

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL: UMA NOVA ÓTICA PARA UM VELHO PROBLEMA**
**HEALTH EDUCATION ON DEALING WITH BLOOD HYPERTENSION: A NEW LOOK
AT AN OLD PROBLEM**
**EDUCACIÓN EN SALUD EN EL COMBATE A LA HIPERTENSIÓN ALTERIAL: UNA NUEVA
ÓPTICA PARA UN ANTIGUO PROBLEMA**

Melina Mafra Toledo¹, Sandra de Cássia Rodrigues², Anna Maria Chiesa²

¹ Enfermeira. Aluna do Curso de Especialização em Saúde Coletiva, com enfoque no Programa de Saúde da Família (PSF) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).

² Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Doutora Livre-docente do Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP.

PALAVRAS - CHAVE : Educação em saúde. Promoção da saúde. Hipertensão. **RESUMO:** O artigo apresenta os resultados de uma pesquisa bibliográfica, tendo por objetivo levantar a produção científica multiprofissional e da enfermagem sobre a prática de educação em saúde nos serviços de saúde, referentes ao enfrentamento da hipertensão. Os artigos foram selecionados quanto ao caráter do processo pedagógico, a partir do enfoque da visão de saúde-doença, das possibilidades de participação dos usuários e das dinâmicas utilizadas; identificando-se características emancipatórias ou normativas. Foram analisados 46 artigos publicados entre 1981 e 2005 que contemplavam os aspectos avaliados. Conclui-se que as experiências educativas com usuários portadores de hipertensão são incipientes e poucos artigos se reportam à perspectiva de formação da “consciência crítica” sobre saúde.

KEYWORDS: Health education. Health promotion. Hypertension. **ABSTRACT:** The article presents the results of a bibliographical research, whose objective is to increase the multiprofessional and nursing scientific production on health education practices in health services at a primary care level, referring to facing hypertension. The educational articles were selected by their pedagogical processes, based on their emphasis on the health-illness perspective, of the possibilities of user-participation, and the dynamic applied; highlighting their emancipating or normative characteristics. Forty-six articles from the period of 1981 to 2005 were analyzed. We concluded that educational experiences with blood hypertension patients are incipient and few articles report upon the perspective of a critical health conscientiousness.

PALAVRAS CLAVE : Educación en salud. Promoción de la salud. Hipertensión. **RESUMEN:** En este artículo se presentan los resultados de una investigación bibliográfica, cuyo objetivo fue realizar un estudio sobre la producción científica del multiprofesional y del oficio de enfermera, en la práctica de educación en salud realizada en los servicios de la salud, con relación al combate de la hipertensión. Los artículos fueron seleccionados considerando el proceso pedagógico a partir del enfoque de la visión salud-enfermedad, así como de las posibilidades de participación de los usuarios y de las dinámicas usadas, identificando sus características normativas o de emancipación. En el estudio fueron analizados 46 artículos publicados en el período de 1981 a 2005, los cuales consideraban los aspectos evaluados. Se concluyó que las experiencias educativas con los usuarios hipertensos son incipientes, y pocos artículos expresan la perspectiva de formación de la “conciencia crítica” en salud.

Endereço: Melina Mafra Toledo
R. Consolação 3268, Ap. 21
01.416-000 - Cerqueira César, São Paulo, SP.
Email: melinamafra@hotmail.com ou amchiesa@usp.br

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 16/11/2006.
Aprovação final: 20/04/2007.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HA) é, sabidamente, uma doença de alta prevalência nacional e mundial. Os valores limítrofes para adultos (acima de 18 anos) hipertensos são definidos pela Pressão Arterial Sistólica (PAS) entre 130 e 139 mmHg e Pressão Arterial Diastólica (PAD) entre 85 e 89 mmHg.¹ Em 1998, no Brasil, ocorreram 1.150.000 internações por doenças cardiovasculares, com custo global de 475 milhões de reais, correspondendo, aproximadamente 400 milhões de dólares.²

Sua evolução clínica é lenta, possui uma multiplicidade de fatores e, quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, temporárias ou permanentes. Representa elevado custo financeiro à sociedade, principalmente por sua ocorrência associada a agravos como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônicas, doença vascular de extremidades. Sua característica crônica e silenciosa dificulta a percepção dos sujeitos portadores do problema. Torna-se assim “perversa” por sua invisibilidade, e acaba por comprometer a qualidade de vida. Traz, ainda, como conseqüências, internações e procedimentos técnicos de alta complexidade, levando ao absenteísmo no trabalho, óbitos e aposentadorias precoces, comprometendo a qualidade de vida dos grupos sociais mais vulneráveis.

As dificuldades em se gerar conhecimentos que explicassem o surgimento de problemas de saúde coletivos como doenças cardiovasculares e o câncer contribuíram para fortalecer, na década de 60, os questionamentos quanto ao modelo biomédico. Passou-se a valorizar a importância do conhecimento das ciências sociais enquanto referencial teórico-metodológico para análise e reflexão das práticas de saúde.³

A natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos. A compreensão de que o processo saúde-doença é socialmente determinado, implica em reconhecer quais são as formas de produzir e consumir de uma sociedade que determinam o processo saúde-doença. A sociedade, ao consumir, estabelece determinadas formas de viver que, por outro lado, são determinadas pelas formas de trabalhar e, por sua vez, também apresentam um determinado potencial de fortalecimento e um determinado potencial de desgaste à saúde.*

Nessa concepção, o processo saúde-doença resulta das múltiplas determinações entre os potenciais de fortalecimento e desgaste.

A sociedade ocidental é composta por grupos sociais com diferentes formas de trabalhar e viver e, por isso adoecem de maneiras diversas. Diante do exposto, os usuários não podem ser considerados somente por parâmetros biológicos universais e as necessidades de saúde específicas precisam ser conhecidas para serem incorporadas aos processos terapêuticos dos trabalhadores da saúde. A enfermagem, enquanto uma prática social inserida na dinâmica das relações sociais, pode atuar ampliando a consciência crítica dos grupos sociais quanto aos seus potenciais de fortalecimento/desgastes a que se expõem em suas formas de trabalhar e viver. Para tal, é imprescindível que sua prática esteja vinculada e pautada a uma proposta educacional de transformação social.

É importante ressaltar que os usuários de saúde não são consumidores apenas, por exemplo, das orientações, dos grupos educativos, são, além disso, agentes/co-produtores de um processo educativo. Possuem uma dupla dimensão no processo: são ao mesmo tempo objetos de trabalho dos agentes educativos e sujeitos de sua própria educação. A construção de um cuidado aderente às necessidades dos grupos sociais incorpora essa dimensão educativa emancipatória.

Diante do panorama apresentado, as doenças crônicas merecem mais atenção dos órgãos públicos, no sentido de favorecer políticas que considerem a compreensão de que o processo saúde-doença é socialmente determinado.

A vivência dos processos de adoecimento/fortalecimento é influenciada pela inserção social (formas de vida, trabalho e saúde) e pela subjetividade (percepções, crenças, valores) dos grupos sociais. Buscar compreender as reais necessidades de saúde da população, bem como os perfis de (re)produção social, auxiliam-nos a compreender como se dá essa inserção social, que carrega consigo distintas condições de vida, potencialidades de saúde e sobrevivência dos sujeitos.

DEMANDAS EMERGENTES NA ATENÇÃO BÁSICA

O Brasil sempre foi entendido como um país jovem, portanto, o problema de envelhecimento

* *Salum MJL, Queiroz VM. Estrutura social: base econômica/base social/base geo-social. Documento pedagógico elaborado para orientar os alunos na disciplina Enfermagem em Saúde Coletiva: fundamentação e prática. São Paulo, 1998 [mimeografado].*

dizia respeito aos países Europeus, Norte-Americanos e Japão. Dentre os países que terão as maiores populações idosas daqui a 30 anos encontram-se a Nigéria, Paquistão, México, Indonésia e o Brasil.⁴

Diante do panorama apresentado, as doenças crônicas merecem mais atenção dos órgãos públicos, no sentido de favorecer políticas que considerem a compreensão de que o processo saúde-doença é socialmente determinado. Em meio às diferentes possibilidades que vêm sendo experimentadas no âmbito da reorganização dos serviços de saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), concebido pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, vem se consolidando como eixo reestruturante da atenção básica. A equipe mínima é composta por um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem e seis agentes de saúde, trabalhando 40 horas semanais. Cada unidade básica de saúde atende uma população de até 4.000 pessoas.

O PSF surge em meio à crescente desilusão aos limites da medicina, às pressões para contenção de gastos econômicos, desejando-se que sirva de exemplo de um novo tipo de assistência distinto do modelo predominante.⁵

Para a reorganização da atenção básica, pretendida pela estratégia do PSF, reconhece-se à necessidade de reorientação das práticas de saúde, bem como de renovação dos vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços e a população, considerando a atenção básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde.⁶

A vivência dos processos de adoecimento ou fortalecimento é influenciada pela inserção social (formas de vida, trabalho e saúde) e pela subjetividade (percepções, crenças, valores) dos grupos sociais. Buscar compreender as reais necessidades de saúde da população, bem como os perfis de (re)produção social, auxiliam-nos a compreender como se dá essa inserção social que carrega consigo distintas condições de vida, potencialidades de saúde e sobrevivência dos sujeitos.

Uma concepção de educação que instrumentalize os grupos e classes sociais a compreender as raízes da desigualdade na produção da saúde-doença pode ser encontrada nas formulações de Paulo Freire. Segundo o autor, é necessário que o educador tenha disponibilidade para o diálogo, estabelecendo uma posição democrática entre educandos e educadores. Os sujeitos do diálogo devem

conservar e manter a sua identidade possibilitando que cresçam conjuntamente. O diálogo favorece o ato de ensinar, complementando-se no ato de aprender,⁷ e ambos somente se tornam verdadeiramente possíveis quando o pensamento crítico e inquieto do educador não freia a capacidade do educando de também pensar criticamente.

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

Este estudo buscou evidenciar as principais características dos trabalhos educativos divulgados em periódicos científicos, a partir de um levantamento bibliográfico sistematizado, tendo as seguintes questões como norteadoras: qual tem sido a produção e científica a respeito dos processos educativos em hipertensão? Que características metodológicas e concepções de saúde-doença-cuidado compõem os elementos dos processos educativos?

Buscando responder a tais questionamentos realizamos o presente estudo que contemplou os seguintes objetivos:

- levantar a produção científica multiprofissional e da enfermagem sobre a prática de educação em saúde no enfrentamento da hipertensão em serviços de saúde;
- identificar o caráter do processo educativo presente nas produções científicas no que diz respeito às suas características emancipatórias ou normativas.

PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo constituiu-se numa pesquisa bibliográfica dirigida para trabalhos que apresentam propostas ou relatos de experiências educativas com usuários hipertensos, não se restringindo inicialmente o período de publicação. Foram analisados artigos de periódicos, excluindo-se livros, teses, conferências e outros, pela dificuldade de acesso em um curto período.

A identificação das fontes bibliográficas foi realizada por meio do sistema informatizado de busca LILACS (Literatura Latino Americana de Ciências da Saúde), e PERIENF (Acervos de Periódicos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo). Os trabalhos encontrados em ambos foram automa-

ticamente excluídos de um deles. Foram utilizados como descritores, educação em saúde, hipertensão e saúde da família. Na base LILACS, conjugando os descritores educação em saúde e hipertensão, foram encontrados 46 trabalhos e selecionados 31. Utilizando-se o descritor saúde da família, obteve-se 815 trabalhos que, após busca refinada com o descritor hipertensão, foram encontrados 14 trabalhos, sendo selecionados apenas 07. No banco de dados PERIENF, usando os descritores educação em saúde e hipertensão, foram encontrados e selecionados 05 trabalhos. Posteriormente, com o descritor saúde da família, foram encontrados 51 trabalhos que, após refinamento da busca utilizando o descritor hipertensão, obteve-se 05 trabalhos.

O caráter dos trabalhos foi analisado em conformidade com a utilização dos conceitos de promoção da saúde na estruturação das experiências/relatos, na abordagem do reconhecimento das necessidades de saúde e na concepção de saúde (não apenas ausência de doença, mas reflexão crítica acerca dos determinantes sociais). Dessa forma, buscou-se identificar quais trabalhos apontavam para a necessidade de modificação das práticas educativas tradicionais ou as reforçavam, como se deu o processo de reconhecimento das necessidades de saúde (unidirecionalidade e prescrição de comportamentos x necessidades de indivíduos heterogêneos inseridos em classes sociais) e se percebiam a educação e a saúde como práticas sociais articuladas (isto é, instrumento social de transformação e capacitação dos indivíduos para assumir papéis sociais).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa bibliográfica efetuada levou a um total de 46 artigos publicados entre 1981 e 2005 (Tabela 1). Estes foram caracterizados de acordo com ano de publicação, a abordagem dos processos educativos segundo as concepções de saúde-doença-cuidado envolvidas e a categoria profissional dos autores.

Tabela 1 - Distribuição dos artigos segundo período de publicação.

Ano Publicação	N	%
1981-1986	02	4
1987-1992	02	4
1993-1998	14	30
1999-2005	28	62
Total	46	100%

Os dados indicam que tem havido um aumento significativo de produções acerca de processos educativos a partir da década de 90. A implementação no Brasil, do Sistema único de Saúde (SUS), com a necessária revisão do modelo assistencial, provavelmente influenciou os profissionais de saúde a buscarem metodologias mais pertinentes às suas realidades locais. Neste sentido, a implantação do PSF desde 1994 também pode ter corroborado para que o volume de publicações tenha crescido, ainda mais, no último quinquênio de análise.

O PSF propõe que as equipes realizem regularmente atividades educativas, visto que o programa constitui-se num modelo pautado no desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. A promoção da saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.⁹ Dessa forma, a promoção da saúde visa colaborar para reduzir as desigualdades existentes em relação aos direitos de saúde, facilitando oportunidades e recursos para que os sujeitos atinjam seu completo potencial de saúde. A unidirecionalidade dos técnicos de saúde presente nos processos educativos é limitante e negligencia esse conceito.

O usuário deve ser reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. O conceito referente ao enfrentamento sugere a possibilidade de se promover saúde, ao se estimular a reflexão sobre a mudança da "leitura de mundo" que os sujeitos trazem e ao enfrentamento propriamente dito de situações estressantes, geradas pelo agravo de saúde, de forma mais saudável possível.¹⁰

Na Tabela 2, é possível verificar que são restritas as produções de abordagens teóricas sobre a promoção e a educação em saúde na perspectiva aqui abordada. Majoritariamente, as abordagens educativas relativas à hipertensão, ainda se aтем ao tratamento, controle dos fatores de risco e à prescrição de cuidados.

Tabela 2 - Caracterização dos artigos pesquisados, segundo o enfoque educativo.

Enfoque educativo	N	%
Perspectiva normativo – focalizada na doença, restrita às mudanças de comportamento, quantificação de conhecimento aprendido pelo usuário.	37	80,4
Perspectiva emancipatória – pautada no diálogo participativo, na inter/transdisciplinaridade na crítica e desalienação, na saúde/doença como processo social.	09	19,6
Total	46	100

Os trabalhos científicos ainda se reportam ao modelo preventivo, também chamado educação em saúde tradicional ou velha saúde pública, tendo enfoque centrado na prevenção de doenças.¹¹ A visão curativa ainda predomina entre os profissionais de saúde, em que a assistência à saúde é fortemente ancorada no atendimento queixa-conduta. Além disso, é permeada por prescrições multifatoriais, as quais, não sendo cumpridas, acabam na avaliação subjetiva do profissional de saúde, por classificar o usuário como “não cooperativo” ou “não aderente ao regime terapêutico”. A interação profissional de saúde e usuário se dá em nível desigual, pelo fato do profissional se considerar detentor do poder,¹² carregando em seu discurso a idéia de que a doença se deve principalmente ao descuido do usuário com sua própria saúde, inculcando na “vítima” o sentimento de culpa por seu estado de saúde.¹³ Apesar disso, há educadores em saúde que tentam superar os conflitos decorrentes da intersecção entre novas teorias e antigas práticas.¹⁰

Neste processo de promoção à saúde considera-se imprescindível que os profissionais de saúde incorporem (ampliando e entendendo) o real significado do tema da promoção à saúde. Para tal devem se capacitar para intervir e auxiliar a compreender a realidade de saúde da população, estimulando sua participação e autonomia e buscando ações intersetoriais para atuar nos diversos fatores que interferem na saúde, como a educação, a habitação, o emprego, a renda entre outros.¹⁴ Apresentamos na Tabela 3 a distribuição dos artigos segundo a categoria profissional dos autores.

Tabela 3 - Distribuição dos artigos segundo a categoria profissional dos autores.

Categoria profissional	N	%
Enfermeiros	24	52,1
Acadêmicos e Docentes	03	6,5
Médicos	03	6,5
Outras categorias	08	17,4
Total	46	100

Considerando que foi realizada busca em base de dados de produção específica da enfermagem, observa-se que a categoria profissional de enfermagem se sobressai frente ao desenvolvimento dos trabalhos. Este dado pode traduzir uma preocupação maior dos enfermeiros com a temática em questão. Todavia, a perspectiva da promoção da saúde requer multidisciplinaridade, integralidade, bem como intersetorialidade.

A maior inserção dos Serviços de Atenção Primária à Saúde no meio popular, devido a sua localização e ligação com os movimentos sociais, faz emergir a manifestação da globalidade dos problemas de saúde, desafiando as limitações e competências individuais dos vários profissionais e especialistas. Assim, a interdisciplinaridade e o intercâmbio entre os vários profissionais faz-se necessária, na medida em que possibilita, aos poucos, a estruturação de uma prática de saúde ampliada, em que as várias dimensões da doença passam a ser enfrentadas,⁷ e na qual o cuidado esteja passível da agregação de outros saberes e práticas disponíveis em outros serviços, de saúde ou não.¹⁶

A incorporação de novos conceitos, pelos profissionais de saúde, a respeito da compreensão ampliada do processo saúde-doença, a humanização das práticas, a busca da qualidade da assistência e de sua resolutividade, possibilitam o investimento no modelo dialógico de educação em saúde, acreditando-se ser este o modelo mais pertinente para a efetivação de mudanças paradigmáticas, incentivando a autonomia de escolha dos sujeitos, reconhecendo-os como portadores de um saber que, embora diverso do saber técnico-científico não deve ser deslegitimado pelos serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Educação emancipatória: mito ou horizonte utópico?

Acreditamos que a educação em saúde consiste em um dos principais elementos da promoção da saúde e, portanto, para melhores condições de vida. As experiências educativas com usuários portadores de hipertensão são incipientes e em pequena medida se reportam à perspectiva de formação da “consciência crítica” sobre saúde.

Para melhor compreender o fenômeno saúde-doença, no recorte do adulto com hipertensão, torna-se profícuo a modificação dos paradigmas biomédicos e a introjeção de novos conceitos sobre o processo saúde-doença, facilitando o entendimento das reais causas e determinantes do problema da hipertensão, bem como a adequação dos serviços às necessidades da população e não o oposto! Para tanto, torna-se inevitável conhecer os indivíduos para os quais se destinam as ações de saúde, incluindo suas crenças, hábitos e papéis e as condições objetivas em que vivem buscando envolvê-los, o que se contrapõe à imposição, nas ações. Com a efetiva participação comunitária é possível assegurar sustentabilidade e efetividade das ações de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. In: 4o Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial [relatório]; 2002 Fev 1-3; Campos do Jordão, Brasil. Campos do Jordão (SP): Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Nefrologia; 2002.
- 2 Ministério da Saúde (BR). As cartas da promoção da saúde. Brasília. (DF) MS; 2001 [acesso em 2005 Set 15]. Disponível em: http://www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html
- 3 Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED, organizador. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo (SP): Global; 1993. p.133-58.
- 4 Pereira MG. Epidemiologia teoria e prática. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1995.
- 5 Ministério da Saúde (BR). Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília (DF): Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Assistência e Promoção à Saúde/Coordenação de Saúde da Comunidade; 1996.
- 6 Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo (SP): Hucitec; 1999.
- 7 Freire P. Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 1996.
- 8 Dominguez BNR. O Programa Saúde da Família: como fazer. Belo Horizonte (MG): Ed. Parma; 1998.
- 9 World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. In: An International Conference on Health Promotion; 1986 Nov 17-21; Ottawa, Canada. Ottawa (Ontario/CA): WHO; 1986.
- 10 Trentini M, Tomasi N, Polka Y. Prática educativa na promoção da saúde com grupo de pessoas hipertensas. Rev. Cogitare Enferm. 1996 Jul-Dez; 1 (2):19-24.
- 11 Oliveira DL. A nova saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. Rev. Latino-American. Enferm. 2005 Maio-Jun; 13 (3): 423-31.
- 12 Reiners AAO. Interação profissional de saúde e usuário hipertensão: contribuição para não adesão ao regime terapêutico [tese]. São Paulo (SP): USP/EERP/ Programa de Pós Graduação em Enfermagem; 2005.
- 13 Chiesa AM, Veríssimo MDLOR. A educação em saúde na prática do PSF. In: Ministério da Saúde (BR), Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, Universidade de São Paulo. Manual de enfermagem: Programa Saúde da Família. Brasília (DF): MS; 2001. p.34-42.
- 14 Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. Texto Contexto Enferm. 2006 Abr-Jun; 15 (2): 352-8.
- 15 Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro (RJ): INS/UERJ/ ABRASCO; 2001. p.13-125.