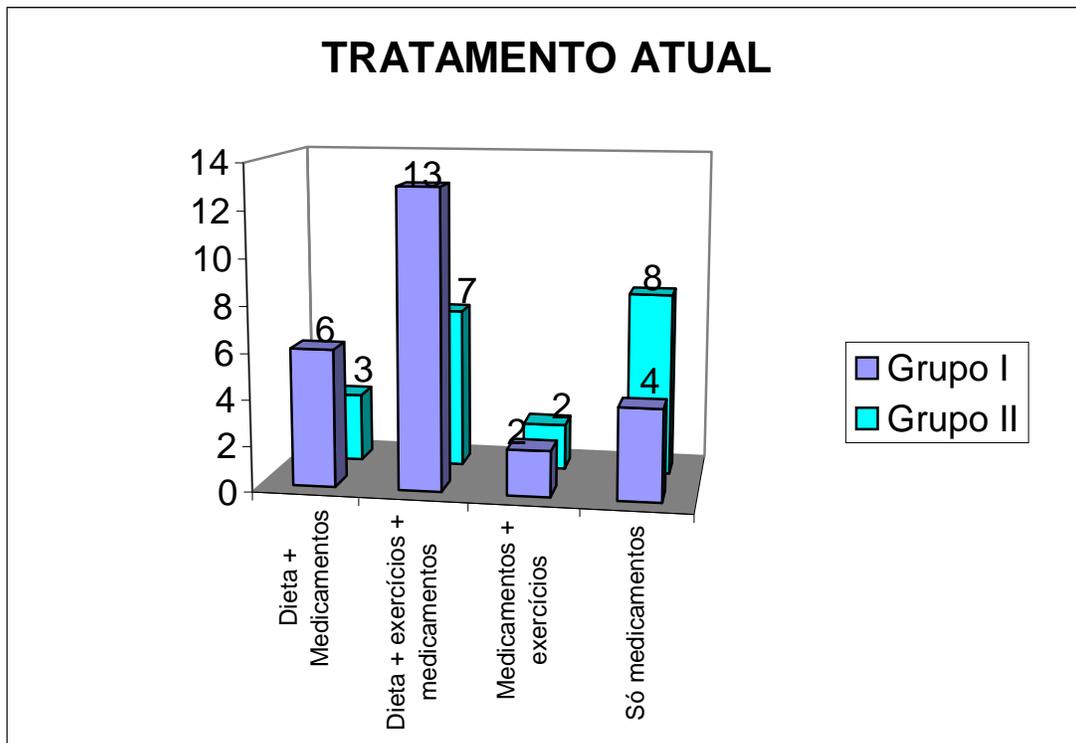


Figura 13 – Tratamento atual

Os registros evidenciam que o tratamento atual dos indivíduos que participam do grupo de educação em saúde, o Grupo 1, é baseado em dieta + exercício + medicamentos e Grupo 2, o dos que não participam, é baseado apenas em medicamentos. No grupo 2 há uma maior diversificação do tratamento.

6.3.4 – Representações sobre o efeito do Tratamento da Hipertensão na saúde dos indivíduos

Dentre os objetivos propostos por essa pesquisa, tornou-se importante verificar como os sujeitos entrevistados representam os efeitos do tratamento em sua saúde.

Com relação a esse item, apresenta-se o seguinte resultado:

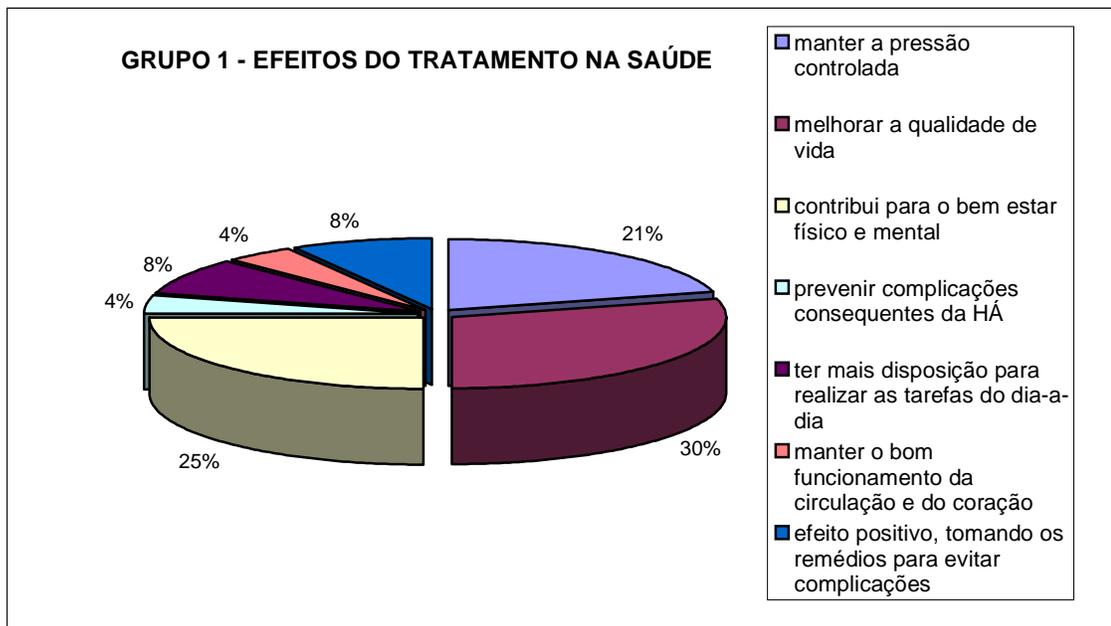


Figura 14 - Efeitos do tratamento na Saúde

Quanto aos percentuais mais significativos da figura *Efeitos do tratamento na saúde*, pode-se dizer que há uma interação significativa entre eles, ou seja, manter a pressão controlada esta intimamente relacionada a melhora da qualidade de vida e este fator tendo sua relevância abordada pelo individuo ganha mais méritos visto que ele demonstra interesse pela sua saúde.

6.3.5 – Dificuldades encontradas na realização do Tratamento da Hipertensão

A figura apresentada a seguir, se refere às dificuldades encontradas pelos sujeitos da pesquisa.

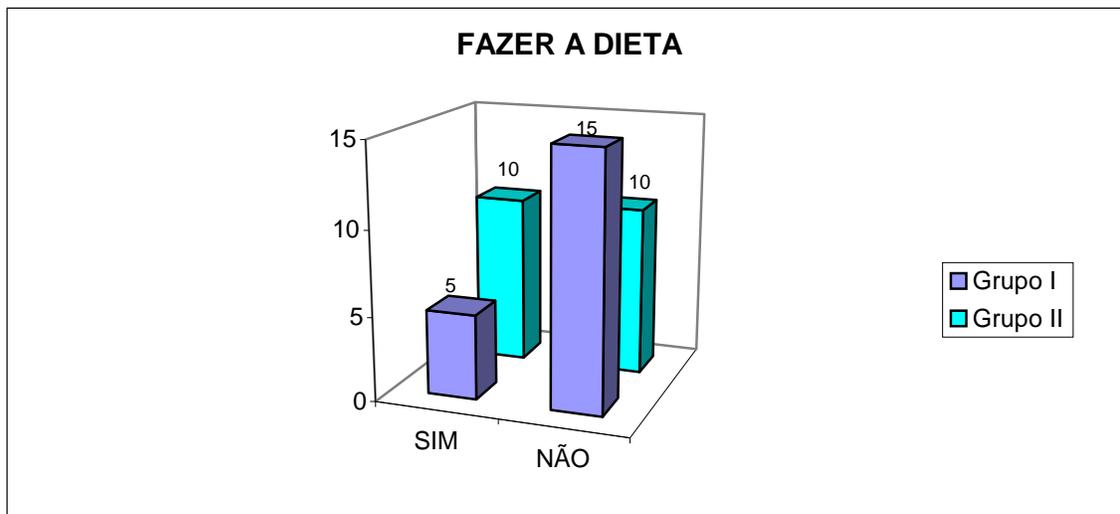


Figura 15 – Fazer a dieta

A análise comparativa entre esse gráfico revela que os indivíduos que freqüentam o grupo de educação em saúde apresentam menores índices de dificuldades em acompanhar a dieta do hipertenso, ou seja, possuem outras formas de manter uma alimentação saudável. É importante notar que durante as atividades do grupo de educação e saúde, os indivíduos trocam informações e experiências entre si e se conscientizam que a dieta é um fator muito importante em seu tratamento para o controle da hipertensão arterial. Essa análise demonstra que o grupo de educação em saúde, pode contribuir para mudança de hábitos dos indivíduos.

Outro fator de mudança de hábitos que merece destaque, é a atitude de tomar remédio na hora certa:

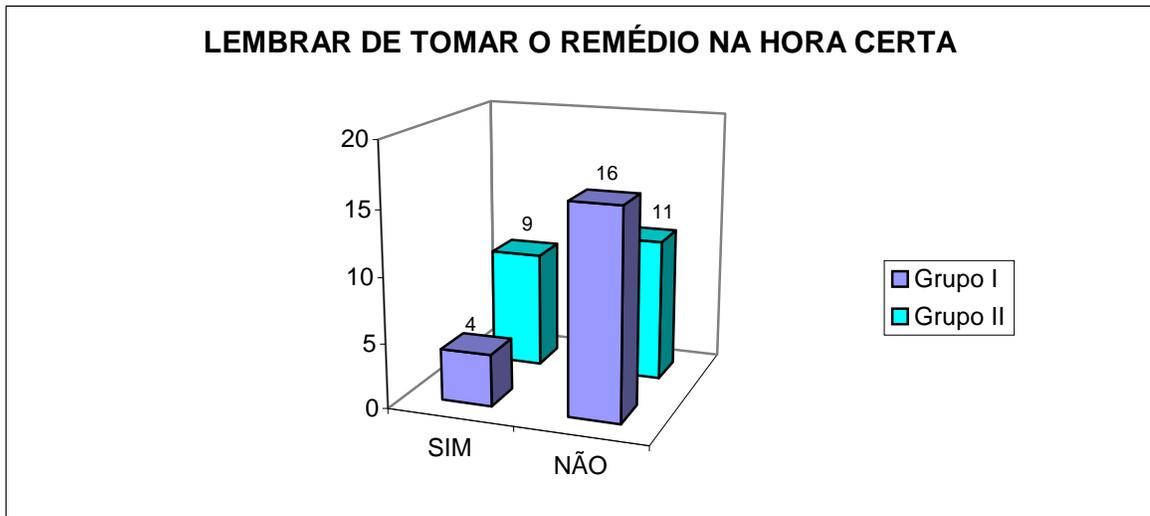


Figura 16 – Lembra de tomar o remédio

Conforme demonstra a figura, lembrar de tomar o remédio, para 80% dos indivíduos que freqüentam o grupo de educação em saúde não é um problema, enquanto que para os que não freqüentam, isso simboliza apenas 55%. Este assunto, também é muito reforçado durante as atividades do grupo de educação e saúde. A equipe de saúde tem o objetivo de fazer com que o indivíduo não veja seu remédio de forma despreziva e sim como mais um aliado ao seu tratamento e que este, por sua vez, deve acompanhá-lo em todas as circunstâncias de sua vida, tais como viagens e passeios.

Com relação aos exercícios físicos, os dados apresentam-se da seguinte forma:



Figura 17 – Fazer o exercício físico

Este fator analisado também representa uma grande importância para o tratamento e a qualidade de vida do portador de hipertensão arterial. Os dados encontrados na figura são relevantes para esta pesquisa, visto que ambos os grupos consideram significativamente que o mais difícil é fazer o exercício físico.

Diante do exposto, outros questionamentos podem ser feitos, tais como: o município não dispõe de nenhuma academia ou similar que estimule a prática do exercício, os indivíduos se ocupam de outras atividades e não priorizam a atividade física.

Durante as atividades do grupo de educação em saúde esta dificuldade também é abordada devido à sua importância e os indivíduos são estimulados a fazer caminhada, a convidar o amigo, o vizinho, a comadre, etc e padronizar rotineiramente um horário para esta atividade.

Com relação ao acesso ao serviço de saúde, observam-se os seguintes resultados:

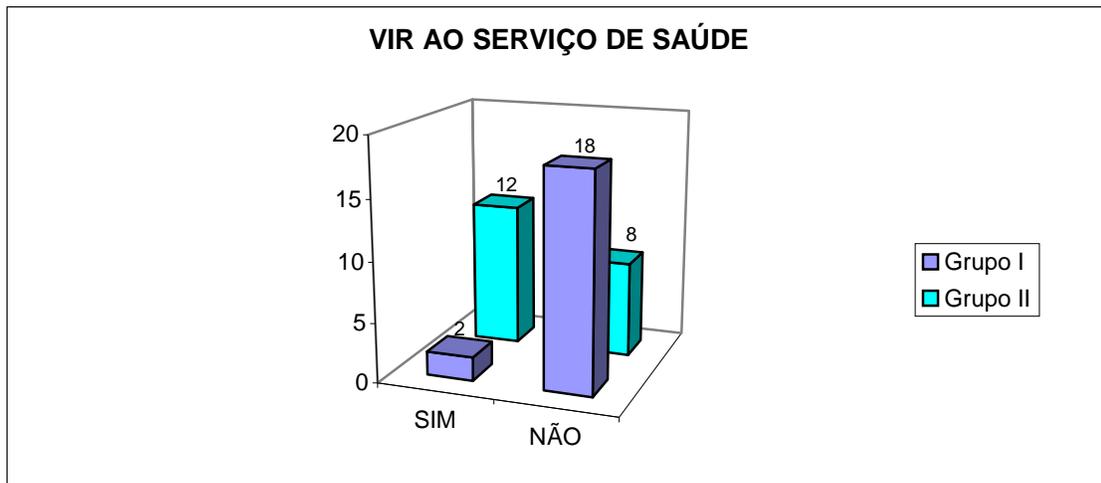


Figura 18 – Vir ao serviço de saúde

A análise desses dados demonstra que, mais uma vez, o indivíduo que não frequenta o grupo de educação em saúde se refere à distância de sua residência ao local de encontro como um obstáculo à participação. O serviço de saúde, entretanto, se situa no centro da cidade e tem fácil acesso a toda a população, visto que os indivíduos da pesquisa residem na zona urbana. Assim, esta pesquisa reforça a ideia de que o indivíduo que se envolve com seu problema de saúde percebe mais facilidade como e onde tratá-la. As atividades de educação em saúde, portanto,

possibilitam a conscientização e a sensibilização do indivíduo enquanto cidadão e ser no mundo.

Como algo escapa e nem todos conseguem atingir essa conscientização, a preocupação desta pesquisa focalizou as razões da não-participação. O gráfico abaixo apresenta como referencial os indivíduos do grupo 2, ou seja, aqueles que não freqüentam as atividades de educação em saúde.

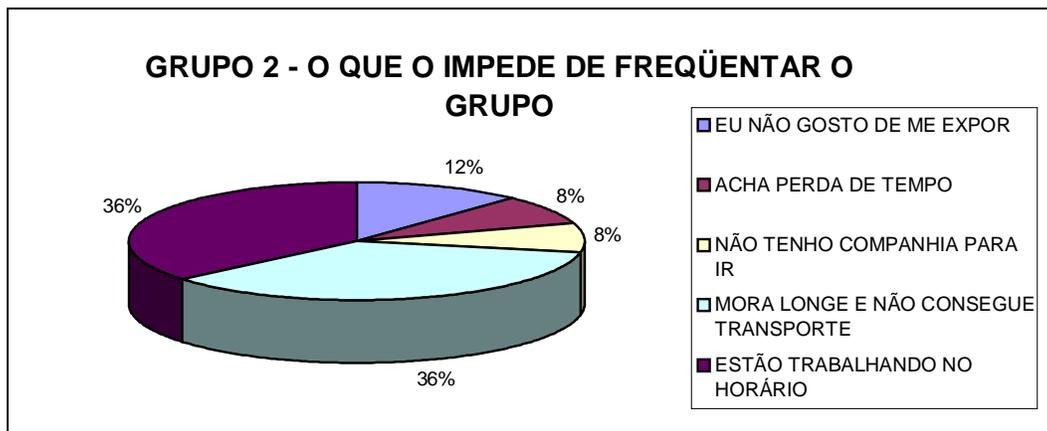


Figura 19 - O que o impede de frequentar o grupo

Ao realizar a análise da figura acima, observa-se que os motivos expostos enquanto impedimento para frequentar as atividades são significativos: 36% dos indivíduos relatam que moram longe e outros 36% estão trabalhando no horário das atividades de educação em saúde.

O fato morar longe é intrigante, visto que os indivíduos pesquisados residem na zona urbana e seu deslocamento é de pequena distância. Quanto ao fato de estar trabalhando no horário das atividades, é importante registrar que outros grupos de educação em saúde paralelos podem ser criados com esta comunidade, desde que haja interesse e envolvimento. A equipe de saúde, certamente pode se programar para atender a esta demanda, sem nenhum contratempo. Essas “justificativas” remetem novamente à reflexão sobre a consciência do indivíduo em relação à sua doença e seu próprio manifesto em procurar opções de tratamento.

7 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como a proposta dessa dissertação é discutir os resultados da pesquisa para o avanço do conhecimento do tema da hipertensão, são as análises realizadas que permitem considerar os dados de Queluzito-MG no conjunto da população brasileira. As variáveis demográficas de faixa etária encontradas na pesquisa revelam que a população de hipertensos residentes no município de Queluzito-MG não diferem da população de hipertensos de outros estados brasileiros. Com relação à faixa etária dos indivíduos, trata-se de uma população em sua grande maioria idosa.

Segundo o Ministério da Saúde (2002):

A hipertensão arterial acomete um grande número de pessoas, cerca de 15 a 20 % da população adulta (maior ou igual à 20 anos), chegando a 50% nos idosos e atinge mais pessoas do sexo masculino até 45-50 anos e a partir desta faixa a prevalência é maior nas mulheres. Tende a ser mais prevalente entre negros e também naqueles com história familiar para hipertensão. (p.10)

A idade do hipertenso é um fator de relevância para a Hipertensão Arterial e os dados encontrados em Queluzito-MG reforçam os dados do Ministério da Saúde que, conforme a citação anterior, afirma que a população adulta é a mais acometida pela hipertensão arterial.

Da mesma forma, com relação ao sexo dos hipertensos, os dados do município de Queluzito-MG confirmam que, segundo Ministério da Saúde (2002): “a hipertensão arterial atinge mais pessoas do sexo masculino até 45-50 anos e a partir desta faixa a prevalência é maior nas mulheres”.

Todo o referencial teórico desenvolvido nessa pesquisa oferece a compreensão de que para se alcançar objetivos efetivos no trabalho em saúde, esse trabalho deve ser desenvolvido por meio de práticas integradas, que incorporem saberes técnicos e populares e, ainda, que para que a saúde seja compreendida em toda sua dimensão, são necessários saberes capazes de articular as dimensões do social, do psicológico, do biológico e do sistema de crenças dos indivíduos hipertensos sobre sua hipertensão.

A amostra de hipertensos de Queluzito-MG apresenta pouco acesso à escola. Esses dados levam a crer que o desejo de participar ou não do grupo de Educação e Saúde para Hipertensos não está diretamente relacionado com o grau de instrução dos participantes, ou seja, não é o grau de escolaridade que irá definir essa participação.

Segundo Vazquez *et al* (2003), a participação social é um processo e, como tal, admite diversas modalidades na sua escala de atuação. Portanto, atua como um componente central e prioritário na reformulação de políticas do sistema de saúde. Se a participação é tão prioritária na reformulação das políticas de saúde, torna-se fundamental, perceber que a escolaridade é uma das circunstâncias que favorecem essa participação social e, portanto, não é possível se pensar em promoção de saúde sem ser estabelecido um plano real de acesso à educação da população.

Quando diagnosticada precocemente, a Hipertensão é bastante sensível, motivo pelo qual representa agravo de saúde pública. As atuais políticas de saúde tentam oferecer múltiplas chances de intervenção para evitar complicações; ou retardar a progressão das já existentes e as perdas dela resultantes. O fato de a maioria não saber relatar o tempo da patologia pode indicar que essas pessoas estão mais vulneráveis aos agravos e complicações da doença.

O Ministério da Saúde (2002), no *Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus*, cita que a abordagem da hipertensão arterial não deve ser baseada apenas nos níveis de pressão arterial, mas também na presença de outros fatores de risco, tais como: a diabetes, o hábito de fumar, o uso exagerado de álcool, a ingestão excessiva de sal, o aumento de peso, o sedentarismo, o estresse, a história familiar de hipertensão arterial, dentre outros fatores.

Com esta análise, Buss (1998) acrescenta que saúde não pode ser concebida apenas como ausência de doença, e que são vários os fatores que influenciam nas condições de saúde do indivíduo.

É no importante documento – *O Informe de Lalonde* – que se encontra a explícita compreensão sobre o adoecimento humano.

O adoecimento humano é definido nesse documento como um fenômeno produzido por um conjunto de determinantes que são agrupados em quatro categorias: “a biologia humana, o ambiente, o estilo de vida e a organização da atenção à saúde”. Estes seriam, segundo Buss (1998) os componentes do campo da saúde, dentro dos quais existem inúmeros fatores que influenciam.

O autor acrescenta que, ao se fazer a *anamnese* do portador de hipertensão arterial, outros fatores devem ser considerados, tais como: o hábito de fumar, o uso exagerado de álcool, a ingestão excessiva de sal, o aumento de peso, o sedentarismo, o estresse, antecedentes pessoais de diabetes, gota, doença renal, doença cardíaca e cerebrovascular; sinais e sintomas sugestivos de lesão em órgãos-alvo e/ou causas secundárias de hipertensão arterial; história familiar de hipertensão arterial, morte súbita e dislipidemia.

Becker (2001), ao fazer um breve histórico da Promoção da saúde, sobre o informe Lalonde, afirma:

... o documento afirma que a saúde é determinada por um conjunto de fatores agrupáveis em quatro categorias:

- Biologia Humana, que envolve todos os fatos que se manifestam como consequência da constituição orgânica do indivíduo, incluindo sua herança genética e seus processos de maturação;
- Ambiente – agrupa os fatores externos ao organismo, em suas dimensões física e social, sobre os quais o indivíduo exerce pouco ou nenhum controle;
- Estilos de vida – o conjunto das decisões que o indivíduo toma a respeito da sua saúde, no que se refere por exemplo a suas atividades de lazer e alimentação, estando portanto parcialmente sob seu controle.
- Organização da Atenção à Saúde – disponibilidade, quantidade e qualidade dos recursos destinados aos cuidados com a saúde: (Ferraz, 1994; Carvalho, 1996). (p. 43).

Essa pesquisa, ao interrogar os portadores de Hipertensão Arterial, tentou contribuir para compreender os estilos de vida dos portadores de Hipertensão Arterial, no que se refere às decisões que essas pessoas tomam a respeito de sua saúde.

Sendo a hipertensão arterial um grave problema que atinge as famílias brasileiras em todas as camadas sociais e também, uma doença de natureza multifatorial, são clássicos os fatores de risco que acometem a população. Diante disso, os hábitos de vida têm uma inter-relação com os fatores predisponentes e de risco apresentados. A mudança de hábitos requer conscientização, aprendizado e educação contínua.

O Ministério da Saúde (2002) aponta, ainda, causas secundárias para a hipertensão:

Também deve-se estar atento para algumas possibilidades de causa secundária de hipertensão arterial, tais como: pacientes com relato de hipertensão arterial de difícil controle e apresentando picos tensionais graves e freqüentes, acompanhados de rubor facial, cefaléia intensa e taquicardia; pacientes nos quais a hipertensão arterial surge antes dos 30 anos, ou de aparecimento súbito após os 50 anos, sem história familiar para hipertensão arterial, devem ser encaminhados para unidade de referência secundária, para investigação das causas, principalmente renovasculares. (p.34).

A presente análise demonstra que muitos pacientes não estão atentos aos seus sintomas e não mudam hábitos de risco para o agravamento da doença. Essa perspectiva fortalece a idéia da necessidade de intervenções de educação em saúde em ambos os grupos, pois os fatores continuam presentes e, assim, em relação ao tratamento, a hipertensão arterial continua acometida.

Segundo as Políticas Públicas da Saúde do Ministério da Saúde (2006), há uma crescente necessidade de intervenções sobre os determinantes e os fatores de risco e não apenas dados relativos aos danos à saúde, evidenciando uma preocupação com sua produção social e não apenas biológica.

Não se pode conceber saúde apenas como ausência de doença, são vários os fatores que influenciam nas condições de saúde do indivíduo. É sobre esse aspecto que a educação em saúde, poderá dar aos pacientes e à comunidade uma gama

maior de informações, procurando torná-los participantes ativos das ações que a eles estarão sendo dirigidas. Além disso, estimular a motivação para adotar comportamentos saudáveis e vencer o desafio de adotar atitudes que tornem essas ações efetivas e definitivas.

Nessa perspectiva, pode-se definir a Educação em Saúde, como um campo de práticas que se dão no nível das relações sociais, normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição e, sobretudo com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades.

A formação dos profissionais da educação e da saúde no tema pode contribuir para que eles sejam agentes sociais de transformação, possam conscientizar os hipertensos de seus atos perante a hipertensão arterial e estimularem a se tornarem co-responsáveis por seu tratamento.

Com relação ao tratamento da hipertensão arterial, observa-se que o tratamento visa à redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares do paciente hipertenso, chances aumentadas em decorrências dos altos níveis tensionais, sendo utilizadas tanto medidas não-medicamentosas isoladas como associadas a medicamentos anti-hipertensivos.

O tratamento medicamentoso visa a reduzir os níveis de pressão para valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e a 90 mmHg de pressão diastólica, respeitando-se as características individuais, a co-morbidade e a qualidade de vida dos pacientes. As ações educativas buscam a prevenção e o controle da hipertensão arterial, bem como a propagação de medidas de tratamento que venham modificar a situação de doença e a conservação do estado de saúde.

Os dados dessa pesquisa evidenciam que os hipertensos que freqüentam o grupo de educação e saúde adotam além do tratamento medicamentoso, outras práticas de promoção da saúde como exercer atividade física, controlar a dieta e fazer uso correto e contínuo dos medicamentos antihipertensivos. Esse é um reflexo positivo que revela que a participação em um grupo de Educação em Saúde permite, além

de oferecer possibilidades de convivência social e exercício da cidadania, reforça a possibilidade da troca de informações e permite o apoio mútuo.

No grupo de Educação em Saúde de Queluzito-MG, durante as atividades realizadas, um paciente se identifica com o outro e percebe problemas semelhantes, aprendendo a expressar seus medos e expectativas. Passa a compartilhar das experiências de todos e discutir, buscando soluções reais para problemas de saúde semelhante ao seu.

As propostas preventivistas procuram apontar caminhos alternativos para a organização da história natural da doença. A Sociedade Brasileira de Nefrologia (2005), por exemplo, ressalta as principais vantagens da atuação primária em saúde ao afirmar que quanto maior o número de pessoas atendidas, e mais afinada estiver a equipe em seus diversos modos de abordagem, a adesão ao tratamento será nitidamente superior. Conseqüentemente, o número de pacientes com pressão arterial controlada, adotando hábitos de vida saudáveis será maior e cada paciente poderá ser replicador de conhecimentos desses hábitos.

O tratamento de saúde é visto como uma forma de manter a pressão controlada e uma contribuição ao bem estar físico e mental, bem como estímulo à realização de tarefas do dia a dia, entre outros fatores.

A Organização Mundial de Saúde - OMS (1998), ao discutir o conceito de qualidade de vida, aponta para a variedade de seus significados, ressalta as várias formas de viver e a percepção do homem como ser capaz de conceituar seu verdadeiro estado de saúde e cidadania.

Segundo Moreira (2001):

A maioria das propostas, visando à busca da qualidade de vida, parte do princípio de que, alterando-se as estratégias daquilo que é feito, ou alterando-se alguns critérios que balizam ações no dia-a-dia, será possível reverter o quadro da desqualificação da vida atual. Muitas dessas propostas têm como suporte a “qualidade em educação”, a “qualidade da eficiência do e no trabalho”, a “qualidade dos serviços” prestados ao consumidor, apontando claramente pelo valor mercantil das propostas, pois elas são destinadas aos que têm o poder de aquisição. (p.11).

O autor, em sua citação, enfatiza a importância da conscientização e da educação enquanto direito de cidadania. É muito enfático quando afirma que a busca pela qualidade de vida e a alteração das ações diárias podem reverter o quadro da desqualificação atual. Esta afirmação tem grande importância para o tema da pesquisa, visto que, a abordagem principal está no sujeito, conforme já enfatizamos em outros itens da pesquisa. É a junção de saberes científicos e populares valorizando o homem em toda a sua complexidade.

Fazendo um contraponto com as propostas de qualidade de vida no sentido de prolongar a vida como um valor por si só, descartando-se as preocupações sobre como usamos essa vida. O ato de prolongar a vida é um valor biologicamente desejável, posto mesmo como um valor cultural. Prolongar a vida, hoje, torna absoluta a cronologia, traduzida como longevidade e esperança de vida. A falta de cuidados para atingir essa longevidade é alertada por campanhas contra seus riscos, pelo valor negativo para as finanças públicas nos gastos com a saúde. Visto que a hipertensão arterial é uma doença de saúde pública que atualmente acomete 17 milhões de brasileiros.

Vazquez *et al* (2003) reforçam que “É a idéia de participação social em saúde, como um trabalho conjunto, como um mecanismo fundamental no processo de transformação social e do setor saúde, que irá acentuar as noções de conscientização e mobilização da comunidade”.

Neste mesmo contexto, Rios (2004), afirma que não há sociedade sem cultura e não se pode falar em cultura sem referência a uma relação social. A autora explica que “o comportamento é o arranjo dos diversos papéis que desempenhamos na sociedade e que cada sociedade possui seu *ethos*, ou se compõe de um conjunto de *ethos*, jeitos de ser, que conferem um caráter àquela organização social”. (p. 20-21).

O papel social que esse ser humano desempenha representa sua relação do *ethos* com os indivíduos daquela mesma comunidade, ou seja, existem indicadores de comportamentos bons ou maus (moral) que são norteados a partir de valores (ética).

O domínio do *ethos* é o da moralidade, do estabelecimento de deveres, a partir da reiteração das ações e da significação a elas atribuída e a moral é um conjunto de normas e regras destinadas a regularizar as relações dos indivíduos numa comunidade social. (p.22).

A autora comenta ainda que: “O costume nos remete à criação cultural. Não há costume na natureza. O costume resulta no estabelecimento de um valor para a ação humana, que é criado, conferido pelos próprios homens, na sua relação uns com os outros”. (p. 21).

No que tange à participação do hipertenso nas atividades de educação em saúde, será importante notar que essa participação passa, não somente pela criação de hábitos, mas pelo estabelecimento de um costume, criação de valores para a vida.

A informação tem seu valor, apresenta-se como um elo de integração social e remete o sujeito à reflexão de seu estado de saúde e de como ele se apresenta para a sociedade. Entretanto, não garante uma completa mudança de comportamento diante da doença referida. Não basta adquirir informações, mas participar ativamente de sua realidade, pois, como Freire (2001) relata: “quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e com seu trabalho pode criar um mundo próprio: seu eu e suas circunstâncias”. (p.30).

Para que a saúde seja apreendida em toda sua dimensão, de acordo com o Ministério da Saúde (2006), são necessários saberes capazes de articular as dimensões do social, do psicológico e do biológico.

A possibilidade de participação da população nos serviços de saúde , segundo Vazquez et al 2003, não tem uma concepção nova e é reconhecida como direito da população. A participação social é um processo e, como tal, admite diversas modalidades na sua escala de atuação. Portanto, atua como um componente central e prioritário na reformulação de políticas do sistema de saúde.

Sobre a participação social nos serviços de saúde, os autores afirmam que para a construção e organização do Sistema Único de Saúde – SUS, a participação da sociedade é um dos princípios de gestão do sistema.

Se essa participação é um “componente central e prioritário na reformulação de políticas do sistema de saúde”, enquanto houver indivíduos que não conseguem participar, haverá por certo, outros que estarão trabalhando e se empenhando por essa participação, pois a transformação social passa pela transformação de cada um, como afirma Paulo Freire (2001):

O homem é fator de transformação social, e sua realidade pode ser transformada através do compromisso de um ser com o outro, compromisso este que se chama solidariedade. A solidariedade humaniza o homem, portanto, quanto mais conhecimento, maior a distância da visão ingênua da realidade. Diante das diversas culturas, todos podemos acrescentar conhecimentos que se misturados á realidade de um grupo tornam-se fatos transformadores no dia-a-dia do sujeito da ação. Como seres humanos estamos sempre nos educando, a cultura é tudo que é criado pelo homem e a transformação da realidade do homem é a recriação desta cultura. Fazemos esta transformação para modificar o mundo em que vivemos, e adaptar o indivíduo à sociedade. (p. 26).

Sobre essa relação entre participação e cidadania, Vázquez (2003) afirma:

O conceito de participação não se expressa como um direito individual, mas como uma prerrogativa a ser conquistada. Descreve-se como uma necessidade de mobilização, organização e reivindicação por parte da sociedade na tentativa de assegurar direitos sociais. Esta forma de expressar a participação parece revelar a fragilidade do reconhecimento das pessoas como cidadãos. O reconhecimento da cidadania por parte dos indivíduos é apontado como um dos fatores fundamentais para que se efetive a participação no setor saúde. (p.586).

A participação social, portanto, está associada diretamente à questão da cidadania e, como tal, requer novas estratégias que vão além daquelas atuais, talvez, novas formas de organização, reivindicação e mobilização social para melhores condições de vida, de educação e de saúde no país.

8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos teóricos apresentados pelo Ministério da Saúde (2002) evidenciam que a realidade da saúde brasileira aponta a hipertensão arterial, enquanto problema de saúde pública, implica pensar a doença com seus respectivos fatores de risco e acometimento da população.

Os temas que aparecem nessas discussões refletem sobre alguns conceitos, entre eles, o papel da conscientização sobre a doença, a promoção da saúde, a participação social e a qualidade de vida. Observa-se ainda, a ênfase nas práticas que contribuem para a modificação do estilo de vida que, segundo esses estudos, poderiam contribuir, conseqüentemente, para diminuição do alto índice de morbimortalidade das doenças, entre elas, da Hipertensão Arterial.

Ao considerar os diversos autores que discutem a temática da participação social e da adesão aos grupos de educação e saúde, percebe-se que a ótica dos estudos sobre o tema da saúde vem sofrendo transformações nas últimas décadas e o conceito saúde sofre modificações de sentido. Se, em décadas passadas, o conceito saúde estava diretamente ligado ao conceito doença, hoje, busca-se um novo paradigma que associa saúde à promoção e à qualidade de vida.

O conceito saúde, portanto, torna-se mais abrangente. A ênfase que, antes, era posta na prevenção e na responsabilização do indivíduo, hoje, demarca a necessidade de se levar em conta outros fatores, tais como, os físicos, os socioeconômicos, os culturais e os ambientais, que precisam ser analisados, quando se trata de uma análise científica do tema da saúde no Brasil.

Como agir, então, quando se observa que a realidade se transforma a partir do momento em que as pessoas procuram as soluções para seus problemas?

A análise dos dados do Programa Saúde da Família em todo o Brasil e, especialmente, do município de Queluzito/MG, evidencia que essa é uma questão de saúde pública pelo aumento de casos ao longo dos anos.

Ao analisar o tempo de hipertensão dos dois grupos, observa-se que 70% dos indivíduos que participam do grupo apresentam-se com o diagnóstico da Hipertensão num período de tempo maior - mais de 10 anos - e dos 43% que não participam, esse tempo é ignorado. O fato de a maioria não saber relatar o tempo da patologia, pode indicar que essas pessoas estão mais vulneráveis aos agravos e complicações da doença.

No que se refere ao conhecimento a Hipertensão Arterial, observa-se que ambos os grupos relacionam a hipertensão arterial às características da hereditariedade, ou seja, 80% do grupo 1 e 70% do grupo 2 citam casos de pressão alta na família.

No que se refere à falta de atividade física, a análise dos gráficos evidenciam a importância da conscientização sobre a hipertensão arterial. O primeiro grupo, o grupo que participa da educação em saúde, 45% dos entrevistados revela ter uma compreensão um pouco maior de que a falta da atividade física representa um risco para a sua saúde. Do segundo grupo, apenas 35% relaciona a falta de atividade física como um dos fatores que levaram ao aumento da sua pressão arterial.

Esses gráficos são os que mais evidenciam a preocupação e/ou grau de informação sobre a hipertensão arterial e seus fatores de risco. O grupo que participa responde em 45% que a obesidade leva ao aumento da pressão arterial e no grupo que não participa, apenas 5% consideram a obesidade como um desses fatores.

Os gráficos referentes aos fatores de risco revelam que todas as pessoas do Grupo 1, aqueles que participam das atividades de educação em saúde, e a maioria do Grupo 2, os que não participam, apesar de deterem algum conhecimento sobre os fatores de risco para Hipertensão Arterial, mantém, em seu cotidiano, alguns desses fatores. Esta análise demonstra a necessidade de intervenções de educação em saúde em ambos os grupos, pois os fatores continuam presentes e assim, a relação tratamento da hipertensão arterial fica acometida.

Os registros evidenciam que o tratamento atual dos indivíduos que freqüentam as atividades de educação e Saúde, o Grupo 1, é baseado em dieta + exercício +

medicamentos e Grupo 2, o dos que não freqüentam, é baseado apenas em medicamentos.

Os dados evidenciam o reflexo positivo que a participação em um grupo de Educação em Saúde permite, pois além de oferecer possibilidades de convivência social e exercício da cidadania, reforça a possibilidade da troca de informações e permite o apoio mútuo.

Lembrar de tomar o remédio, para 80% dos indivíduos que freqüentam o grupo de educação em saúde não é um problema, enquanto que para os que não freqüentam, isso simboliza apenas 55%.

A pesquisa realizada reforça a necessidade de despertar nos usuários dos serviços de saúde o interesse pela participação social e pela adesão aos grupos de educação e saúde, que poderá refletir em seu bem estar e bem viver. Além disso, aponta a necessidade de ampliar os serviços e ações de saúde, bem como reorganizar esses serviços.

Toda comunidade possui sua realidade, suas crenças, suas certezas, seus ritmos e seus conceitos próprios. Trata-se de uma cidade pequena, com recursos e estratégias de saúde que precisam ser revistos, principalmente, no que se refere ao atendimento dos hipertensos. A ênfase na medicação, como única forma de tratamento, ainda é uma realidade entre os grupos investigados.

Ao redefinir os programas de saúde para atendimento à população de hipertensos, será importante abranger outros saberes, possibilitar espaços interdisciplinares de reflexão e crítica e criar formas de envolver a população nas atividades de saúde, dando-lhes voz e vez de decisão.

A partir do entendimento de que a realidade do homem pode ser transformada, é possível estabelecer relações de convívio, onde os obstáculos e as frustrações possam ser mudados através de um compromisso de um ser para com o outro.

Durante o processo de pesquisa e na vivência cotidiana com diversos profissionais de saúde, foi possível observar que eles compreendem que não podem acreditar-se

superiores e que, mesmo dominando um mundo de técnicas e equipamentos. É preciso evidenciar as ações de saúde através do sentido da participação expressando ter o compromisso com a sociedade e com as pessoas atendidas.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Olga Maria; MIRANDA, Thayza. Ação educativa no trabalho do ACS: meios, métodos e técnicas de fazer educação em saúde. In: ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS. *O contexto e a instrumentalização da ação do agente comunitário de saúde*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2006, módulo I, unidade 4, p.28-34.

ARANGO, José Bernardo Toro. A gestão da política educacional como política social. *Rev. Presença Pedagógica*, n.39, maio/jun.2001. Disponível em: <<http://www.editoradimensao.com.br/revistas/revista39trecho.htm>>. Acesso em: 29 de abril de 2007.

BARDIN, Laurence. *L'analyse de contenu*. Paris: PUF, 1995.

BECKER, Daniel. *No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa Saúde da Família*. 117f. Dissertação (Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001. Disponível em: <http://portaldeseres.cict.fiocruz.br/transf.php?sript=thes_chap&id=00004002&lng=pt&nr=isso> Acesso: em 05 de abril de 2008.

BRÂNQUIA, T. M.; UM, R. *A critical of the quality of quality-of life measurements*. Departmente of Medicine, Yale University Scholl of Medicine, New-Haven. 1994. Disponível em: jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/272/8/619. Acesso em: 22 de maio de 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, 2006. Disponível em: <portal.saude.gov.br/arquivos/pdf/portaria_687-2006-anexo_1.pdf>. Acesso em: 03 de abril de 2007.

_____, Ministério da Saúde. *Cadernos de Saúde da Família*. Ano I. nº 1. Jan-Jun/96. Brasília, 1996.

_____, Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOB. SUS 96*. Brasília, 1997, 36p.

_____, Ministério da Saúde. *Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus*. Brasília, 2001, 24p.

_____, Ministério da Saúde. *Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus*. Brasília, 2002.

_____, Ministério da Saúde. *Atenção Básica e Saúde da Família*. Departamento de Atenção Básica, 2004. Disponível em: <www.saude.gov.br/dab/atencao_basica.php>. Acesso em: 16 de maio de 2008.

_____, Ministério da Saúde. *Pratique Saúde contra a Hipertensão Arterial*. Brasília: 2008. Disponível em: <www.ses.se.gov.br/profissional/index.php?act=interna&secao=98-33k>. Acesso em: 16 de maio de 2008.

_____, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, 2006. Disponível em: <portal.saúde.gov.br/arquivos/pdf/portaria 687-2006-anexo 1. pdf> Acesso em: 03 de abr. de 2007.

BRITO BASTOS, Nilo Chaves. *Educação sanitária: Um Relatório*. In: – Semana Médica. Rio de Janeiro, RJ. 1969.

BUSS, Paulo *et al.* *Promoção da saúde e da saúde pública: contribuição para o debate entre escolas de saúde pública da América Latina*. Rio de Janeiro, 1998.

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista de Saúde Pública*. v. 31 n.2 .São Paulo, abr. 1997.

CARVALHO, Antonio Ivo de. *Política de saúde e organização setorial do país*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1998.

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Odair. *Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde*. 3 ed. São Paulo: UNICAMP, 2002.

CARVALHO, Sérgio Resende. *Saúde Coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Hucitec, 2005.

DEMO, Pedro. *Conhecer e aprender: sabedoria dos limites e desafios*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

DEPARTAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. *III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial*. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/arquivos/pdf/portaria 687-2006>>. Acesso em: 03 abr. de 2007.

ENCONTRO DE EXTENSÃO DA UFMG, 8º, 2005, Belo Horizonte. *A importância de uma assistência diferenciada ao cliente hipertenso visando à adesão ao tratamento proposto*. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2005.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Esperança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

_____, Paulo. *Educação e Mudança*. 25 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

_____, Paulo. *Educação como prática de liberdade*. Rio de Janeiro, Paz e Terra. 27ª ed. 2003.

FUCHS, Sandra C.; CASTRO, Mauro Silveira de; FUCHS, Felipe Costa. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise de evidências. *Rev. da Sociedade Brasileira de Hipertensão*. v.7, n.3, 2004. Disponível em:<<http://www.sbh.org.br/hipertensao/2004-n3-v7>>. Acesso em: 19 de abri. de 2008.

GUSMÃO, Josiane Lima de; PIERIN, Ângela Maria Geraldo. A importância da qualidade de vida na hipertensão arterial. *Rev. da Sociedade Brasileira de Hipertensão*. v.7, n.3, 2004. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/hipertensao/2004-n3-v7>>. Acesso em: 19 de abr. de 2008.

L'ABBATE, Solange. Educação em saúde: uma nova abordagem. *Cadernos de Saúde Pública*. v.10, n. 4. Rio de Janeiro. Out/dez/1994.

LENOIR, Yves. Pesquisar e formar: repensar o lugar e a função da prática de ensino. *Educação e Sociedade*. V. 27, n.94, set-dez/2006

LEVCOVITZ, Eduardo; GARRIDO, Neyde Glória. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. *Cadernos de Saúde da Família*. Brasília. Ano I nº 1. jan-jun / 96.. Ministério da Saúde, 1996. p.3-16.

LEVY, Sylvian Nahum, *et al.* *Educação em Saúde*: histórico, conceitos e propostas. Brasília. Conferência Nacional de Saúde On-line, 2003. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>>. Acesso em: 05 abr. de 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*. v.5, n 1. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em:<<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 27 mar. de 2007.

MOREIRA, Wagner Wey. *Qualidade de vida*: complexidade e educação. Campinas: Papyrus, 2001.

OLIVEIRA, Dora Lúcia. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Latino-am. Enfermagem* , v.13, n.3, maio-junho 2005, p.423-432. Disponível em: <eerp.usp.br/rfae>. Acesso em: 05 de abr. de 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida*. 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br>>. Acesso em: 28 mar. de 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa, nov. 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promoção/uploadarg/otawa.pdf>> . Acesso em: 10 out. de 2006.

PIERIN, Ângela Maria Geraldo; GUSMÃO, Josiane Lima; CARVALHO, Luciane Vasconcelos Barreto de. A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para hipertensão arterial. *Rev. da Sociedade Brasileira de Hipertensão*. v.7, n.3, 2004. p.100-102. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/hipertensão/2004-n3-v7>>. Acesso em: 19 de abri. de 2008.

PIETRUKOWICZ, Márcia Cristina Leal Cypriano. *Apoio social e religião*: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde. 117f. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

REINERS, Annelita Almeida Oliveira; AZEREDO, Rosemeiry Capriata de Souza; VIEIRA, Maria Aparecida; ARRUDA, Anna Lúcia Gawlinski de. *et al.* Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. v.6, n.4, 2008. Disponível em:

<<http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos>> . Acesso em: 21 abr. de 2008.

RIBEIRO, Edilza Maria. A Qualidade de Vida na Estratégia de Saúde da Família: Refletindo sobre significados. *Fam. Saúde Desenv.*, v.3, n.2, Curitiba, jul./dez. 2001. p. 109-115,

RIOS, Terezinha. *Ética e Competência*. 14. ed, São Paulo: Cortez, 2004. v.16.

RIVIÉRE, Pichon. *Grupo Operativo*. 2007. Disponível em:<http://geocities.com/pichon_br/grupo.ntml?20076. Acesso em: 6 de ago. de 2007.

SANTOS, Fabiane Rossi dos; ANDRADE, Carolina de Paiva. *Eficácia dos trabalhos de grupo na adesão ao tratamento da hipertensão arterial*. Disponível em: <<http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v.006n1/educacao.pdf>>. Acesso em: 15 de mar. de 2008.

SILVEIRA, Lia Márcia Cruz da; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface*, v. 9, n.16, Botucatu set./fev.2005. p.1-10.

TOLEDO, Geraldo; OVALLE, Ivo. *Estatística Básica*. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1985.

VALLA, V. V., 1998. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares. In: *Educação Popular Hoje*. São Paulo: Loyola. p. 151-180.

VÁZQUEZ, Maria Luisa; SILVA, Maria Rejane Ferreira da; CAMPOS, Eliane Siqueira; ARRUDA, Ilma Kruze Grande de; DINIZ, Alcides da Silva; VERAS, Ida leite; PEREIRA, Ana Paula Campos. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 19. n. 2. mar. / abr. 2003. p. 579-591.

APÊNDICE 1

Pedido de Autorização ao Secretário Municipal de Saúde

Queluzito, 30 de maio de 2007.

Prezado Secretario Municipal da Saúde,

Venho, por meio desta, solicitar à V. Sa. autorização para realizar uma pesquisa nesta instituição, com a finalidade de cumprir requisito do Curso de Mestrado em Educação e sociedade.

O objetivo geral da pesquisa é identificar e analisar os fatores que contribuem e/ou prejudicam para a participação no grupo de educação em saúde para hipertensão arterial.

A pesquisa pretende analisar os temas: Tempo de hipertensão, atividades que realiza para cuidar da hipertensão, uso de medicamentos, o que conhece sobre a doença referida, se tem conhecimento da existência do grupo de hipertensos, já participou ou participa das atividades propostas, dificuldades e facilidades dessa participação.

As entrevistas serão, com o consentimento prévio dos participantes e seus dados utilizados somente para fins da pesquisa científica.

Atenciosamente,

Kátia Regina Milagres
Enfermeira – COREN/MG: 70688

Ciente, ___/___/___

Danilo Rodrigues de Albuquerque
Secretário Municipal da Saúde

– APÊNDICE 2 –

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, portador da Carteira de Identidade nº _____, abaixo assinado, tendo em vista as informações recebidas e ciente de meus direitos, venho por meio deste, comprovar minha participação voluntária na pesquisa: EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FATOR COLABORADOR PARA MODIFICAÇÃO DO ESTILO DE VIDA DO PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, orientada pela professora e doutora Regina Célia Pereira Campos.

Estou ciente que responderei a um questionário, individualmente, em ambiente reservado e que minha identidade não será divulgada. Poderei, ainda, interromper todo o processo ou me recusar a responder qualquer questão, a qualquer momento, sem que nenhuma implicação recaia sobre mim.

Concordo em participar da pesquisa, como entrevistado, sem qualquer remuneração e autorizo a publicação das informações para fins científicos, garantindo a privacidade e o sigilo da minha identidade.

Queluzito, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Entrevistado

APÊNDICE 3

QUESTIONÁRIO

1 - **Sexo:** [] Masculino [] Feminino

2 - **Data de nasc.:** ____/____/____

3 - **Estado Civil:** [] Solteiro [] Casado [] Separado/Divorciado [] Viúvo (a)
[] Outros

4 - **Grau de Instrução:**

[] Analfabeto [] 1º grau [] 2º grau [] Técnico [] Superior

5 - **Tempo de Hipertensão:**

[] < 1 ano [] 1 a 5 anos [] 5 a 10 anos [] mais de 10 anos [] NS

6 - **Quais os fatores que levam ou levaram ao aumento de sua pressão arterial:**

Casos de pressão alta na família: [] Sim [] Não

Hábito de fumar: [] Sim [] Não

Hábito de beber: [] Sim [] Não

Falta de atividade física: [] Sim [] Não

Sobrepeso / obesidade: [] Sim [] Não

Outros: _____

Esses fatores continuam presentes? [] Sim [] Não [] NR

7 - O que é considerado pressão alta: _____

8 - Conhece os sintomas da pressão alta: [] Sim [] Não

9 - **O que faz para abaixar a pressão. Tratamento Atual:**

[] Nenhum [] Dieta + exercício + medicamento

[] Só dieta [] Medicamento + exercício físico

[] Dieta + exercício físico [] Só exercício físico

[] Dieta + medicamentos [] Só medicamentos

[] **Outros:** _____

10 - **Quais são os efeitos desse tratamento na sua saúde?**

11 - Responda Sim ou Não: O mais difícil é :

Fazer a dieta

Lembrar de tomar o remédio na hora certa

Fazer o exercício físico

Vir ao serviço de saúde

Outros: _____

12 - Freqüenta o grupo de hipertensos: Sim Não NR

Por que? _____

(Se não, vá para a pergunta nº 18)

Se sim, depende de alguém para vir ao grupo Sim Não **Quem?**

13 - Como vem ao grupo? a pé de ônibus de carro outros

14 - Qual a atividade que mais gosta? _____

Por quê? _____

15 - Qual a atividade que menos gosta? _____

Por quê? _____

16 - Na sua opinião, para que servem as reuniões do grupo? _____

17 - Conhece as atividades do grupo : Sim Não NR

18 - O que o impede de freqüentar o grupo?

Eu não gosto de me expor

Eu acho perda de tempo

Não tenho companhia para ir

Moro longe e não consigo transporte

Meus familiares não se importam

Estou trabalhando no horário

Eu fico com vergonha de falar em grupo

Outros: _____

