

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

JULIANA BARBOSA DO CARMO

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: IMPLEMENTAÇÃO DAS PRÁTICAS
EDUCATIVAS NO CONTEXTO DA HAS**

**FLORIANÓPOLIS (SC)
2014**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

JULIANA BARBOSA DO CARMO

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: IMPLEMENTAÇÃO DAS PRÁTICAS
EDUCATIVAS NO CONTEXTO DA HAS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Dra. Mara Vargas

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

RESUMO

Há uma considerada quantidade de usuários portadores de HAS assistidos pela ESF Ligeiro II no município de Queimadas, sendo esses um total de 275 cadastrados do Programa de Hiperdia. Logo, enfrenta-se no cotidiano dessa equipe a dificuldade do acompanhamento e adesão ao tratamento. Ações educativas desenvolvidas pelos profissionais das ESF são consideradas como ferramenta essencial para incentivar a auto-estima e o auto cuidado dos membros das famílias, promovendo reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e comportamentos. O objetivo geral do estudo foi refletir acerca de práticas educativas que possam fortalecer a efetividade da atenção à HAS, implementadas pela ESF Ligeiro II, no município de Queimadas-PB. E, os objetivos específicos: estabelecer um melhor acompanhamento, estimulando momentos de interação e escuta entre profissionais e usuários de HAS; implementar práticas educativas eficientes, introduzindo-as no rol de atividades mensais, como estratégia indispensável ao cuidado do usuário com hipertensão. Desta forma, a intervenção proposta não se remete apenas a realizar práticas educativas, mas sim, problematizar a efetividade dessas ações e quais mudanças essas atividades estão ocasionando no cotidiano dos hipertensos. Para tanto, o envolvimento de toda a ESF e o empenho de construir um saber coletivo junto com os usuários é algo imprescindível. Na realidade, na subjetividade que envolve a dinâmica social, só há conscientização e mudança quando há vínculo e interação.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde; equipe saúde da família; hipertensão.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8080/90 e nº 8142/ 90, o que configurou uma profunda mudança no modelo de atenção à saúde em nosso país. Podemos dizer, assim, que o mesmo é um sistema único, pois segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, favorecendo assim a população uma assistência universal, igualitária e integral.

Operacionalizar o SUS e implementar os princípios doutrinários configura-se uma tarefa árdua, mediante os conflitos filosóficos e paradigmáticos, representados pelo modelo hegemônico tecnicista de atenção à saúde ainda vigente (focalizado na doença e não no ser humano) e a visão hospitalocêntrica e medicalocêntrica que apontam a necessidade de um profundo redimensionamento. Para tanto, as experiências pontuais de modelos inovadores de atenção à saúde no Brasil, o perfil epidemiológico brasileiro e a pressão internacional por políticas consistentes de Atenção Primária à Saúde (APS) precederam o início de importantes transformações.

A primeira transformação ocorreu em 1978, durante a Conferência Internacional de Alma Ata com a ampliação do conceito de saúde, a segunda ocorreu quando a APS foi definida como sendo uma proposta de atenção à saúde posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, com sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pudessem assumir (ANDRADE et al, 2006), caracterizando-se por uma atenção orientada de acordo com os principais problemas sanitários da comunidade e prestando atenção preventiva, curativa, de reabilitação e de promoção da saúde. Starfield (2002) avança no conceito quando define a APS como:

“aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum lugar ou por terceiros. (STARFIELD, 2002 p. 28)”.

Segundo a autora acima citada, a APS dar-se-á pelo conhecimento e operacionalização de seus princípios ordenadores, também denominados de dimensões,

que são o acesso, a longitudinalidade (vínculo), a integralidade (elenco de serviços), a coordenação, a focalização na família e a orientação à comunidade. No presente estudo será focado na dimensão “orientação para a comunidade”, que implica no reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser reconhecido e tomado em consideração. Desta forma, utilizaremos uma articulação da referida dimensão com o conceito de educação em saúde, referenciando a importância da participação ativa da população na leitura e reflexão crítica da sua realidade.

No Brasil, a partir do SUS, foi convencionado o termo Atenção Básica para caracterizar os serviços baseados no modelo de APS, os quais se orientam pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização da equidade e da participação social (BRASIL, 2012). A concepção de integralidade prioriza as ações de educação em saúde como estratégia articulada entre a concepção da realidade do contexto de saúde e a busca de possibilidades de atitudes geradoras de mudanças a partir de cada profissional de saúde, do trabalho em equipe e dos diversos serviços que buscam uma transformação no quadro de saúde da população.

Nesse enfoque, destacamos a estratégia de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como articuladores e responsáveis por ações de promoção, prevenção e educação em saúde que potencializam o cuidado no âmbito da AB, uma vez que as ações educativas desenvolvidas pelos profissionais são consideradas como ferramenta essencial para incentivar a auto-estima e o auto cuidado dos membros das famílias, promovendo reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e comportamentos (MACHADO et al, 2007). Desta forma, acreditamos que a ESF tem o papel primordial de contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde, conscientizando os usuários a serem sujeitos ativos e transformadores no que concerne aos aspectos do cuidado à saúde individual e da coletividade.

Considerando as políticas de saúde adotadas no Brasil para o fortalecimento da AB no contexto do modelo de vigilância em saúde, o nosso interesse em particular é discutir a hipertensão arterial sistêmica (HAS), agravo amplamente conhecido, responsável por taxas relevantes de prevalência em todo o mundo.

Apesar dos diversos avanços na atenção integral aos usuários com HAS, a doença é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (BRASIL, 2013).

Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2013).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo a maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (BRASIL, 2013).

De acordo com Silva (2010), mesmo que os avanços científicos e tecnológicos das últimas décadas venham facilitando a identificação dos seus fatores de riscos, o diagnóstico precoce dos seus agravos, o emprego de uma vasta terapêutica medicamentosa e das ações educativas para mudanças no estilo de vida, esta doença, embora reconhecida como problema de relevante agravo, tem seu tratamento e controle bastante inadequados.

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão.

A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009; BRASIL, 2013).

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (2012), no que concerne às atribuições comuns a todos os profissionais da atenção básica (AB), estabelece que os mesmos devem realizar ações de educação em saúde à população adscrita conforme planejamento da equipe. Os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à HAS. (BRASIL, 2013)

Convivo com os portadores da doença e, ao olhar o objeto do estudo sob a ótica da educação em saúde, associo às minhas inquietações vivenciadas: visualização do precário estabelecimento do vínculo; dificuldade de entender a subjetividade de cada portador de HAS; ineficiente conscientização e mudança no estilo de vida. Logo, emergiu a necessidade de refletir acerca das práticas educativas voltadas para este grupo, tendo como foco a interação profissional/usuário e entendimento da subjetividade que envolve as atitudes e práticas realizadas pelos acometidos de HAS.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral:

- Refletir acerca de práticas educativas que possam fortalecer a efetividade da atenção à HAS, implementadas pela ESF Ligeiro II, no município de Queimadas-PB.

2.2 Objetivos específicos:

- Estabelecer um melhor acompanhamento, estimulando momentos de interação e escuta entre profissionais e usuários de HAS.
- Implementar práticas educativas eficientes, introduzindo-as no rol de atividades mensais, como estratégia indispensável ao cuidado do usuário com HAS.

3. JUSTIFICATIVA ou DIAGNÓSTICO DA REALIDADE

Como há uma considerada quantidade de usuários portadores de HAS assistidos pela ESF Ligeiro II do município de Queimadas, sendo esses um total de 275 cadastrados do Programa de Hiperdia, enfrenta-se no cotidiano dessa equipe a dificuldade do acompanhamento e adesão ao tratamento.

Evidencia-se também a ineficiente realização das práticas educativas pela equipe, diminuindo gradativamente o grau de interação entre profissional/usuário, dificultando a conscientização e a mudança no estilo de vida. Da mesma forma, as pontuais práticas de educação em saúde ainda estão voltadas ao modelo tradicional de saúde, baseadas em palestras cansativas e repetitivas, distanciando-se da perspectiva dialógica, pois não há troca de experiências e manutenção do vínculo.

De acordo com as informações e dados do SIAB consolidado em todo o ano de 2013, a equipe em questão realizou 33 atividades educativas no referido ano, porém apenas 6 práticas foram voltadas para o contexto da HAS. Conforme os dados, todas estas atividades estão firmadas no modelo tradicional de educação em saúde, pois foram realizadas apenas palestras, monólogos e distribuição de panfletos.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Implantação SUS e a interface da Atenção Básica com a HAS

Para a melhor contextualização da problemática, faremos uma abordagem cronológica da implantação do SUS (princípios e preceitos) e Atenção Básica no Brasil. Desta maneira, a nova institucionalidade da saúde tem seus fundamentos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, que define o Sistema Único de Saúde. Suas ações e serviços integram uma rede regionalizada e hierarquizada; constituem um sistema único, organizado, descentralizado, com direção única em cada esfera do governo, prestando atendimento integral, a partir da priorização de atividades preventivas (sem prejuízo das assistenciais) e com participação popular (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Segundo Almeida (2001), baseado nos preceitos constitucionais, a construção do SUS norteia-se pelos seguintes princípios doutrinários: Universalidade, equidade e integralidade. Para o presente estudo, nos é importante o aprofundamento no conceito do último princípio, que de acordo com o referido autor o termo integralidade é traz a ideia de olhar o todo, intervir no todo. Desta maneira, as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Os serviços devem funcionar atendendo o indivíduo como ser integral, este submetido às mais diferentes situações de vida e de trabalho, que o levam a adoecer e/ou a morrer. Assim, o mesmo deve ser entendido como ser social, cidadão que biológica, psicológica e socialmente está sujeito a risco de vida. Dessa forma, o atendimento deve ser direcionado para a saúde e não para a doença, tentando assim erradicar causas, diminuir os riscos e tratar os danos.

No início do ano da década de 1990 foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), pelo MS. A missão do PACS no momento da sua criação era reduzir a mortalidade infantil e materna mediante oferta, às populações rurais e periferia, de procedimentos simplificados de saúde na lógica de medicina preventiva. “O objetivo era desenvolver a capacidade da população para cuidar de si, transmitindo informações sobre práticas preventivas, por meio de agentes comunitários” (VIANA; DAL POZ, 1998. p.8)

Andrade et al (2004) ao buscar uma conceitualização mais ampla para a PSF, a definiu como um modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família (ESF), comprometidas com a integralidade da

assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido.

Após a consolidação do SUS e a implantação da AB, na perspectiva de superar as dificuldades apontadas pelo sistema, foi criado um pacto pela saúde no ano de 2006. Este é revisado anualmente com base nos princípios constitucionais do SUS e com ênfase nas necessidades de saúde da população. O documento estabelece pactos que promoverão transformações e o fortalecimento do SUS: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

Por sua vez, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (BRASIL, 2013).

Para que aconteçam mudanças na vida dos hipertensos, é imprescindível o envolvimento dos profissionais da saúde, cabendo a todos abordar aspectos de prevenção e de promoção à saúde, abrir espaço para discussão e diálogo, implementar programas educativos e avaliá-los periodicamente, visando à melhoria das ações desenvolvidas e à adequação das mesmas às novas realidades, formação de vínculo, já que os profissionais da equipe estão em constante contato com o usuário/família/comunidade.

O processo de interdisciplinariedade, através do compartilhamento de experiências pode acelerar o crescimento profissional de cada um, e ao mesmo tempo é possível prestar assistência de qualidade a clientela hipertensa. Dessa forma, isso repercute positivamente na redução da taxa de morbimortalidade por doenças associadas à hipertensão arterial refletindo na minimização dos custos com assistência, como também o envolvimento com os reais problemas que norteiam o contexto dos portadores de HAS (SANTOS, 2004).

Dentro da equipe multidisciplinar cada profissional possui um papel importante no atendimento ao paciente. Quando ocorre este trabalho interdisciplinar, a atenção à saúde ocorre de forma eficaz (ALENCAR; FERNANDES, 2010). Pois são vários profissionais, com olhares diferentes, empenhados em um objetivo comum que é a atenção integral e holística ao usuário. Portanto, os profissionais das AB tem papel fundamental na conscientização e mudanças de atitude dos hipertensos, pois a equipe de acordo com a conjuntura da Estratégia Saúde da Família, está mais próxima dos usuários e vivencia em loco as dificuldades enfrentadas e encaradas pelo portadores de HAS.

4.2 Educação em saúde na perspectiva da integralidade: avanços e desafios no contexto da hipertensão

Partindo do pressuposto de que existem vários sentidos para o termo integralidade, cujo conceito ainda continua em construção, Gomes e Pinheiro (2005) afirmam que a integralidade é o modo de atuar democrático, considerando o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades, promovendo estratégias de melhorias de acesso e desenvolvimento de práticas integrais, como o acolhimento, vínculo e responsabilização do cuidado.

Os autores ressaltam que o desempenho do processo de trabalho das ESF deve estar relacionado à existência de profissionais que têm claro em suas metas o papel de agente transformador, assegurando a participação e o controle social, tornando transparentes as informações, criando vínculos efetivos entre usuários e equipe e estabelecendo relações de troca e confiança.

Para que seja possível a realização de uma prática que atenda a integralidade, é fundamental o exercício do trabalho em equipe, de modo a favorecer o diálogo entre profissionais de saúde, como também a definição coletiva projeto terapêutico para o usuário como foco central das ações de saúde. Para realizar o cuidado de maneira integral, não podemos acreditar em uma atenção realizada individualmente, mas incluir os termos de inter/multidisciplinaridade nesse contexto (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Nesse enfoque, as políticas de saúde vigentes orientam a composição de uma equipe multiprofissional, representada pela ESF, que age coletivamente, partindo do pressuposto de que a abordagem integral dos indivíduos/ famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem a equipe, buscando humanizar as

práticas de saúde, com o objetivo de obter a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade.

De acordo com texto constitucional, complementado e aperfeiçoado pela Lei Orgânica de Saúde, a atenção a saúde ofertada pelo SUS deve abranger tanto as ações assistenciais ou curativas quanto, e prioritariamente, as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças (Carvalho, Santos, 2002). Segundo Alves (2005) esta seria apenas uma das dimensões do princípio da integralidade, que vem ao longo desses anos sendo reconhecida como uma bandeira de luta, contrapondo-se ao reducionismo, à fragmentação e à objetivação dos sujeitos. A importância de abordar a atenção de forma integrada está fundamentada na articulação de todos os passos na produção do cuidado e no restabelecimento da saúde.

O princípio da integralidade, em um dos seus sentidos, corresponde exatamente a uma crítica da dissociação entre práticas do cuidado, fomentadas através do direcionamento dos profissionais de saúde apenas para as atividades curativas, deixando de desempenhar as práticas de prevenção e promoção da saúde (MACHADO et al., 2007). Desse modo segundo Alves (2005) devemos entender que:

“Integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais; integrar profissionais em equipes interdisciplinar e multiprofissional para a compreensão mais abrangentes dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas; integrar partes de um organismo vivo, dilacerado e objetivado pelo olhar reducionista da biomedicina, e reconhecer nele um sujeito, um semelhante a mim mesmo; nisto implica a assimilação do princípio da integralidade em prol da reorientação das práticas de atenção à saúde” (ALVES, 2005 p. 43)

A promoção da saúde segundo Gutierrez (1997), busca modificar condições de vida da população para que sejam dignas e adequadas; aponta para a transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que sejam predominantemente favoráveis à qualidade de vida e à saúde; e orienta-se ao conjunto de ações e decisões coletivas que possam favorecer a saúde e a melhoria das condições de bem estar.

Entende-se, portanto, que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidade, territórios e culturas presentes em nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social nas políticas públicas (BRASIL, 2007).

Educação em saúde, conceito associado ao de Promoção da Saúde, alcança uma definição mais ampla como um processo de capacitação das pessoas proporcionado por uma abordagem socioeducativa que assegure conhecimento, habilidades e formação de consciência crítica para tomar uma decisão pessoal com responsabilidade social, incluindo políticas públicas e reorganização de serviços (BARROSO *et al.*, 2003).

O autor referenda ainda que segundo a Carta de Ottawa, documento fruto da primeira conferência internacional sobre promoção da saúde realizada em 1978, a educação inclui, portanto, políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade, da cidadania e da ética, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e a promoção do homem.

Desta maneira destaca-se a educação em saúde, como estratégia de promoção da saúde, seguindo um processo de conscientização individual e coletiva de responsabilidades e de direitos à saúde, estimulando ações que atendam aos princípios do SUS. A prática da educação em saúde como um caminho integrador do cuidar constitui um espaço de reflexão ação, fundado em saberes técnicos-científicos e populares, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar na família e comunidade, contribuindo para a transformação social (BARROSO *et al.*, 2003; ALVES, 2005).

No âmbito do PSF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a ESF. Espera-se que esta seja capacitada para a assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo processos educativos para a saúde, entendendo a pessoa como agente promotor de ações significativas, visando atender as necessidades reais do sujeito, família e comunidade, proporcionando a melhoria do auto-cuidado e a qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2012).

Contribuir para a democratização do conhecimento, fazer a saúde ser reconhecida como um direito de cidadania e estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício de ações promotoras de saúde são desafios vivenciados pela ESF (ALVES, 2005). O importante é que todos os profissionais estejam comprometida com a melhoria da qualidade de vida da população e crie em si um sentimento de responsabilização pelo usuário e a subjetivação das ações, tentando concretizar na

prática cotidiana a integração da voz do outro e a construção de vínculos solidários. A integralidade da atenção à saúde, em suas ações de promoção, prevenção e assistência poderá, assim, representar um novo modo de “andar na vida”, numa perspectiva que coloca o usuário como sujeito de sua própria história.

Da convivência entre as práticas emergentes e hegemônicas é possível delinear dois modelos de práticas de educação em saúde, que podem ser referidos como modelo tradicional e modelo dialógico. Alves (2005) faz uma revisão sobre estes modelos, relata que os mesmos encontram-se em pólos extremos, sendo possível reconhecer ainda modelos intermediários.

O modelo tradicional, historicamente hegemônico, focalizando a doença e a intervenção curativa e fundamentado no referencial biologicista do processo saúde-doença, preconiza que a prevenção das doenças prima pela mudança de atitudes e comportamentos individuais (SMEKE; OLIVEIRA, 2001). As estratégias desta prática educativa em saúde incluem informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde.

Segundo Briceño-Leon (1996), os usuários são tomados como indivíduos carentes de informação em saúde. Desta maneira, a comunicação profissional-usuário caracteriza-se pelo caráter informativo, no qual o profissional detém o conhecimento técnico-científico e o usuário é caracterizado como um ser desprovido deste conhecimento necessitando ser devidamente informado. Pressupõe-se, ainda, que a partir da informação recebida os usuários serão capazes de tomar decisões para a prevenção de doenças e agravos, bem como poderão assumir novos hábitos e condutas.

De acordo com Rice e Candeias (1989) este modelo que dissemina informação em saúde através de veículos de comunicação ou por meio campanhas tem efeito temporário em relação às mudanças de hábitos e condutas. As autoras afirmam que a população não muda de comportamento definitivamente, mas apenas reage a um estímulo temporário. Com a supressão do estímulo, o comportamento tende a extinção.

A principal crítica a este modelo de educação, entretanto, tem sido referente à não consideração dos determinantes psicossociais e culturais dos componentes de saúde (ALVES, 2005). Ao tomar os usuários como objeto das práticas educativas e carentes de um saber sobre a saúde, perde-se de vista que os comportamentos são orientados por crenças, valores, representações sobre o processo saúde-doença. Neste sentido tem-se discutido sobre a consideração dos determinantes psicossociais e culturais nas práticas de educação em saúde (FILGUEIRAS, DESLANDES, 1999). Propõe-se que estas

sejam sensíveis às necessidades subjetivas e culturais dos usuários. Para tanto, reconhece-se a necessidade de abandonar estratégias impositivas e paternalistas e adotar uma forma de comunicação baseada no diálogo e nas relações interpessoais.

A proposição de práticas educativas sensíveis às necessidades dos usuários insere-se no discurso emergente de educação em saúde – o modelo dialógico. Em oposição ao modelo tradicional, trabalha-se com a perspectiva de sujeitos das práticas de saúde (AYRES, 2001). Neste sentido, Briceño-Léon (1996) apresenta dois princípios básicos na orientação das ações em saúde. Primeiramente, é necessário 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. O segundo princípio parte da premissa de que é preciso envolver os indivíduos nas ações, o que contrapõe a sua imposição.

Chama-se modelo dialógico por ser o diálogo seu elemento essencial, tendo como objetivo principal transformar saberes existentes, compreendendo as diversas situações de saúde e desenvolvendo práticas educativas emancipatórias. Segundo Chiesa e Veríssimo (2009), a estratégia valorizada por este modelo é a comunicação dialógica, que visa a construção de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado que capacite os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar a saúde.

Paulo Freire afirma que ensinar não é apenas uma transferência de conhecimento acumulados por um educador (a) experiente e que sabe tudo para um educando(a) inexperiente que não sabe de nada. Ensinar é o exercício do diálogo, da troca, da reciprocidade, ou seja, de um tempo para falar e de um tempo para escutar, de um tempo para aprender e de um tempo para ensinar. Freire (1983), nesse sentido assegura que:

“A auto-suficiência é incompatível com o diálogo. Os homens que não têm humildade, ou a perdem, não podem se aproximar do povo. Não podem ser seus companheiros de pronúncia do mundo. Se alguém não é capaz de sentir-se e saber-se tão homem quanto aos outros, é que lhe falta ainda muito que caminhar, para chegar ao lugar de encontro com eles. Nesse lugar de encontro, não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que em comunhão buscam saber mais (FREIRE, 1983).”

Todo profissional de saúde é um educador em saúde em potencial, a partir do diálogo e intercâmbio de saberes técnico-científicos e populares. Desse modo, profissionais e usuários podem construir de forma compartilhada um saber em saúde, promovendo mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos. Todas essas transformações são ocasionadas não pela persuasão ou autoridade profissional, mas pela

construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos, promovendo compromisso e vinculação com os usuários, possibilitando o fortalecimento da confiança nos serviços de saúde (OLIVEIRA, 2003).

As particularidades da estratégia de Saúde da Família remetem a um modelo de educação em saúde mais coerente com os princípios do SUS, pelo nível de compromisso e responsabilidade esperado dos profissionais que compõem as ESF, pelo nível de participação esperado/buscado da comunidade na resolução dos problemas de saúde, pela compreensão ampliada do processo saúde-doença e pela humanização das práticas. Desta forma, para qualidade do cuidado em saúde e sua resolutividade, compreende-se que o modelo dialógico de educação em saúde corresponderia ao modelo mais pertinente para o contexto de atividades vivenciadas pelos profissionais das ESF (ALVES, 2005).

Nesse enfoque, resgatamos os objetivos da Política Nacional de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, definidos em 2008, que apontam como função essencial o desenvolvimento das ações de educação em saúde, comunicação e mobilização social, enfocando a promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde. Dessa forma, o envolvimento dos profissionais nas ações cuidados aos usuários com HAS, buscando a partir das orientações e atividades em relação a prevenção e cuidado com a doença, favorecem a qualidade de vida dessa população e a participação desta no processo saúde-doença-cuidado e conseqüentemente alcança melhorias no quadro epidemiológico da sua área adscrita e melhor adesão/ efetividade ao tratamento.

A educação em saúde é considerada como processo potencializador da descentralização de ações e serviços na rede hierarquizada do SUS e o exercício do controle social sobre esses serviços, no sentido de que estes respondam às necessidades da população e esta de forma consciente, o procure para melhoria da qualidade de vida, sua e da coletividade. Como a ESF está inserida no ambiente da população, os profissionais vêm de perto os problemas ali existentes, e cada um utiliza as práticas educativas para reverter agravos e promover saúde.

5. PLANO DE AÇÃO

5.1 Intervenção proposta

- Implementar atividades educativas com os hipertensos adscritos na área, semanalmente, firmado no modelo de educação em saúde dialógico.

5.2 Detalhamento da execução

- Realizar inicialmente reunião com a equipe, explanando a real situação das práticas educativas já existentes e seus ineficientes resultados.
- Apresentar o modelo dialógico centrado na perspectiva de Paulo Freire e demonstrar como essa reorientação irá trazer benefícios para o acompanhamento dos usuários em questão;
- Traçar com a equipe um cronograma semanal, mantendo uma estrutura sistematizada, com escala dos profissionais que realizarão as atividades educativas;
- Definir temas de discussão junto com os hipertensos, debatendo fatos, mantendo como foco a troca de experiências, diálogo e escuta qualificada.
- Manter uma rotina para essas práticas e avaliar mensalmente o resultado dessas atividades.

5.3 Responsáveis

Os membros da ESF: Enfermeira, médico, odontóloga, ACS's, Técnica de enfermagem, Auxiliar de Saúde Bucal, Recepcionista.

5.4 Local para execução

Estes encontros serão realizados na UBSF Ligeiro II, localizado na rua José Inácio da Silva S/N, situado no bairro Ligeiro do Município de Queimadas – PB. As atividades poderão acontecer na recepção ou na sala de reuniões (dependendo do tema e da quantidade de participantes).

Como a referida unidade tem um dia específico semanalmente para atender o grupo dos hipertensos, as práticas educativas serão realizadas nas quintas-feiras, no período da manhã.

5.5 Materiais e recursos

- Livro de Ata;
- Livro de acompanhamento de Hipertensos;

- Folhas e canetas;
- Vídeos;
- Cadeiras

5.6 Cronograma e prazo para execução

- 60 dias

6. CONCLUSÃO

Ao intensificar e fortalecer as atividades de educação em saúde para o contexto da HAS faz-se necessário refletir algumas lacunas que remetem a questões complexas ligadas ao modelo tradicional de atenção à saúde, como a postura conservadora e autoritária de se fazer educação em saúde, alimentada por décadas, e que refletem na prática em saúde ainda hoje.

A intervenção proposta não se remete apenas a realizar práticas educativas, mas sim, problematizar a efetividade dessas ações e quais mudanças essas atividades estão ocasionando no cotidiano dos hipertensos. Para tanto, o envolvimento de toda a ESF e o empenho de construir um saber coletivo junto com os usuários é algo imprescindível. Na realidade, na subjetividade que envolve a dinâmica social, só há conscientização e mudança quando há vínculo e interação.

O binômio profissional/usuário deve ser preservado e juntos devem construir a terapêutica ideal e singular para cada indivíduo. Repensar, refletir e transformar são ferramentas essenciais para um cuidado integral e eficiente, onde através do diálogo e interação possam surgir vínculos solidários e fortalecidos.

7. REFERÊNCIAS

ALENCAR AKB, FERNANDES TG. Assistência de Enfermagem aos Indivíduos com transtornos mentais: uma revisão de literatura por Metassíntese. *Sau. & Transf. Soc.* v.1, n.1, p.148-153, 2010.

ALMEIDA, E. S. et al. Políticas Públicas e Organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M.; ALMEIDA, E. S. A. (org.) *Gestão de serviços de saúde*. São Paulo: EDUSP, 2001.

ALVES. V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. v.12, n.2, p.455-64, 2007.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc. Saúde Colet.*, v.6, n.1, p.63-72, 2001.

BARROSO, G. T.; VIEIRA, N. F.; VARELA, Z. M. V. Educação em saúde no contexto da promoção humana. Fortaleza: Edições Demócrito, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da saúde / Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. -2. ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRICEÑO-LÉON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cad. Saúde Pública*, v.12, n.1, p. 7-30. jan/mar., 1996

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica de saúde (Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90). 3ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 2002. p. 33-53.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. Ó. R. A educação em saúde na prática do PSF. Manual de Enfermagem. Disponível em: www.ids-saude.org.br/enfermagem. Acesso em 12 fev. 2009

FILGUEIRAS, S. L.; DESLANDES, S. F. Avaliação das ações de aconselhamento: análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. *Cad. Saúde Pública*, v.15, supl. 2, p.121-31, 1999.

FREIRE, Paulo. Paulo Freire ao Vivo. São Paulo: Loyola, 1983.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 9, n. 17, p.287-301, mar./ago.2005.

GUTIERREZ, M. L. et al. La promoción di salud. In: ARROYO, H. V. & CERQUEIRA, M. T. (Orgs) *La Promoción de la Salud em America Latina*. San Juan: Editora de la Universidad di Puerto Rico,1997.

MACHADO. M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma visão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.2, p.335-42, 2007.

OLIVEIRA, R. M. A construção do conhecimento nas práticas de educação em saúde: repensando a relação entre profissionais dos serviços e a população. *Perspect. ciênc. inf.*, Belo Horizonte, n. especial, p. 22-45, jul./dez. 2003.

RICE, M.; CANDEIAS, N. M. F. Padrões mínimos da prática da educação em saúde: um projeto pioneiro. *Revista de Saúde Pública*, v.23, n.4, p.347-53, 1989.

SANTOS ZMSA. Atendimento multiprofissional e interdisciplinar à clientela hipertensa – relato de experiência. *Rev. Bras. Prom. da Saúde*. v.17, n.001, p.86-91, 2004.

SILVA, M. E. D. C. Representações Sociais da hipertensão arterial elaboradas por portadoras e profissionais de saúde: uma contribuição para a enfermagem. / Maria Enoia Dantas da Costa Silva. -2010. 153f. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, 2010.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.115-36.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. A reforma em saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família do Brasil. *Physis*, v.8, n.2, p.17-38, 1998.