



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“A Promoção da Saúde como Caminho para o Envelhecimento Ativo: o cuidado ao hipertenso em um centro de saúde escola”

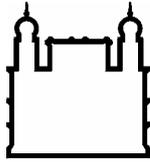
por

Carolina Rocha Aquino González

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. José Luiz Telles de Almeida

Rio de Janeiro, agosto de 2008.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“A Promoção da Saúde como Caminho para o Envelhecimento Ativo: o cuidado ao hipertenso em um centro de saúde escola”

apresentada por

Carolina Rocha Aquino González

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Mônica de Assis

Prof. Dr. Antenor Amâncio Filho

Prof. Dr. José Luiz Telles de Almeida – Orientador

Agradecimentos

Ao professor José Luiz Telles por compartilhar seus conhecimentos e me conduzir nessa caminhada de forma tranqüila e amiga.

À professora Maria de Fátima Lobato Tavares pelas valiosas contribuições feitas durante a qualificação do projeto de dissertação.

À professora Mônica Assis pelas importantes contribuições e pelo carinho por esta pesquisa.

Ao professor Antenor Amâncio Filho por aceitar participar da banca examinadora dessa dissertação.

À direção e aos profissionais do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria por me acolherem e se mostrarem abertos para a realização dessa pesquisa.

Aos amigos da turma de Planejamento e Gestão 2006 pela alegria e companheirismo que certamente fizeram com que essa caminhada fosse mais feliz e mais leve.

Aos mestres e atualmente colegas de trabalho, professores do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Juiz de Fora pelo incentivo e pelos ensinamentos. Agradeço especialmente à Maria Alice e Marcos por me desvendarem os olhos para a Saúde Pública e me apoiarem e incentivarem quando tudo isso era ainda um sonho. À Cláudia por me introduzir no mundo da pesquisa e à Simone por todo o carinho, apoio e compreensão nos momentos de turbulência.

A todos os meus queridos amigos pela torcida, pelo apoio e por compreenderem a minha ausência durante os últimos tempos.

À minha amada família pelo amor incondicional e pelo apoio e incentivo, não apenas durante essa caminhada, mas enquanto durar a caminhada da minha vida.

Aos meus irmãos, Gustavo e Alexandre, amigos e companheiros eternos por todo o carinho e estímulo.

Aos meus pais por todo amor e incentivo sem os quais eu não chegaria até aqui. Agradeço em especial à minha mãe pela força constante e, principalmente, por me ensinar a valorizar o ser humano e a vida.

Ao Eduardo, meu anjo amoroso, por suportar a distância e a ausência, ser fonte constante de carinho e de ajuda e não me deixar duvidar em momento algum de tamanho amor.

Ao povo brasileiro por tornar possível a realização deste sonho. Essa pesquisa foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar a incorporação das premissas da promoção da saúde no cuidado a pessoas portadoras de hipertensão arterial em um serviço de atenção primária à saúde, o Centro de Saúde Escola Germano SINVAL Faria, no sentido de compreender como este vem reestruturando suas ações com o objetivo de favorecer um envelhecimento saudável e com qualidade de vida. Definiu-se como metodologia a investigação qualitativa, sendo realizadas entrevistas com nove profissionais da estratégia de saúde da família e seu gestor e observações participantes em seis grupos educativos desenvolvidos pelas equipes. Verificou-se que os profissionais de saúde possuem uma percepção ampliada do processo saúde-doença-cuidado, mas existem dificuldades para incorporá-la no cuidado às pessoas portadoras de hipertensão. A realização de atividades intersetoriais e de estímulo à participação, além da capacitação dos profissionais são aspectos importantes para favorecer a incorporação da promoção da saúde e da concepção dialógica de educação em saúde nos serviços.

Palavras-chave: promoção da saúde, hipertensão arterial, envelhecimento, serviços de saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze how the premises of health promotion in relation to the care of people with arterial hypertension have been incorporated in a primary health care service, *Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria*, in trying to understand how this service has been offering a healthy aging and quality life to their patients. The research had a qualitative design, based on interviews with nine family health strategy workers, and its manager, as well as participatory observation of six education groups developed by the staff. The study indicated that the health workers have an amplified perception about the health-sickness-care process, but there are challenges to incorporate it in the arterial hypertension patients care. To incorporate the health promotion and dialogical concept in health education in the services it is important to organize intersectorial activities to stimulate workers participation, and continuous education of the workers as well.

Key words: health promotion, arterial hypertension, aging, health services.

SUMÁRIO

Introdução	09
Capítulo 1: Promoção da saúde e envelhecimento	16
1.1: A compressão da morbidade	16
1.2: Antecedentes históricos da promoção da saúde	19
1.3: A promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde	24
1.4: A promoção da saúde e a integralidade de atenção	30
1.5: A promoção da saúde e a educação em saúde	35
1.5.1: Os grupos educativos	41
Capítulo 2: As políticas públicas e os desafios do envelhecimento populacional	45
Capítulo 3: As políticas de controle da hipertensão arterial	51
Capítulo 4: Metodologia da pesquisa	58
4.1: O cenário da pesquisa	58
4.2: Os instrumentos metodológicos e os sujeitos da pesquisa	62
4.3: A análise dos dados	65
Capítulo 5: Resultados e discussão.....	67
5.1: Promoção da saúde	67
5.2: Hipertensão arterial	70
5.2.1: Fatores determinantes	70
5.2.2: Estratégias de cuidado	72
5.2.3: Articulação com outros programas e setores	74
5.2.4: Dificuldades para a realização de um cuidado integral	77
5.3: Os grupos educativos	82
5.3.1: Definição dos temas	82
5.3.2: Participação dos usuários	84
5.3.3: Os grupos na prática	88
5.4: O autocuidado	93
Capítulo 6: Considerações finais	99

Bibliografia	102
Anexos	113
Anexo 1: Roteiro de entrevista para o coordenador das equipes	113
Anexo 1.1: Termo de consentimento livre e esclarecido para o coordenador ..	114
Anexo 2: Roteiro de entrevista para os profissionais	116
Anexo 2.1: Termo de consentimento livre e esclarecido para os profissionais	118
Anexo 3: Roteiro de observação participante para os grupos	120
Anexo 3.1: Termo de consentimento livre e esclarecido para os participantes dos grupos	121
Anexo 4: Caracterização dos entrevistados	123

Introdução

Primeiramente, cabe esclarecer ao leitor de onde surgiu o interesse pelo tema do estudo. Ainda durante a minha graduação em fisioterapia, a expressiva demanda por atendimento fisioterapêutico a pacientes acometidos por acidentes vasculares encefálicos, na sua grande maioria pessoas idosas, foi um fato que me chamou a atenção. A grande demanda e a insuficiência de serviços para atendê-la puderam ser observadas em todos os níveis de atenção do SUS, entretanto, foi na atenção primária onde esse problema mais me chamou atenção e me sensibilizou, pois é no interior dos domicílios brasileiros onde se encontra uma triste realidade que não está alcance dos olhos da maior parte da sociedade. Muitas pessoas portadoras de graves seqüelas funcionais decorrentes de acidentes vasculares encefálicos tornam-se restritas ao leito ou ao domicílio e acabam não tendo acesso ao tratamento fisioterapêutico, uma vez que necessitam de transporte adaptado para poder se locomover aos escassos serviços secundários ou então de cuidados domiciliares.

Sendo o fisioterapeuta, um profissional que ainda possui pouca inserção no âmbito da atenção básica e do programa de saúde da família, a grande maioria dos pacientes restritos ao leito e ao domicílio permanece sem acesso aos seus cuidados. A falta de tratamento e de orientações adequadas, muitas vezes, impede que essas pessoas retomem suas atividades diárias e causa sérios prejuízos ao indivíduo, à família e à sociedade como um todo. Ao abordamos a questão da recuperação da capacidade funcional desses indivíduos e de sua reabilitação para a vida social e profissional a presença do fisioterapeuta torna-se elemento indispensável. A escassez de recursos para a incorporação na atenção básica de toda a gama de profissionais necessários à prestação de um cuidado efetivamente integral aos usuários do SUS é uma discussão que não cabe nesse trabalho, mas que colabora para a perpetuação desse problema.

Uma questão emergiu de toda essa problemática: sendo a hipertensão a principal causa das doenças cardiovasculares e a sua prevenção e controle extensamente documentados e reconhecidos pela literatura científica, porque milhares de indivíduos que têm acesso aos serviços de saúde continuam sofrendo as conseqüências da hipertensão não controlada? Após a leitura de diversos estudos que abordam o tratamento e a prevenção da hipertensão arterial sob diferentes enfoques, essa pergunta inicial foi sendo lapidada até dar origem ao objeto de estudo desse trabalho.

O envelhecimento populacional, isto é, o aumento da proporção de idosos na população, é um fenômeno mundial e vem ocorrendo em um nível sem precedentes. De

acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a proporção de pessoas na faixa etária de 60 anos e mais é a que mais cresce em todo mundo e espera-se que haja um aumento de 223% da população mais velha entre 1970 e 2025 (OMS, 2005). É considerado uma das maiores conquistas da humanidade no século XX, mas representa também um grande desafio para as políticas públicas devido às mudanças que acarreta nas demandas por serviços sociais e de saúde.¹

A forma como o envelhecimento populacional se processa é bastante heterogênea entre os países e regiões e, de modo geral, está ocorrendo de forma mais acentuada nos países em desenvolvimento. Embora os países desenvolvidos apresentem uma população mais envelhecida, ou seja, maior proporção de idosos do que os países pobres, em números absolutos, os últimos apresentam um maior contingente de idosos. Atualmente, cerca de 70% das pessoas idosas vivem nos países em desenvolvimento e estimativas apontam que em 2050 esse contingente alcançará 80%. (OMS, 2005). Kalache et al. (1987) destacam que o desafio para os países pobres é de que o envelhecimento da população seja acompanhado de uma melhoria na qualidade de vida dessas pessoas e da manutenção da sua autonomia e independência.

Nos países desenvolvidos, o envelhecimento populacional ocorreu de forma lenta e gradual possibilitando à sociedade adaptar-se às novas demandas geradas por esse processo e desenvolver estratégias para o seu enfrentamento. O processo de envelhecimento da população brasileira vem caracterizando-se por uma dinâmica de intensas alterações em suas características demográficas, as quais não vêm sendo acompanhadas de um desenvolvimento econômico e social capazes de garantir o bem-estar e a qualidade de vida da população que envelhece. Em 1950, o Brasil era o 16º do mundo com 2,1 milhões de idosos. Estima-se que até 2025 ele alcance o 6º lugar, com uma quantidade de 31,8 milhões de idosos, apresentando o maior aumento proporcional dentre os países mais populosos do mundo neste período. (Veras, 1994). No Brasil, o desafio do envelhecimento populacional soma-se aos vários problemas sociais encontrados no país como a pobreza e os elevados níveis de desigualdade social.

As conseqüências desse processo podem ser vistas em diversos setores da sociedade. Na esfera econômica, o aumento de pessoas aposentadas e a redução da população economicamente ativa, entre outras causas, vêm onerando o sistema de

¹A Organização Mundial da Saúde define a população idosa como aquela a partir dos 60 anos de idade, mas faz uma distinção quanto ao local de residência dos idosos. Este limite é válido para os países em desenvolvimento, subindo para 65 anos de idade quando se trata de países desenvolvidos.

previdência social e gerando a chamada “crise da Previdência”. Em relação à esfera social, aumenta a importância da família na sua função de suporte social ao idoso, num momento em que esta passa por diversas modificações na sua estrutura, entre elas a inserção da mulher no mercado de trabalho e a redução no número de filhos, o que dificulta o cuidado aos idosos dependentes.

Na área da saúde, esse expressivo envelhecimento populacional vem trazendo repercussões importantes. Conseqüentemente ao processo de transição demográfica, os países estão vivenciando a chamada transição epidemiológica que refere-se às mudanças que ocorrem em longo prazo nos padrões de morte, doença e invalidez de uma população. Segundo Chaimowicz (1997) esse processo apresenta como características básicas a substituição das doenças transmissíveis pelas doenças não transmissíveis como principal causa de morte; o deslocamento da maior carga de morbi-mortalidade dos grupos etários mais jovens para os mais velhos e o predomínio da morbidade sobre a mortalidade.

Os processos de transição demográfica e epidemiológica estão intrinsecamente relacionados e nos dizeres de Chaimowicz

[...] a queda inicial da mortalidade concentra-se seletivamente entre as doenças infecciosas e tende a beneficiar os grupos mais jovens da população. Estes “sobreviventes” passam a conviver com fatores de risco para doenças crônico-degenerativas e, na medida em que cresce o número de idosos e aumenta a expectativa de vida, tornam-se mais frequentes as complicações daquelas moléstias. Modifica-se o perfil de saúde da população; ao invés de processos agudos que “se resolvem” rapidamente através da cura ou do óbito, tornam-se predominantes as doenças crônicas e suas complicações, que implicam em décadas de utilização de serviços. (Chaimowicz, 1997: 189)

Portanto, à medida que os indivíduos envelhecem, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) transformam-se nas principais causas de morbidade, mortalidade e incapacidade. A transição epidemiológica apresenta maior impacto nos países em desenvolvimento determinando graves conseqüências sociais, pois esses países estão despreparados para lidar com as doenças crônicas, visto que elas exigem intervenções distintas daquelas utilizadas no tratamento das doenças infecciosas. Além disso, os países pobres enfrentam uma carga dupla de doenças, ou seja, uma superposição de problemas antigos como a mortalidade infantil e doenças infecciosas com novos problemas como as DCNT e suas complicações.

Em indivíduos com mais de 50 anos a predominância de óbitos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis é evidente. No ano de 2004, as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as causas externas representaram as três principais causas de óbitos entre os brasileiros nessa faixa etária, enquanto as doenças infecciosas e parasitárias ocuparam o oitavo lugar entre as causas de morte. Analisando, nesse mesmo ano, as causas de internação entre os brasileiros na rede pública, observa-se que as doenças do aparelho circulatório e as doenças respiratórias ocuparam o segundo e terceiro lugar, respectivamente, ficando atrás apenas das internações devido à gravidez, parto e puerpério (DATASUS, 2007).

Note-se que as doenças do aparelho circulatório assumem uma magnitude importante do ponto de vista da saúde pública. Desde 1960 são mais comuns entre a população de 30 a 69 anos do que as doenças infecciosas e parasitárias, sendo responsáveis por 65% dos óbitos nessa faixa etária e atingindo a população ainda em idade produtiva (Brasil, 2001a).

Entretanto, faz-se mister destacar que grande parte dos óbitos e internações em decorrência das doenças cardiovasculares (DCV) poderiam ser evitados, pois estão relacionados a fatores de risco modificáveis como a exposição ao tabaco, a inatividade física, a obesidade, a dislipidemia e o controle inadequado da hipertensão arterial e do diabetes. Nesse contexto, a hipertensão arterial se destaca seja pela sua elevada prevalência na população idosa, seja pelas graves conseqüências que acarreta quando não devidamente controlada.

A partir de dados obtidos na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998 e 2003, Camarano et al. (2005) observaram que a principal morbidade referida pelos idosos é a hipertensão arterial, seguida das artrites e do reumatismo, além do mais, constataram que a prevalência dessa doença aumenta de acordo com a idade. Segundo os autores, o aumento na proporção de idosos que declarou ter hipertensão e diabetes *mellitus* deve-se ao aumento da população idosa, mas também à melhoria da cobertura dos serviços de saúde, pois somente as pessoas que têm acesso a esses serviços podem conhecer essa condição e reportá-la. A diferença expressiva nas proporções de hipertensão arterial relatadas entre homens e mulheres pode ser devida à menor propensão dos homens em relatarem problemas de saúde (Verbrugge & Wingard, 1987; Macintyre et al., 1999 apud Pinheiro et al., 2002) e à maior utilização dos serviços de saúde pelas mulheres (Pinheiro et al., 2002; Travassos et al., 2002), o que aumenta o seu conhecimento acerca das suas condições de saúde.

A hipertensão arterial e suas complicações são responsáveis por grandes incapacidades entre os idosos, interferindo na sua independência, autonomia e qualidade de vida, assim como de suas famílias, além de acarretar aumento nos gastos com assistência médica. É considerada um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares e possui alto custo social sendo responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho em nosso meio. Estima-se que cerca de 15% a 20% da população brasileira adulta seja hipertensa. (Sociedade Brasileira de Hipertensão, 1998).

Em decorrência do exposto, vem ocorrendo um aumento da demanda dos serviços de saúde, visto que os idosos são portadores de múltiplas patologias crônicas, necessitam de cuidados prolongados e consomem mais medicamentos. Isso se reflete no aumento das despesas dos sistemas de saúde em todo o mundo, o que já pode ser notado no Brasil: os idosos, que correspondem a 9% da total da população, consomem 26% dos recursos destinados às internações hospitalares no sistema público (Lima-Costa et al, 2000). O aumento dos gastos em saúde torna-se um grande desafio no nosso país que conta com recursos escassos para a provisão desses serviços.

Entretanto, devemos destacar que a velhice não tem que vir necessariamente acompanhada de doenças e incapacidades desde que medidas de prevenção sejam adotadas durante todo o ciclo de vida, visando um envelhecimento ativo e saudável. Políticas públicas intersetoriais que promovam melhorias nas condições de vida dos cidadãos são imprescindíveis para possibilitar um envelhecimento com qualidade de vida. Os serviços de saúde, por sua vez, possuem importância crucial para a redução das doenças crônicas e de suas complicações o que vem suscitando debates internacionais acerca do modelo assistencial, da formação dos profissionais de saúde e das práticas cotidianas adotadas nos serviços.

Grande parte das despesas provocadas pelo envelhecimento é decorrente do modelo de saúde adotado, pois os custos de se financiar uma população idosa com alta incidência de doenças crônico-degenerativas são muito maiores do que o de financiar uma população ativa e saudável (Lloyd-Sherlock, 2002 apud Camarano & Pasinato, 2004). O crescimento nas despesas com saúde e a necessidade da promoção da saúde visando o envelhecimento ativo impõe como desafio às autoridades sanitárias a implantação de novos modelos e métodos de planejamento, gerência e prestação de cuidados (Veras, 2003).

A partir da compreensão de que são nas práticas desenvolvidas no cotidiano dos serviços de saúde que se concretizam ou não as políticas voltadas às mudanças do

modelo assistencial e de prestação de cuidados, debruçamo-nos sobre esses para olhar como vem se dando o cuidado ao adulto hipertenso com base no referencial teórico que embasa as propostas atuais de construção dessas práticas. Essa pesquisa aborda a temática do controle da hipertensão arterial e da prevenção de suas complicações no interior dos serviços de saúde considerando mais do que o aspecto individual e medicamentoso, buscando referenciar o tema aos conceitos de promoção da saúde e de envelhecimento ativo, este último propugnado pela Organização Mundial de Saúde.

Mais especificamente, analisamos as estratégias de cuidado à pessoa portadora de hipertensão arterial desenvolvidas em uma unidade de atenção primária à saúde, o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSE) pertencente à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz buscando perceber como essas questões vêm sendo incorporadas pelos seus profissionais.

Parte-se do pressuposto que os serviços de atenção primária à saúde ainda não incorporam a promoção da saúde e o envelhecimento ativo como eixos estruturantes das suas ações voltadas ao tratamento da hipertensão arterial. Portanto, continuam desenvolvendo essas ações atendo-se apenas ao tratamento medicamentoso e ao estímulo às mudanças de estilos de vida de forma descontextualizada com o ambiente no qual os indivíduos vivem, além de não incentivarem a participação desses indivíduos nessas ações e não exercerem atividades em conjunto com outros setores.

Esse estudo teve como objetivo geral analisar as estratégias de controle da hipertensão arterial e de prevenção das suas complicações desenvolvidas na atenção primária à saúde, à luz dos paradigmas da promoção da saúde e do envelhecimento ativo tendo como foco de observação o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSE).

Os objetivos específicos foram:

- Caracterizar as abordagens preconizadas pelas políticas do Ministério da Saúde para o tratamento da hipertensão arterial e de prevenção das suas complicações.
- Descrever as estratégias de tratamento da hipertensão arterial e de prevenção das suas complicações desenvolvidas no CSE, tendo por referência os paradigmas da promoção da saúde e do envelhecimento ativo da OMS.
- Analisar a percepção dos profissionais de saúde que lidam com o cuidado à hipertensão arterial no CSE sobre o tema.

Para o alcance dos objetivos supracitados o presente trabalho foi estruturado em seis capítulos. No primeiro é abordado o tema da promoção da saúde, objeto central de reflexão, e suas interfaces com o envelhecimento, perpassando aspectos importantes

para a construção das práticas de saúde voltadas ao cuidado do portador de hipertensão. O segundo capítulo trata das políticas públicas em resposta aos desafios do envelhecimento populacional. O terceiro analisa as políticas públicas voltadas ao controle da hipertensão arterial. O quarto capítulo descreve a metodologia da pesquisa, assim como as técnicas utilizadas. No quinto capítulo é realizada a descrição dos resultados encontrados e a sua discussão. Por fim, no sexto e último capítulo são feitas as considerações finais.

Capítulo 1 – Promoção da Saúde e Envelhecimento

Neste capítulo, abordaremos a temática da promoção da saúde em relação à diversos aspectos importantes para a discussão acerca do processo de envelhecimento e, conseqüentemente, da prevenção e do controle das doenças crônico-degenerativas. Inicialmente, realizamos uma revisão histórica sobre o surgimento e a evolução desse conceito no contexto mundial. Posteriormente, analisamos suas influências no processo de reforma sanitária brasileira e na construção do Sistema Único de Saúde e, mais especificamente, sua importância na reformulação da sua base jurídico-legal e nas propostas de mudanças das práticas nele exercidas. Em seguida, focalizaremos a discussão sobre o conceito de integralidade, um dos princípios do SUS que aponta para um processo de mudança das políticas, dos serviços e das práticas dos profissionais de saúde de modo a possibilitar a articulação de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças com as ações curativas. Por fim, abordaremos a temática da educação em saúde, entendendo que essa é um requisito fundamental à concretização da adoção da promoção da saúde como eixo estruturante das ações desenvolvidas nos serviços de saúde.

Antes de entrarmos na discussão da promoção da saúde propriamente dita, apresentamos o conceito de “compressão da morbidade” proposto por Fries na década de 80 na medida em que tal perspectiva ilumina o tema da promoção da saúde aplicada ao objeto de estudo do nosso trabalho.

1.1) A compressão da morbidade

Diante dos desafios advindos do envelhecimento populacional e do aumento das doenças crônicas não transmissíveis, a perspectiva da compressão da morbidade, cunhada por Fries em 1980, vem sendo apontada atualmente por diversos autores (Brito & Litvoc, 2004; Veras, 2003; Kalache, 2002; Chaimowicz, 1997) como um caminho para que se possa melhorar a qualidade de vida da população que envelhece e reduzir os gastos em saúde.

Os progressos científicos na área de saúde têm conseguido aumentar a expectativa de vida. No Brasil, a esperança de vida ao nascer, entre 1980 e 2000, aumentou de 58,5 para 67,5 anos para os homens e de 64,6 para 75,9 anos para as mulheres (Camarano et al, 2005). No entanto, a idade de surgimento de doenças e incapacidades nos indivíduos permanece inalterada, acarretando um aumento na

proporção de idosos doentes e incapacitados. Conseqüentemente, os custos dos sistemas de saúde vêm se tornando pesados até mesmo nos países industrializados, principalmente devido ao aumento dos indivíduos “muito idosos” - aqueles com 80 anos ou mais - que consomem recursos desproporcionalmente maiores (Chaimowicz, 1997).

De acordo com Fries (1992) a saúde da população crescente de idosos depende de dois momentos críticos da sua vida: a data de início do principal episódio de doença ou incapacidade e a data da morte. O autor afirma que o maior tempo de morbidade concentra-se entre esses dois momentos. Sendo assim, o tempo de vida com incapacidades devido às doenças crônicas pode ser reduzido se o início da doença crônica for postergado e se essa postergação for maior do que o aumento da expectativa de vida (figura 1). A compressão da morbidade implica em empurrar o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações para o mais perto possível da morte propiciando, conseqüentemente, um processo de envelhecimento com menos incapacidades.

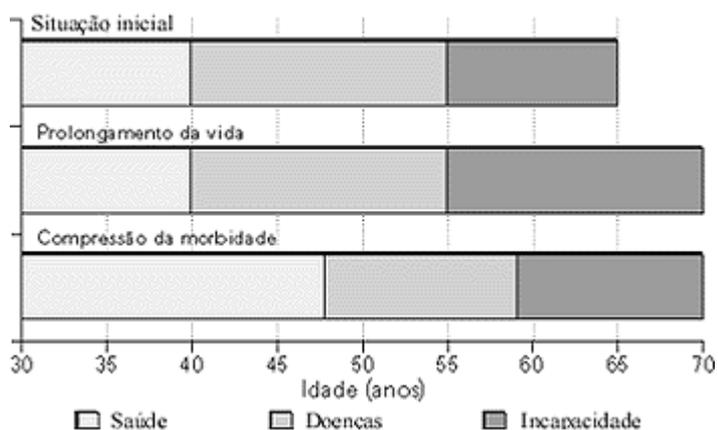


Figura 1: Prolongamento da vida e compressão da morbidade

Fonte: Chaimowicz, 1997.

Fries baseou sua hipótese na assunção de que existiria um limite biológico para o aumento da expectativa de vida (em torno dos 85 anos) e que estratégias de prevenção primária e secundária para DCNT fariam com que a compressão da mortalidade fosse acompanhada de uma compressão da morbidade, ou seja, a retangularização da curva de morbidade. No entanto, ao contrário do que Fries previa houve um aumento dos indivíduos “muito idosos” nas últimas décadas, sendo justamente o grupo que mais cresce entre os idosos em todo o mundo, inclusive no Brasil (Camarano et al, 2004; Kalache, 2002).

Entretanto, em estudo publicado recentemente, Fries (2003) apresenta os resultados de pesquisas realizadas nos Estados Unidos que demonstraram redução no crescimento da expectativa de vida entre os anos de 1980 e 1998, quando comparados com as duas décadas anteriores. Além disso, os dados de inquéritos nacionais apresentados pelo autor demonstram uma redução de incapacidades entre os idosos americanos entre os anos de 1982 e 1999, ou seja, a compressão da morbidade está ocorrendo nesse país. Segundo o autor, o declínio das incapacidades pode ser devido a vários fatores como redução do tabagismo e avanços médicos como melhora do tratamento da hipertensão arterial, diabetes, doença arterial coronariana, etc. O autocuidado também é apontado pelo autor como uma explicação para essa tendência, pois o nível educacional aumentou entre os idosos americanos nas últimas duas décadas e sabe-se que existe uma clara associação entre educação e saúde (Souza e Silva & Maldonado, 2003; Grossman & Kaestner, 1997 apud Guimarães, 2006; Engstrom, 1996).

Kalache et al. (2002) ressaltam, no entanto, que a compressão da morbidade vem ocorrendo apenas nos países desenvolvidos e que os países em desenvolvimento devem merecer atenção especial, já que é sobre eles que ocorrerá o maior impacto do envelhecimento populacional. Nesses países, as doenças crônicas têm atingido indivíduos jovens, ainda em idade produtiva. Além disso, muitas das medidas de prevenção e tratamento dessas doenças encontram-se indisponíveis à grande parte da população.

É importante ressaltarmos mais uma vez que o processo de envelhecimento não começa subitamente aos 60 anos, ele consiste no acúmulo e interação de processos sociais, comportamentais e médicos durante toda a vida. Portanto, para se alcançar uma velhice saudável e comprimir a morbidade as estratégias adotadas devem ser a promoção da saúde e do bem-estar durante toda a vida do indivíduo.

Segundo a perspectiva de Fries, quando as doenças crônicas e o declínio físico instalam-se precocemente nos indivíduos, eles desenvolvem-se insidiosamente, fato que pode ser prevenido com ações de promoção da saúde que tenham como foco o curso de vida e o “envelhecimento ativo”. Sendo assim, a promoção da saúde surge nesse contexto como uma estratégia capaz de garantir um envelhecimento com menos doenças e incapacidades e melhor qualidade de vida, reduzindo os custos dos sistemas de saúde com a população idosa. Entretanto, deve-se ter em conta que a promoção da saúde não cabe apenas aos serviços de saúde, mas também a outros setores do Estado e da sociedade civil. Portanto, para que os indivíduos possam alcançar uma velhice

saudável e com qualidade de vida torna-se necessária a elaboração e execução de políticas econômicas e sociais que garantam condições de vida e trabalho adequados à população.

1.2) Antecedentes históricos da Promoção da Saúde

No início do século XIX foram divulgados os primeiros estudos que chamavam a atenção para fatores sociais que influenciavam no estado de saúde da população, apontando para a determinação social do processo saúde-doença e para a necessidade de intervenção sobre esses fatores. Em 1820, Alison, médico e professor de medicina da Universidade de Edimburgo, na Escócia, descreveu a associação entre a pobreza e a enfermidade, opondo-se energicamente à teoria dos miasmas. Outros informes procedentes da Escócia coincidiam com a opinião de Alison e defendiam a necessidade de se atacar as causas da miséria. Em 1826, Villermé demonstrou que as mortes precoces de operários de fábricas de tecidos na França estavam relacionadas com suas precárias condições de trabalho (Terris, 1996).

Rudolf Virchow, sanitarista do século XIX é considerado o precursor das estratégias de promoção da saúde atuais por considerar pela primeira vez a saúde em seu conceito ampliado (Buss, 2003). Virchow, concluiu que as causas de uma epidemia na Silésia eram sociais, econômicas e físicas e relacionou sua solução à prosperidade, educação e liberdade que só poderiam ser alcançadas em uma democracia livre e ilimitada (Terris, op. cit.).

No início do século XX, o termo Promoção da Saúde foi utilizado pela primeira vez por Henry Sigerist, grande historiador médico que concebeu quatro funções para a medicina: (a) a promoção da saúde; que englobava ações de educação em saúde e de melhoria das condições de vida e de trabalho pelo Estado; (b) a prevenção de doenças; (c) o tratamento dos doentes e (d) a reabilitação. Ao listar os aspectos fundamentais a serem incluídos num programa nacional de saúde, Sigerist os classificou da seguinte forma: em primeiro lugar; a educação para a saúde, em segundo; melhores condições de moradia, em terceiro; melhores possibilidades de descanso e de lazer e, em último lugar; a atenção médica (Terris, op. cit.). Westphal (2006), por sua vez, destaca o fato de que as ações sobre os determinantes da saúde já encontravam-se presentes nas reflexões de Sigerist.

A despeito de todas as evidências que apontavam para a multicausalidade do processo saúde-doença a teoria bacteriológica assumiu posição privilegiada no

desenvolvimento da medicina e na definição dos problemas de saúde, assim como na escolha das ações necessárias ao controle, tratamento e prevenção de doenças (Torres & Czeresnia, 2003 apud Veras, 2006). Sendo assim, manteve-se a hegemonia do caráter biologicista da medicina, baseada em procedimentos específicos focados nos indivíduos, no atendimento hospitalar e na utilização extensiva de recursos tecnológicos (Veras, 2006).

Em meados do século XX, Leavell & Clark adotaram uma visão distinta da adotada por Sigerist ao desenvolverem o modelo da história natural da doença. Segundo esses autores, a interação entre o agente infeccioso, o ambiente e o hospedeiro – chamada de “tríade ecológica” – determinaria o desenvolvimento da doença, sua cura e suas complicações. A abordagem do processo saúde-doença comportaria, assim, três níveis de prevenção. Dentro desses níveis de prevenção haveriam cinco componentes distintos sobre os quais poderiam ser aplicadas medidas preventivas a partir do conhecimento da história natural de cada doença (Leavell & Clark, 1976).

A prevenção primária deveria ser desenvolvida no período pré-patogênese através de medidas destinadas a proteger o homem contra agentes patológicos e criar barreiras contra os agentes do meio ambiente, desenvolvendo assim, uma melhor saúde geral. As medidas de promoção da saúde desenvolver-se-iam nesse nível, porém, não estariam destinadas à prevenção de determinada doença, mas serviriam para aumentar a saúde e o bem-estar geral do homem (Leavell & Clark, op. cit.). A educação em saúde normativa seria um elemento importante para atingir esse objetivo e estaria centrada não apenas no indivíduo, mas também nas famílias e em grupos (Buss, 2003). Entretanto estava relacionada à transmissão de informações sem considerar o amplo espectro de fatores que influenciam a saúde e o bem-estar.

A prevenção secundária seria desenvolvida no início da patogênese por meio do diagnóstico precoce e do tratamento imediato e adequado para evitar seqüelas e limitar a invalidez. Já a prevenção terciária seria aplicada quando as seqüelas e a invalidez já estivessem instaladas e seria realizada por meio de ações de reabilitação (Leavell & Clark, op. cit.).

De acordo com Westphal (2006), esse modelo explicativo e as ações propostas a partir dele representaram um grande avanço em relação ao modelo biomédico, ao chamar a atenção sobre a importância das ações sobre o meio ambiente e os estilos de vida na prevenção das doenças. Além disso, houve a inclusão de ações educativas e ambientais entre as medidas preventivas existentes à época.

Por outro lado, o modelo proposto por Leavell & Clark foi criticado por diversos pensadores da área da saúde vinculados às vertentes da Medicina Social e da Saúde Coletiva que questionaram o fato da tríade ecológica não considerar os efeitos positivos e negativos das condições de vida, trabalho e inserção social dos indivíduos nos níveis de saúde da população (Westphal, 2006).

O conceito moderno de Promoção da Saúde surgiu formalmente no Canadá, em 1974 com a divulgação do documento “*The New Perspective for the Health of Canadians*”, também conhecido como Informe Lalonde. Essa foi a primeira declaração teórica surgida dos resultados oriundos da pesquisa epidemiológica das doenças não-transmissíveis e inaugurou uma nova era de interesse social e político pela saúde pública. Propunham-se ações para o enfrentamento do aumento dos custos da assistência à saúde em consequência do processo de envelhecimento populacional, questionando-se a abordagem exclusivamente médica do processo saúde-doença que não apresentava resultados significativos no enfrentamento das patologias não-transmissíveis (Carvalho, 2005).

A partir da divulgação do Informe Lalonde houve uma mudança na perspectiva de que a medicina seria responsável por todos os progressos na área da saúde para um conceito mais amplo, no qual o “campo da saúde” englobaria quatro grandes componentes: biologia humana, meio ambiente, estilos de vida e organização da atenção sanitária. Argumentava-se que, até aquele momento, todos os esforços feitos no sentido de melhorar a saúde dos canadenses haviam se centrado nos serviços de atenção sanitária que é apenas um dos componentes do “campo da saúde”. No entanto, as principais causas de doenças e mortes entre os canadenses originavam-se dos três outros elementos. Sendo assim, grandes montantes de recursos estavam sendo despendidos no tratamento de doenças que poderiam ser prevenidas (Terris, 1996; Buss, 2003).

Com base nessa afirmativa, o Informe sugere a mudança do foco das ações sanitárias dos serviços de saúde para a melhoria do meio ambiente, mudanças de estilos de vida e aperfeiçoamento do conhecimento referente à biologia humana (Carvalho, 2005). Entretanto, alguns autores afirmam que, na realidade, as ações de promoção da saúde desenvolvidas à época no Canadá tiveram como foco principal de ação as mudanças de estilos de vida (Buck, 1996; Tesh, 1998 apud Carvalho, 2005).

De acordo com Buck (1996) o fato de o Informe Lalonde ser um documento político, e o seu autor, ministro da saúde canadense, fizeram com que fossem formuladas poucas recomendações que obrigassem economicamente o governo, embora apresentasse preocupações por importantes aspectos da saúde. Tesh (1998 apud

Carvalho, 2005) considera que a ênfase na afirmação do “*controle dos sujeitos sobre sua saúde e seu processo de adoecimento*” contribui para a idéia de que é possível assegurar a saúde através de condições individuais, sem que haja necessidade de modificação nos modos de produção e nas relações sociais. Esses fatores contribuíram para o sucesso dessa corrente em diversos países e manifestam o desejo de não enfrentamento do amplo espectro de obstáculos que se opõe à saúde (Buck, 1996).

Segundo Carvalho (2005), algumas razões que contribuíram para o sucesso da chamada “*corrente comportamental da promoção da saúde*” foram também responsáveis pelas suas insuficiências e contradições. Ao mesmo tempo em que o Informe Lalonde enfatizava a determinação social da doença ao se referir à noção de campo de saúde, esse “*insight*” é negado no interior do próprio documento transformando o social em sinônimo de estilo de vida saudável. O autor afirma que

[...] o social dilui-se em uma retórica comportamental, a-histórica, que toma o ambiente como tudo aquilo que inclui todas as coisas relacionadas com a saúde e que são externas ao corpo humano e sobre o qual o indivíduo tem pouco ou nenhum controle. Estão ausentes temas como poder, sujeitos sociais, estruturas sociais, capitalismo e luta de classes. O mesmo ocorre em relação a categorias como pobreza, iniquidade social, desemprego, condições de trabalho e de vida, democracia, participação e direito (p.50).

Os limites teóricos da abordagem comportamental estimularam o surgimento na década de 80 de uma vertente sócio-ambiental denominada também de “*nova promoção da saúde*”. Assim como a anterior, essa corrente critica o paradigma biomédico e defende a ampliação da compreensão do processo saúde-doença, contudo, discorda da ênfase na mudança de estilos de vida que culpabiliza os indivíduos por comportamentos cuja causa, muitas vezes, encontra-se no entorno (Carvalho, 2005).

Esse novo conceito de promoção da saúde, assim como as novas práticas coerentes com suas bases político-ideológicas foram sendo aprimoradas através das diversas conferências internacionais sobre o tema que ocorreram nas duas últimas décadas, dentre as quais se destaca a primeira, realizada em Ottawa.

A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, foi realizada em Ottawa no ano de 1986. Essa conferência teve como principal produto a Carta de Ottawa (OMS, 1986) considerada um dos documentos fundadores do conceito de promoção da saúde atual e que tornou-se referência fundamental no desenvolvimento das suas idéias em todo o mundo. A Carta define a promoção da saúde como

[...] o nome dado ao **processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo**. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. (OMS, 1986: 1) – grifo nosso

A saúde é entendida como um conceito positivo e vista como um recurso para a vida, não como o sentido de viver. Sendo assim, a promoção da saúde deixa de ser responsabilidade exclusiva do setor saúde, indo além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global que inclui condições e requisitos como paz, moradia, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (OMS, 1986).

São definidas cinco grandes áreas estratégicas para a concretização das ações de promoção da saúde: definir políticas públicas saudáveis; criar entornos favoráveis (ambientes físicos, sociais, econômicos, políticos e culturais); fortalecer a ação comunitária; desenvolver estilos pessoais e de vida e reorientar os serviços de saúde (OMS, op. cit.). Buss (2003) destaca que a faceta das políticas públicas saudáveis aponta para um diferencial em relação à noção anterior de promoção da saúde mais associada à prevenção de doenças e à mudança de comportamentos individuais.

Durante as décadas de 1980 e 1990 realizaram-se outros encontros internacionais sobre o tema que ratificaram os preceitos estabelecidos pela Carta de Ottawa e acrescentaram outras preocupações, entre elas a geração de políticas públicas saudáveis, as desigualdades na saúde e a responsabilidade pública pela saúde (Pasche & Hennington, 2006). A partir dos documentos produzidos nesses encontros e de suas proposições, torna-se clara a ampliação do enfoque de ação da “nova promoção da saúde” quando comparada à sua vertente comportamental. Carvalho (2005) afirma que

Ao levar em conta todos os fatores causais da saúde e da doença esta corrente amplia o alcance das atividades de promoção da saúde para além dos parâmetros tradicionais da saúde pública e da prevenção da doença. É um ideário que pode contribuir para uma ruptura entre velhas e novas práticas em saúde e fornecer elementos para transformação do *status quo* sanitário e para a produção de sujeitos autônomos e socialmente solidários (p. 67).

De acordo com Buss (2003), a concepção atual de promoção da saúde está vinculada a diversos valores como vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento sustentável, participação e parceria. Sendo assim, refere-se

a uma combinação de estratégias que envolvem não só o Estado, mas também a comunidade, os indivíduos, o sistema de saúde e outros setores, trabalhando com a noção de múltipla responsabilização tanto pelos problemas quanto para sua solução.

Torna-se importante enfatizar que o debate sobre a promoção da saúde insere-se no contexto internacional de busca de alternativas à crise dos sistemas de serviços de saúde, tendo como pano de fundo uma motivação explícita de redução de custos no setor. Segundo Teixeira (2006), essa crise possui suas raízes parcialmente estruturadas na reprodução de concepções e práticas que se tornaram cada vez mais insuficientes e inadequadas em virtude das mudanças demográficas, epidemiológicas, políticas e culturais ocorridas nas sociedades contemporâneas. A partir das críticas ao modelo biomédico e flexineriano², a promoção da saúde traz proposições para a reorientação dos modelos de atenção à saúde. Suas bases político-ideológicas foram adotadas em diversos países e influenciaram significativamente a construção do Sistema Único de Saúde no Brasil.

1.3) A Promoção da Saúde e o Sistema Único de Saúde

No final da década de 70 o Brasil estava em plena luta contra a ditadura militar e a área da saúde, através do Movimento pela Reforma Sanitária defendia a idéia de que “*democracia é saúde*” (Pasche & Hennington, 2006). Esse movimento partiu da compreensão de que o processo saúde-doença na coletividade não poderia ser explicado apenas nas suas dimensões biológica e ecológica, já que tais fenômenos seriam uma produção sócio-histórica. Essa concepção permitiu

[...] alargar os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade [...] [e orientou] muitas das proposições do movimento de democratização da saúde não apenas no que se referia à saúde do trabalhador e às políticas de saúde, mas naquilo que dizia respeito a uma totalidade de mudanças que passava pelo setor saúde e implicava alterações mais profundas em outros setores, no Estado, na sociedade e nas instituições (Paim, 1997: 13).

² O modelo flexineriano que influenciou a conformação dos sistemas de saúde e sobre o qual se baseiam os currículos da grande maioria dos cursos de graduação em saúde adota os pressupostos ideológicos do mecanicismo (o homem entendido como uma máquina), do biologicismo (predominância da natureza biológica da doença), do individualismo (negação da determinação social da doença) e do especialismo com crescente fragmentação do indivíduo.

A implantação do projeto de Reforma Sanitária teve que lidar com os desafios de suplantar ações verticalizadas, a centralização do governo federal, a hegemonia do setor privado na área de assistência médico-hospitalar e a setorização - separação histórica entre saúde pública e assistência médica previdenciária (Lima et al., 2005). Lima et al. (2005) destacam que muitas análises que versam sobre o tema creditam essas heranças exclusivamente ao regime militar. Entretanto, ressaltam que embora as políticas de Estado naquele período tenham promovido um crescimento expressivo da medicina privada, as outras características do sistema de saúde brasileiro foram herdadas em momentos anteriores. Segundo os autores, durante a Primeira República (1889-1930) houve grande expansão da autoridade estatal através das políticas de saúde e durante o primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-1945) institucionalizou-se um modelo verticalizado, centralizado e setorializado.

Devido às influências do liberalismo econômico, a atenção à saúde no País conformou-se a partir da lógica do mercado privado, direcionada à realização de ações voltadas para a cura de doenças e centrada na prática médica, realizada em instituições especializadas, particularmente o hospital. Embora essa conformação tenha gerado um baixo impacto nas condições de saúde da população – uma vez que o acesso aos serviços de saúde restringia-se aos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho - produziu uma grande elevação dos custos assistenciais, impossibilitando a sua manutenção.

Campos (2003) destaca que

As dificuldades não residiam apenas no arcabouço institucional, isto é, no conjunto de leis existentes à época, que dava prioridade ao modelo em que a atenção previdenciária era o principal foco da política pública. Há que se considerar entre as heranças recebidas pelo SUS, em décadas de estruturação do setor saúde, a cultura organizacional, os diversos interesses financeiros e comerciais incompatíveis com o interesse público, e uma prática médica fragmentada e descontextualizada da realidade dos cidadãos (p. 571).

A partir desse cenário, duas direções distintas, mas complementares, foram assumidas pela agenda sanitária: reconstruir a base jurídico-legal que conformava a área e orientava sua organização; e reorganizar os serviços, suas práticas e seus modos de gestão e de atenção, aproximando-os das reais necessidades de saúde da população (Pasche & Hennington, 2006).

O ideário da promoção da saúde, difundido internacionalmente através da Carta de Ottawa passou a influenciar de forma crescente o pensamento sanitário brasileiro. A

mobilização pela reforma sanitária assumiu amplas dimensões atingindo as arenas políticas, acadêmicas e de movimentos sociais. O novo projeto para a saúde brasileira tomou corpo com o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986. Nesse relatório a saúde foi definida como o resultado das condições de alimentação, habitação, trabalho, lazer, meio-ambiente, renda, transporte, educação, liberdade, acesso e posse da terra e de acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, a responsabilidade com a produção da saúde foi estendida para as políticas econômicas e sociais, enquanto às políticas de saúde caberia assegurar os componentes da atenção e do cuidado (Pasche & Hennington, op. cit.).

A saúde, afirmada então como direito de todos e dever do Estado ganhou ampla adesão entre deputados e senadores constituintes, possibilitando sua inscrição na Constituição Federal de 1988 - a “Constituição Cidadã” (Costa, Pontes & Rocha, 2006).

O texto constitucional estabeleceu que “*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*” (Brasil, 1988).³

Foram estabelecidas como diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a descentralização das ações e serviços com direção única em cada esfera do governo; a integralidade do atendimento com prioridade das atividades preventivas; e a participação da comunidade como mecanismo de efetivação do controle social do sistema.

No ano de 1990 foi completada a regulamentação infraconstitucional do SUS. A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080, de 19 de setembro) tratou do processo de descentralização, das competências das diferentes esferas de governo e da organização do Sistema; e a Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro, versou, principalmente sobre a participação da comunidade. Posteriormente, foram editadas na década de 90 as Normas Operacionais Básicas do SUS que guiaram o processo de descentralização político-administrativa e, em 2001 e 2002 as Normas Operacionais de Assistência à Saúde que normatizaram os aspectos relativos à regionalização.

A mudança de paradigma e a incorporação da promoção da saúde no Sistema Único de Saúde expressaram-se também através da adoção do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e sua evolução para o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994. Este programa, atualmente denominado Estratégia de Saúde da

³ O Artigo 194 da Constituição Federal em seu capítulo II trata da seguridade social, que refere-se ao “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

Família (ESF) constitui o eixo principal de reorganização do SUS a partir da atenção primária à saúde (APS). As equipes de saúde da família são compostas, no mínimo, por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), sendo que estes últimos têm um papel de destaque, pois constituem o principal elo entre a comunidade e as equipes.⁴

A ESF prioriza em suas bases teóricas a promoção da saúde sem, no entanto, desconsiderar a clínica, já que tem a integralidade como um de seus princípios, partindo da compreensão de que todas as ações de saúde (promoção, prevenção, cura e reabilitação) estão embutidas no conceito amplo de promoção. O seu foco de atenção é o coletivo, entendendo que os indivíduos estão inseridos em famílias, que por sua vez, inserem-se em um grupo populacional e que o processo de saúde-doença é determinado socialmente (Andrade et al, 2006).

A inscrição da saúde no âmbito da seguridade social e o seu reconhecimento enquanto direito de todos os cidadãos representou uma grande transformação no campo sanitário. A assunção de uma concepção holística do processo saúde-doença e a incorporação do ideário da promoção da saúde apontava para uma mudança radical da organização do sistema, da sua gestão e das suas práticas. Vislumbrava-se, portanto, a substituição de um modelo baseado em ações curativas por outro, voltado para a atenção primária à saúde, incorporando também ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças.

Entretanto, a partir de 1990, várias dificuldades foram impostas ao processo de implantação do SUS devido à reforma do Estado ocorrida simultaneamente. Essa reforma, comandada pelo Ministério da Fazenda, promoveu a abertura da economia, ajustes fiscais, contenção de gastos públicos, reformas administrativas desestruturantes, cortes de servidores públicos e rompimento precoce com lógica de bem-estar social, de cidadania e de seguridade social (Santos, 2007). Iniciou-se, então, um movimento de “*contra-reforma sanitária*” com a implementação de políticas contraditórias: de um lado, o estímulo à descentralização e ao controle social e, de outro, a redução de recursos, impedindo a implantação das diretrizes do SUS. (Noronha, 2005).

De acordo com Noronha (2005), o subfinanciamento do setor na década de 90 resultou, indiretamente, no crescimento dos planos e seguros de saúde e fragmentou o sistema de saúde brasileiro em dois:

⁴ No Brasil, o termo atenção básica também é utilizado para designar a atenção primária à saúde.

De um lado, para ricos e remediados, um modelo americano, com a assistência médica predominantemente privada, com regras de concorrência predatórias, sem nenhum programa de qualidade associado [...] Outro sistema para os pobres, o SUS – Sistema Único de Saúde, ainda fragmentado, múltiplo, descentralizado com escassa coordenação e articulação, sub-remunerado, com ênfase nas prestações médico-assistenciais com baixa definição de prioridades, orientado pela oferta de serviços, com grandes dificuldades de acesso e grande heterogeneidade em sua qualidade (Noronha, 2005: 35-36).

Apesar das adversidades impostas a partir da década de 90, a inclusão social por meio do acesso aos serviços de saúde prosseguiu com grande esforço e eficiência. No entanto, Santos (2007) evidencia que apenas parte do ideário da Reforma Sanitária e dos princípios e diretrizes do SUS foram cumpridos e implementados:

Apesar de expressiva, menos exemplar tem sido a resolutividade da rede de unidades básicas de saúde (marcadamente ampliada pelos Municípios) e a oportunidade das ações de média e alta complexidade. Além do inequívoco atendimento de necessidades e direitos, esses serviços são caracterizados por altíssimos índices de atos evitáveis, como doenças adquiridas pela desproteção da saúde (social e epidemiológica), doenças agravadas pela ausência ou precariedade de diagnóstico e tratamento precoce e mortes pela ausência de tratamento adequado. Observa-se que existem ainda altíssimos e inaceitáveis índices de ações de saúde desnecessárias, ocorridas por incompetência, negligência ou mercantilização. É a lógica dos interesses do complexo médico-industrial, configurando um modelo de atenção à saúde favorável aos interesses da oferta, em detrimento da lógica das necessidades da população e de seus direitos (p. 430).

Sendo assim, pode-se afirmar que o SUS ainda apresenta-se bastante distante da sua base doutrinária, tendo um longo caminho a percorrer tanto no campo da gestão quanto das práticas para alcançar a sua imagem-objetivo. Ainda existem grandes dificuldades em suplantar o modelo médico hegemônico e atuar sobre fatores “não médicos” que exigem ações diferenciadas e articuladas entre vários setores. Embora tenha havido um aumento substancial dos serviços de atenção básica, persistem as dificuldades de acesso, demonstrando a necessidade de melhorias quantitativas e qualitativas dos serviços ofertados. Além disso, muitos desses serviços continuam atuando sob a lógica biologicista e medicalizante sem incorporar efetivamente as premissas da promoção da saúde em suas ações.

Apesar de enunciados nas formulações político-jurídicas do SUS, até pouco tempo, os princípios e diretrizes da promoção da saúde ainda não haviam sido

explicitados, formalizados e instituídos por uma política que os compreendesse em todas as suas dimensões. Dando prosseguimento às diretrizes instituídas anteriormente, e como forma de estabelecer medidas para promover mudanças no cenário atual, foi publicada recentemente no Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Essa política vem ratificar os compromissos de ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde que foram assumidos pelos três entes federativos através do Pacto em Defesa da Vida, em 2006.⁵

Dentre as macroprioridades estabelecidas pela PNPS (Brasil, 2006a), encontram-se a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde com ênfase no fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF); a Promoção, Informação e Educação em Saúde enfatizando a promoção da atividade física, de hábitos saudáveis de alimentação e de vida, controle do tabagismo e do uso abusivo de bebidas alcoólicas; além dos cuidados especiais focados no processo de envelhecimento.

Nesse documento a promoção da saúde é colocada como uma estratégia de produção da saúde que deve possibilitar a construção de ações que respondam às necessidades sociais de saúde. Desta forma, as intervenções em saúde devem ampliar seu escopo:

[...] tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e àqueles que visem o espaço para além dos muros da unidade de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades no território onde vivem e trabalham (Brasil, 2006a).

Sendo assim, abandona-se a abordagem tradicional individualizante e fragmentária, na qual os sujeitos e as comunidades são vistos como os únicos responsáveis pelo seu modo de viver e pelos processos de saúde e de adoecimento ao longo de suas vidas. Ao contrário, o modo como os sujeitos e as comunidades adotam

⁵ O Pacto pela Vida, assim como o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão compõem o Pacto pela Saúde 2006 (Portaria GM/MS nº. 399, 22/02/2006). O Pacto pela Vida é constituído por um conjunto de prioridades e compromissos sanitários assumidos pelos governos federal, estadual e municipal. Dentre essas prioridades encontram-se questões relativas à Saúde da Pessoa Idosa e à Promoção da Saúde.

determinadas opções de viver e criam certas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses passam a pertencer à ordem social.

Teixeira (2006) considera que

Na atual conjuntura, o debate em torno da Promoção da Saúde pode adquirir um significado estratégico, à medida que se constitua como um dos referenciais que ajudem a retomar e atualizar o conjunto de propostas do projeto de Reforma Sanitária, cujo escopo ultrapassa o processo de construção do SUS (p. 42).

Pode-se afirmar, portanto, que a inserção do conceito moderno de promoção da saúde no SUS, baseado no enfoque sócio-ambiental, poderá favorecer os questionamentos sobre as práticas atuais em saúde que, em sua grande maioria, continuam pautando-se numa abordagem individual e fragmentária, valorizando a doença e o consumo de meios diagnósticos e de tratamento. Nesse sentido, a proposta da promoção da saúde pode ser vista como uma estratégia para recuperarmos as promessas da reforma sanitária brasileira redirecionando a organização e a gestão dos serviços de saúde, assim como as práticas neles desenvolvidas com o intuito de promovermos um atendimento integral aos indivíduos, possibilitando o alcance de uma vida mais digna e saudável.

Costa, Pontes & Rocha (2006) destacam que o processo de construção do SUS tem se voltado, principalmente, à descentralização e à ampliação da cobertura de serviços, deste modo, a busca da qualidade da atenção e do cuidado, expressa no princípio da integralidade, constitui atualmente o seu maior desafio. Dentre os princípios do SUS, pode-se dizer que é na integralidade que a promoção da saúde se faz presente, podendo ser vista como a articulação entre assistência e prevenção em todos os níveis do sistema objetivando a produção da saúde em seu sentido mais amplo.

1.4) A Promoção da Saúde e a Integralidade da Atenção

A integralidade em saúde é um dos princípios que juntamente com a universalidade e a equidade conformam o Sistema Único de Saúde. Na verdade, a Constituição Federal não utiliza o termo integralidade, mas sim “*atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais*” (Brasil, 1988). Pode-se dizer que essa definição deriva da tentativa de se findar com a

dicotomia histórica existente entre as ações assistenciais realizadas pelo Ministério de Previdência Social e as ações de prevenção executadas pelo Ministério da Saúde. Já a Lei 8.080/90 define a integralidade da assistência como “*um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema*” (Brasil, 1990).

Segundo Mattos (2001), mais do que um princípio do SUS, a integralidade tem sido uma das bandeiras de luta do movimento sanitário, funcionando como uma imagem-objetivo, ou seja, expressando as características desejáveis de serem alcançadas pelo sistema de saúde em contraste com suas características anteriores e atuais. De uma forma geral, as diversas propostas de mudanças dos modelos de atenção têm incorporado a integralidade como princípio, entretanto, a sua operacionalização nessas propostas não tem sido uma tarefa fácil.

Camargo Jr. (2003) afirma que integralidade é uma palavra que sequer poderia ser chamada de conceito. Para o autor esse termo seria “*uma rubrica conveniente para o agrupamento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas*” (p. 37). Seria possível identificar diferentes linhas argumentativas compondo esse “*agregado semântico*”: de um lado, seria um discurso propagado pelos organismos internacionais e que estaria ligado às idéias de atenção primária e de promoção da saúde; de outro seria a demarcação de princípios identificados de forma escassa nas propostas das políticas mais recentes publicadas pelo Ministério da Saúde no Brasil; e por último, seriam as críticas e proposições sobre assistência à saúde de alguns autores da área da saúde coletiva (Camargo Jr., 2003). O autor cogita que possa haver alguma relação entre a falta de definição do termo e a clara escassez de publicações sobre o tema.

Ao investigar os diversos sentidos do termo integralidade no contexto de luta pela reforma sanitária, Mattos (2001) identifica três grandes conjuntos de sentidos. O primeiro deles estaria relacionado às atitudes desejáveis dos profissionais de saúde diante de seus pacientes, recusando-se em reduzi-los apenas aos seus aspectos biológicos, ou seja, visualizando de forma abrangente as necessidade desses sujeitos que buscam ajuda. Caberia assim aos profissionais, diante de um encontro com o paciente, buscar reconhecer a necessidade de outras ações de saúde não necessariamente relacionadas às suas queixas explicitadas, como as relacionadas ao diagnóstico precoce ou à redução de fatores de risco. Além disso, a prática da integralidade deveria extrapolar as necessidades diretamente relacionadas à doença como, por exemplo, a necessidade da conversa. Mattos (2001) destaca que a integralidade assim concebida é

um valor que merece ser defendido em relação a todas as práticas de saúde, inclusive as exercidas fora do âmbito do SUS.

O segundo conjunto de sentidos atribuído à integralidade pelo autor relaciona-se às características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a determinados problemas de saúde, nas quais a integralidade estaria associada à abrangência dessas respostas, no sentido de articulação entre ações preventivas e assistenciais. Outro sentido da integralidade também aplicável às respostas governamentais se configuraria na ampliação do horizonte de problemas a serem tratados por uma política, recusando-se a reduzir os sujeitos sobre os quais determinada política incide apenas a seus aspectos biológicos (Mattos, 2001).

O terceiro conjunto de sentidos refere-se à organização dos serviços e das práticas de saúde de forma a possibilitar a articulação entre assistência médica e práticas de saúde pública. De acordo com Mattos (2001), a inserção do princípio da integralidade no SUS, trouxe como proposta a unificação entre essas práticas, antes pensadas e executadas em instâncias diferentes. Essa proposta resultou em transformações de duas ordens: a primeira consistiu na introdução de práticas assistenciais típicas de demanda espontânea no interior das unidades de saúde pública – os centros de saúde e, a segunda, consistiu na superação da fragmentação de atividades dentro das próprias unidades de saúde. Nesse contexto, a integralidade insurge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde caracterizada pela busca ininterrupta de ampliação do horizonte de apreensão das necessidades de saúde da população (Mattos, 2001).

Sob essa ótica da integralidade prevê-se que de forma articulada sejam ofertadas ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação, de acordo com o modelo de história natural da doença consagrado por Leavell & Clark na década de 1960. Partindo-se dessa teoria, o estágio em que se encontra determinado agravo à saúde estaria diretamente relacionado aos níveis de intervenção de acordo com conhecimentos e tecnologias disponíveis para a atuação nos âmbitos individual e coletivo. Portanto, estes precisariam estar articulados e integrados em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde (Campos, 2003).

Campos (2003) destaca a expressiva expansão da rede de atenção primária como um dos grandes progressos alcançados com a criação do SUS. Segundo o autor, a ampliação da oferta desses serviços ocorreu em dois eixos fundamentais: a prestação de atendimento médico ambulatorial nas especialidades básicas (pediatria, ginecologia e obstetrícia e clínica médica) e a oferta de ações de caráter preventivo baseada na lógica

da programação em saúde – conjunto de práticas executadas a partir de um referencial epidemiológico que tem como objeto de intervenção a saúde e doença no coletivo (Sala, 1993 apud Campos, 2003). Pode-se dizer que a articulação entre demanda espontânea e demanda programada expressa um diálogo entre dois modos privilegiados de se apreender as necessidades de saúde de determinado grupo populacional, buscando atender ao princípio da integralidade (Mattos, 2001).

Cecílio (2001) afirma que a integralidade da atenção seria o resultado de uma articulação de cada serviço de saúde, independente do nível de atenção no qual ele estivesse inserido. Portanto, a integralidade da atenção deveria ser pensada em rede como um objeto de reflexão em torno de novas práticas e novos mecanismos gerenciais. O autor ressalta que a integralidade da atenção não deve ser associada apenas ao nível primário de atenção, visto que não basta que esta seja realizada em apenas um serviço, devendo se tornar um objetivo de toda a rede.

Para Campos (2003), o primeiro desafio para se alcançar um atendimento integral seria reestruturar a forma como os diversos estabelecimentos e organizações do setor saúde atuam ainda hoje. Deste modo, as mudanças das práticas de saúde deveriam ocorrer em dois níveis: o primeiro, institucional, da organização e articulação dos serviços de saúde e; o segundo, das práticas dos profissionais, nas quais o médico ainda constitui o elemento central determinante do seu processo de estruturação. O segundo desafio seria garantir o acesso dos usuários aos diferentes níveis de atenção, primário, secundário e terciário.

Dentro dessa mesma lógica, Hartz e Contandriopoulos (2004) afirmam que o conceito de integralidade remete obrigatoriamente ao de integração de serviços e de cuidados por meio de ações assistenciais. Essa integração parte do reconhecimento da interdependência de atores e organizações ao passo que nenhum deles dispõe de todos os recursos e competências necessários para a solução dos diversos problemas de saúde que acometem a população em todos os ciclos de vida.

Segundo os autores, a integração dos cuidados consiste

[...] em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, visando a assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis. A integração das equipes clínicas [...] tem como principais atributos a constituição multidisciplinar de seus integrantes e sua inserção estrutural e participativa na rede dos cuidados. (p. 332)

Focalizando a discussão da integralidade para a produção do cuidado nos serviços de saúde, parece-nos interessante realizar um contraponto com a análise realizada por Westphal (2006). Segundo a autora, a abordagem da “nova promoção da saúde”, vista sob a perspectiva sócio-ambiental, pode ser aplicada às diversas atividades no cotidiano dos serviços de saúde, tanto em ações de prevenção, quanto de tratamento ou de reabilitação, desde que os seus princípios político-ideológicos sejam definidores dessas práticas. Pode-se dizer que todos os princípios apontados pela autora são também definidores de práticas de saúde que podem consideradas integrais, revelando a complementaridade desses dois conceitos.

Westphal (2006) afirma que as ações de promoção da saúde devem ser pautadas numa concepção holística da saúde, isto é, devem voltar-se para a multicausalidade do processo saúde-doença. Portanto, os determinantes da saúde precisam ser vistos e abordados de forma interconectada com outros fatores, áreas e setores. Nos serviços, esse princípio pode ser aplicado às ações de prevenção de doenças desde que suas estratégias sejam combinadas com as de promoção da saúde e dirigidas às causas dos problemas e não às suas manifestações apenas.

A equidade social é apontada pela autora como um princípio e um objetivo da promoção da saúde, que parte da valorização da saúde como produção social. A equidade em saúde refere-se a diferenças que são ao mesmo tempo consideradas desnecessárias, injustas e evitáveis (Whitehead, 1990 apud Westphal, 2006). Portanto, propiciar a equidade em saúde significa criar oportunidades iguais para que todos tenham saúde, o que está relacionado com a distribuição dos seus determinantes como renda, habitação, educação, etc. Para a efetivação desse princípio, faz-se necessária a cooperação de diversos setores e a articulação de suas ações, dentre as quais incluem-se as relativas aos cuidados primários em saúde e à educação, entre outros.

A intersetorialidade também é assinalada como um princípio fundamental às práticas de promoção da saúde, exigindo a superação de propostas setorizadas e desarticuladas para se voltar à solução de problemas advindos de causas diversas. A partir desse princípio, os horizontes da prevenção de doenças podem ser ampliados se, às medidas de proteção específica e de medicalização, forem incorporadas intervenções sobre as causas primeiras dos problemas através de ações intersetoriais. Costa, Pontes & Rocha (2006), destacam que a construção e o fortalecimento de ações intersetoriais são elementos fundamentais ao desenvolvimento e aprimoramento de práticas que possam ser consideradas integrais.

Para Westphal (2006), a participação social é um elemento imprescindível para a concretização das propostas de promoção da saúde. Relaciona-se ao fortalecimento da ação comunitária e conseqüente *empowerment* coletivo para que a população se torne capaz de exercer controle sobre os determinantes de saúde. O *empowerment* reconhece a capacidade e o direito dos indivíduos e comunidades de assumir o poder e participar das decisões e ações com o objetivo de melhorar suas condições de vida. Portanto, para que uma ação preventiva possa ser considerada como uma ação de promoção da saúde ela deve incorporar o processo de *empowerment* individual e coletivo dos grupos envolvidos. A autora destaca que a falta de participação popular ou de inclusão de ações que a motivem impede que ações preventivas sejam classificadas também como de promoção da saúde. A autora alerta para o fato de que na prática esse princípio não tem sido sistematicamente incorporado aos programas de promoção da saúde e ao cotidiano dos serviços de saúde.

Por fim, a sustentabilidade, entendida como a criação de iniciativas que garantam um processo de transformação coletiva duradoura e forte, e que envolve aspectos econômicos, sociais, políticos, ambientais, culturais, entre outros, também é enfatizada pela autora como um dos princípios político-ideológicos das práticas pautadas na promoção da saúde.

Enfocando a questão da participação social e do *empowerment* coletivo apontados por Westphal (2006) como elementos necessários à efetivação da promoção da saúde, torna-se necessária a reflexão acerca da assunção da noção de integralidade como eixo norteador das ações de educação em saúde.

1.5) A Promoção da Saúde e a Educação em Saúde

Para compreender os grupos educativos desenvolvidos como estratégia de promoção da saúde e, mais especificamente, de cuidado aos adultos com o objetivo de prevenir e controlar as doenças crônico-degenerativas e garantir um envelhecimento saudável e com qualidade de vida, torna-se fundamental realizar uma breve incursão na literatura sobre a educação em saúde.

As ações de educação em saúde são consideradas elementos fundamentais para a concretização da promoção da saúde e da integralidade da atenção nos serviços de saúde e vêm sendo preconizadas em diversas políticas do Ministério da Saúde, tanto naquelas que se referem à reorganização do modelo de atenção de saúde, quanto nas destinadas

ao cuidado de determinados grupos populacionais e ao controle de patologias específicas.

Tradicionalmente, a educação em saúde baseou-se no modelo biomédico hegemônico e tem sido utilizada como um instrumento de dominação, de valorização do saber médico e de responsabilização dos indivíduos pela redução dos riscos à saúde (Albuquerque & Stotz, 2004; Carvalho, 2005; Oliveira, 2005).

Revisando a literatura que discorre acerca da temática da educação e sua interface com a saúde, pode-se identificar diferentes denominações para as ações de educação desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde que revelam diferentes tendências e concepções de educação, de saúde e de homem. Apesar da grande diversidade de tendências educativas, é possível agrupá-las em duas categorias principais. A primeira, denominada vertente hegemônica ou tradicional, estaria centrada na concepção de homem a ser educado, sendo este destituído de saberes ou possuidor de saberes equivocados. A partir dessa concepção o processo educativo se voltaria para a propagação de informações objetivando a modificação de comportamentos considerados de “risco” como, por exemplo, na *educação sanitária* e na *educação para a saúde*. Em geral, as práticas educativas baseadas nessa concepção organizam-se na forma de campanhas ou palestras tradicionais que não incentivam a participação dos sujeitos e o debate dos temas abordados (Silva, 1994 apud Alves, 2004; Assis, 1998; Oliveira, 2005).

Segundo Carvalho (2005), esse modelo educacional – denominado por Paulo Freire de “*educação bancária*” – utiliza-se de uma perspectiva pedagógica vertical e autoritária, de abordagem moralista e normativa com predominância da racionalidade técnico-científica. Embora haja um reconhecimento da existência de sujeitos, não há sua efetiva incorporação na construção ativa de modos de seguir a vida, trazendo, portanto, pouca contribuição para a produção de sujeitos autônomos e, conseqüentemente, para o *empowerment* – princípio imprescindível à concretização da promoção da saúde.⁶

Já a segunda tendência, denominada crítica ou dialógica teria como ênfase a ação coletiva e a participação popular visando a atuação sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, tendo como exemplo a vertente da *educação popular em saúde*. Segundo Vasconcelos (2006), a educação popular em saúde prioriza a relação educativa com a população e rompe com a verticalidade da relação profissional-usuário, valorizando as trocas inter-pessoais, as iniciativas da população e o diálogo,

⁶ Para maiores informações sobre a vida e a obra de Paulo Freire, assim como sobre a educação popular em saúde acesse o site da rede de educação popular em saúde: www.redepopsaude.com.br.

contrapondo-se, portanto, à passividade das práticas tradicionais e hegemônicas. Nessa vertente o homem é reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado capaz de dialogar com os serviços de saúde e seus profissionais e de analisar criticamente a realidade, aperfeiçoando as estratégias de luta e enfrentamento dos problemas.

De acordo com Assis (1998), a distinção entre esses dois modelos de educação em saúde se consolida na dicotomia indivíduo-coletivo e na conseqüente tensão entre mudar o indivíduo ou transformar a sociedade. O modelo hegemônico, tradicional, possui como foco de ação o indivíduo, objetivando a mudança de hábitos e de comportamentos individuais, ou seja, responsabilizando o indivíduo pela sua saúde e adoecimento, desconsiderando os fatores macroestruturais determinantes do processo saúde-doença-cuidado. Os sujeitos “objetos” dessas práticas são culpabilizados em caso de adoecimento porque não seguiram as orientações fornecidas pelos serviços ou outros meios de difusão de informação em saúde. Na verdade, esse modelo preconiza a prevenção de doenças, não a promoção da saúde, apontando para a limitação da sua efetividade, principalmente ao lidar com comunidades desfavorecidas.

Já o enfoque crítico, também denominado de participativo ou dialógico reconhece a determinação social da doença e objetiva a ampliação do poder das comunidades para o enfrentamento dos problemas. Esse enfoque propõe um resgate da condição de sujeito do educando, questiona a abordagem vertical de informações e propõe a valorização do conhecimento popular sobre as questões de saúde, repensando as relações entre usuário e técnico e entre os saberes técnico e popular.

Segundo Alves (2004), o modelo dialógico traz como crítica fundamental ao modelo hegemônico a negação que o último realiza da concepção de sujeito cognoscente do educando. As práticas baseadas nesse modelo não reconhecem que os comportamentos são orientados por crenças, valores e representações sobre o processo saúde-doença-cuidado que representam outras formas de saber e que o saber popular não é inferior ao saber técnico-científico, necessitando ser por este substituído. Em vez de negar ou desvalorizar os saberes e as práticas populares, o modelo dialógico toma como ponto de partida as condições concretas de vida usuários e traz o diálogo – que implica uma relação horizontal de aprendizado mútuo - como condição essencial para a comunicação educador-educando. Esse modelo de prática educativa vem sendo associado às mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos para a saúde porque são promovidas pela construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado.

Ressalta-se que apenas as ações educativas baseadas no enfoque crítico podem ser consideradas práticas de promoção da saúde, visto que esta objetiva informar, influenciar e assistir indivíduos e organizações para que assumam mais responsabilidades e se tornem mais ativos em relação à sua saúde física e mental (Carvalho, 2005). Segundo Pedrosa (2001), para que uma intervenção de educação em saúde possa ser definida também como uma estratégia de promoção da saúde, alguns pressupostos devem estar presentes. Entre os pressupostos apontados pelo autor destacam-se:

[...] as práticas de educação em saúde fazem parte do processo de visualização de possibilidades de vida com qualidade, sendo imprescindíveis para a produção de sentidos necessários (porém, nunca suficientes) para mobilizar as pessoas em torno dessas possibilidades; [...] as ações de educação em saúde compreendem, simultaneamente três dimensões: a) dimensão geral de expressão do fenômeno saúde/doença que fundamenta a formulação de intervenções pautadas no projeto utópico de evolução da humanidade [...]; b) dimensão particular onde a promoção da saúde cristaliza sua interface com a formulação das políticas públicas saudáveis através da vontade coletivamente definida de defesa do direito à vida, incorporando princípios como a intersetorialidade, equidade, participação e controle social, sendo a educação em saúde transformada em educação para a cidadania, ou seja, instrumentalização da sociedade para participar de intervenções na realidade buscando qualidade de vida; c) dimensão das singularidades dos sujeitos sociais e suas representações sobre a saúde e doença, onde através da ação comunicativa é possível imprimir direção e sentido para atos de construção da vida mais saudável, aglutinando “velhos e novos” princípios como orientadores de suas ações. (p. 158)

Ao utilizar o termo “*velhos*”, Pedrosa (2001) refere-se aos princípios presentes nas práticas tradicionais de educação em saúde que abordam temas como ambiente, mudanças de comportamentos, crenças, atitudes, etc. O termo “*novos*” é utilizado ao referir-se àqueles princípios que apontem para a ação participativa dos sujeitos em determinados cenários, nos quais a educação em saúde manifesta-se através de práticas que promovam o desejo de mudar e produzam novos sentidos para as experiências vividas.

Seguindo uma linha de raciocínio semelhante à de Pedrosa (op. cit.), Carvalho (2005) afirma que o *empowerment* comunitário compõe-se de elementos situados em diferentes esferas da vida social, visto que o poder encontra-se presente ao mesmo tempo em distintas esferas, do nível micro ao macro. Segundo o autor, as estratégias de

empowerment devem incorporar os microfatores presentes no plano individual como, por exemplo, o desenvolvimento da autoconfiança e da auto-estima; a mesoesfera social, estruturas de medição nas quais os indivíduos compartilham conhecimentos e aumentam sua consciência crítica e; as macroestruturas, que referem-se às estruturas sociais e econômicas.

Carvalho (op. cit.) chama a atenção para um cuidado que devemos ter para não adotarmos a “*tiranía do coletivo*” em razão da luta contra a “*tiranía do indivíduo*” presente na corrente behaviorista da promoção da saúde e nas práticas educativas tradicionais. O autor destaca que muitas leituras da nova promoção da saúde tendem a reduzir o *empowerment* a ações exclusivamente coletivas, esquecendo-se do caráter multidimensional do poder e da interdependência das esferas individual e coletiva. Na verdade, pode-se dizer que há uma complementaridade entre as dimensões individual e coletiva, uma vez que cada indivíduo, na sua subjetividade e unicidade é que constrói e desenvolve o coletivo (Patrício, 1996 apud Delfino, 2004). Conforme enfatiza Stotz (1993) “*as necessidades de saúde são, portanto, necessidades de milhões de indivíduos e, ao mesmo tempo, necessidades coletivas*” (p. 21).

Entende-se assim que

O ‘*empowerment*’ pode se dar tanto em nível coletivo quanto da relação intersubjetiva. Pode ocorrer no espaço da promoção, da prevenção, da cura e da reabilitação. O elemento que determina o caráter libertário do ‘*empowerment*’ é dado, por exemplo, pela maneira como os serviços lidam com a clientela [...] (Carvalho, 2005: 78).

Ao abordar a questão do envelhecimento populacional e prevenção/controlado das doenças crônico-degenerativas, entre elas a hipertensão arterial, torna-se imprescindível focalizarmos a discussão da educação em saúde na mudança do comportamento individual. Sabe-se que a prevenção e o tratamento dessas patologias, entre elas a hipertensão arterial, exigem além do tratamento medicamentoso, a modificação dos estilos de vida.

A partir dessa perspectiva, Assis (1998) desenvolve o seguinte questionamento: como lidar com a mudança de comportamentos na educação em saúde sem pautá-la de forma normativa e autoritária?

De acordo com a autora, a temática da mudança de comportamento, dependendo da forma como é abordada abre espaço à valorização da promoção da saúde e prevenção das doenças, em vez de relacionar-se ao modelo assistencial hegemônico. A valorização

da dimensão individual nas práticas de educação em saúde não se contrapõe à dimensão coletiva, mas atua no sentido de resgatar os sujeitos em suas singularidades. Nesse sentido, destaca-se o valor de objetivos como informação, estímulo ao autocuidado e reforço da auto-estima que, em seu conjunto, podem ser vistos como a afirmação dos sujeitos nas ações de saúde.

“De *paciente*, passivo consumidor de medicamentos e exames, a *pessoa* com direito a ser reconhecido como alguém que tem uma história de vida, problemas e dificuldades cotidianas que guardam estreita relação com sua saúde. Sujeito com direito a conhecer melhor o seu corpo, as questões que aí enfrenta e como lidar com elas com maior consciência, autonomia e possibilidades de escolha” (Assis, 1998: p.20).

O enfoque na dimensão coletiva torna-se necessário diante dos impasses gerados entre as recomendações gerais de saúde ou as mais específicas para a prevenção e tratamento de patologias diante das dificuldades sócio-econômicas da população. Sem a devida problematização desses impasses corre-se o risco de persistir com o enfoque tradicional, baseado na mudança de comportamentos e na busca de soluções individuais para os problemas. Ao abordar a questões políticas e ideológicas relacionadas aos temas de saúde enfocados, avança-se no sentido de construção de uma consciência crítica (Assis, op. cit.). Pedrosa (2001) salienta que “a *tarefa fundamental do educador em saúde é, pois transformar-se em um sujeito capaz de dar visibilidade ao que está encoberto e ver problemas onde todos achavam que havia soluções*” (p. 160).

É importante destacarmos que a abordagem da dimensão coletiva não esgota essa questão tendo em vista que as escolhas comportamentais são culturalmente mediadas e, ao mesmo tempo, são bastante individuais. Alguns autores vêm tecendo críticas quanto à utilização do conceito epidemiológico de risco para balizar as propostas de promoção da saúde hegemônicas voltadas às mudanças de comportamentos individuais desconsiderando os marcos culturais e sociais em que os indivíduos se inserem. (Castiel & Diaz, 2007; Meyer, 2004, Santos et al, 2006). Em coerência com o liberalismo esse enfoque culpabiliza os indivíduos por suas escolhas e minimiza a responsabilidade pública pela saúde. Segundo Castiel & Diaz (2007), pautando-se no conceito de risco não existiriam indivíduos saudáveis, mas sim indivíduos potencialmente doentes. Diante disso, caberia aos serviços de saúde ditar comportamentos com o objetivo de prevenir doenças que sequer sabe-se se ocorrerão promovendo, então, uma medicalização de todos os aspectos da vida. Para Santos et al (2006), o que diferencia as práticas de promoção da saúde das práticas preventivas de

tendências higienistas é que as primeiras têm como pressuposto o respeito pela liberdade de poder escolher pelas mudanças de comportamento, enquanto as práticas higienistas desconsideram a escolha dos indivíduos de aceitar ou não os conselhos livres de coação ou qualquer tipo de pressão.

Patrício (1995b apud Delfino et al, 2004) refere que educar representa um processo cultural, isto é, um processo de interações humanas baseado em suas crenças, seus valores, seus conhecimentos e suas práticas, inclusive as de participação política que são apreendidas e ensinadas de formas diferentes através da sua história de vida e que guiam suas ações no processo de viver cotidiano. De acordo com Machado (2007), a partir do reconhecimento do usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere pode-se alcançar a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividades. Neste sentido, se evidencia a importância de articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduza no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno.

Segundo Albuquerque e Stotz (2004) a integralidade pode ser então definida como um princípio através do qual as ações relativas à saúde devem ser efetivadas, tanto no nível do indivíduo quanto da coletividade, buscando atuar nos fatores determinantes e condicionantes da saúde e garantindo que as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde sejam integradas numa visão interdisciplinar, incorporando na prática o conceito ampliado de saúde.

1.5.1) Os grupos educativos

Embora se saiba que a promoção da saúde, assim como a educação em saúde possam ser realizadas em todos os espaços dos serviços de saúde, tanto nas práticas preventivas quanto nas de tratamento ou de reabilitação, a abordagem pedagógica emergente da concepção dialógica da educação em saúde privilegia os espaços coletivos, de trabalho em grupo, colocando-os como os mais ricos para a promoção efetiva da participação, do aumento da consciência crítica e para a produção coletiva do conhecimento (Delfino et al, 2004; Torres et al, 2003; Assis, 1998). O grupo é o espaço que possibilita a interação, a troca, a afetividade, a reflexão crítica e a construção de soluções coletivas para os problemas.

A utilização de metodologias participativas é um dos princípios teórico-metodológicos da educação popular em saúde que objetiva favorecer o diálogo a partir

de dinâmicas de trabalho promotoras da participação. De acordo com Assis (2004), os processos participativos são realizados com o intuito de promover uma participação mais ampla dos sujeitos na sociedade. Através desses processos, facilita-se a reflexão conjunta dos problemas vivenciados e a tomada de consciência sobre a necessidade de se encontrar modos de superação e de se assumir coletivamente a construção da cidadania, superando a lógica de negação de direitos presente na realidade que é reproduzida no processo saúde-doença-cuidado.

Briceño-Leon (1996) afirma que a educação deve ser dialógica e participativa e que o próprio diálogo já assinala um processo participativo. A educação, entretanto, deve ser participativa em si mesma, não sendo possível promovê-la sem que a sua própria construção seja participativa. Entende-se assim que a participação deve acontecer em todos os momentos, inclusive no planejamento das atividades, buscando o diálogo e o intercâmbio, confrontando saberes sem dominação, alcançando-se consensos. Para Keijzer (2005) a participação é um processo que deve estar presente durante a realização de atividades, mas que deve ir avançando progressivamente até se fazer presente nos processos de capacitação, difusão, avaliação, planejamento e tomada de decisões. Isto equivaleria a um estado de gestão da própria saúde que incluiria a intervenção dos indivíduos no levantamento dos problemas de saúde, na incorporação dos conhecimentos necessários para avançar no autocuidado e na prevenção de danos, além da capacidade de influenciar na prestação de serviços e na forma de enfrentamento das condições de vida e de trabalho que determinam os problemas de saúde.

Infelizmente, o que ainda se observa em grande parte dos serviços de saúde é a transposição da prática clínica individual para os processos educativos. Os profissionais de saúde agem de forma autoritária e prescritiva, visando à modificação de comportamentos considerados de risco e não à promoção da saúde. O conhecimento popular acerca do processo saúde-doença-cuidado, assim as condições de vida dos participantes não são levados em consideração, embora os profissionais conheçam a determinação social do processo saúde-doença. Albuquerque & Stotz (2004) ressaltam que no cotidiano dos serviços de saúde, dá-se pouca ou nenhuma importância às ações educativas. Os trabalhos em grupo são marginalizados e os profissionais envolvidos são desacreditados e desestimulados.

Alves (2004) afirma que um dos desafios para a incorporação do modelo dialógico de educação em saúde nos serviços de saúde é a “*formação bancária*” dos profissionais de saúde que tomam essa relação ensino-aprendizagem como referência e a reproduzem nos serviços. Outro desafio apontado pela autora é a necessidade do

encontro dialógico que prescinde do reconhecimento por parte desses profissionais de que são detentores de um saber inacabado, ao mesmo tempo em que os mesmos utilizam o conhecimento técnico-científico como ferramenta de trabalho.

Deve-se considerar também as dificuldades relativas à infra-estrutura e a escassez de atividades de capacitação em educação em saúde. Além disso, há uma crença entre muitos profissionais de que não é preciso aprender a fazer educação em saúde, sendo o conhecimento clínico e a formação acadêmica suficientes para a realização dessa prática (Albuquerque & Stotz, 2004). Segundo Keijzer (2005), na formação médica o que aparece como complexo e relevante são as ciências básicas e as especialidades, sendo as tarefas de educação em saúde consideradas como algo simples.

Embora, como dito inicialmente, as políticas e os programas do Ministério da Saúde expressem preocupação e valorização em relação às ações de educação em saúde, na realidade, tem havido pouco incentivo para a ampliação e qualificação dessas práticas no âmbito do SUS e, principalmente, na atenção básica. A atenção básica e a Estratégia de Saúde da Família são os espaços mais apropriados para o desenvolvimento de ações de educação em saúde baseadas no modelo dialógico. A maior proximidade desses profissionais com a comunidade e com as famílias permite a criação de vínculo entre eles, possibilitando um maior conhecimento sobre a realidade e condições de vida, assim como dos problemas vivenciados pela comunidade. A partir desse conhecimento, torna-se mais fácil a realização de ações educativas que contem com a participação da comunidade visando à promoção da saúde e o conseqüente *empowerment* individual e coletivo.

Todavia, Albuquerque & Stotz (2004) destacam que não existem propostas para o financiamento das ações de educação em saúde no âmbito da ESF, assim como políticas específicas para o seu desenvolvimento ou para a capacitação dos profissionais. Silva (2008) chama atenção para o fato de que a única publicação oficial que descreve a conformação da educação em grupo a ser realizada na ESF é o Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica. A autora critica os critérios utilizados no referido manual para a definição dessa atividade que dão ênfase ao número de participantes e à duração do grupo, como se esses parâmetros fossem suficientes para que determinada prática possa ser considerada educativa.⁷

Segundo Alves (2004), o Guia Prático do PSF publicado em 2001 menciona como prática educativa a formação de grupos educativos segundo patologias

⁷ O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é um instrumento gerencial dos sistemas locais de saúde alimentado mensalmente pelas equipes de saúde da família.

específicas, como por exemplo, grupos de diabéticos e hipertensos. A autora enfatiza que esse tipo de conformação de grupos representa um retrocesso visto que aponta para uma falta de unidade entre a prática educativa e as demais práticas de saúde, além de indicar uma atuação voltada à doença e não à saúde dos indivíduos.

Observa-se, portanto, uma dissonância entre os discursos oficiais e a implementação de ações visando a ampliação e a melhoria das ações educativas na atenção básica. A partir desse estudo busca-se observar as conseqüências dessa realidade no cotidiano dos serviços de saúde analisando como as equipes e seus profissionais têm incorporado esses debates.

Capítulo 2 - As Políticas Públicas e os Desafios do Envelhecimento Populacional

Nesse capítulo, far-se-á uma análise sobre as políticas públicas internacionais e nacionais voltadas ao processo de envelhecimento e suas interfaces com as políticas de saúde que apontam para mudanças nos serviços e nas práticas dos profissionais de saúde.

A primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento ocorrida em Viena em 1982 constitui o marco inicial para o estabelecimento de uma agenda pública internacional voltada para a população idosa (Rodrigues et al, 2007; Camarano & Pasinato, 2004). Uma das conclusões da assembléia foi a conscientização dos países da necessidade de realização de ações que garantissem um envelhecimento saudável. Além disso, o plano destacava a importância de promover uma mudança na visão do papel do idoso na sociedade, de forma a adotar-se um conceito positivo e ativo do envelhecimento. Dessa assembléia resultou um plano global de ação que objetivava, principalmente, garantir a segurança econômica e social das pessoas idosas, assim como identificar oportunidades para a sua integração ao processo de desenvolvimento dos países (Camarano & Pasinato, 2004).

O Brasil, enquanto membro signatário do Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento de 1982, passou a incorporar mais assertivamente esse tema em sua agenda política. Com a promulgação da Constituição de 1988 estabeleceu-se um grande avanço nas políticas sociais de proteção à pessoa idosa, as quais foram fortemente influenciadas pelas orientações contidas no Plano (Camarano & Pasinato, op. cit.). Dando continuidade às diretrizes constitucionais e em reconhecimento à importância do processo de envelhecimento populacional foi aprovada no Brasil em 1994 a lei 8.842/1994 que estabelece a política nacional do idoso. Essa lei objetiva assegurar os direitos sociais das pessoas para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, possibilitando o exercício da cidadania (Rodrigues et al, 2007).⁸

Já no plano da atenção à saúde, apenas em 1999 a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) - Portaria 1.395/ GM do Ministério da Saúde - foi formulada. Segundo Camarano & Pasinato (2004) essa política resultou da compreensão de que os altos custos envolvidos na atenção à saúde das pessoas idosas pelo SUS não vinham

⁸ Para maiores informações consultar: Camarano, AA & Pasinato, MT. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas, 2004. In: Camarano, AA (org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

resultando no efetivo atendimento de suas necessidades específicas. Sendo assim, propõem-se dois eixos de ação norteadores: a adoção de medidas preventivas com ênfase na promoção da saúde e o atendimento multidisciplinar específico para essa população.

Tendo apontado a perda da capacidade funcional como o principal problema que pode afetar a pessoa idosa, a PNSI estabelece como diretrizes principais: a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistências às necessidades de saúde da pessoa idosa, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados, o apoio ao desenvolvimento dos cuidados informais e, o incentivo à realização de estudos e pesquisas na área (Brasil, 1999).⁹

Durante 20 anos, o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, aprovado em Viena norteou o pensamento e a ação sobre o tema, gerando iniciativas e políticas de importância crucial. Em continuidade a esse processo, durante a Segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrida na cidade de Madri em 2002 foi elaborado o Plano de Madri. Esse plano constituiu-se numa declaração política e num plano de ação que deverá servir de orientação à adoção de medidas normativas sobre o envelhecimento no século XXI, norteando políticas e programas dirigidos à população idosa em todos os países signatários, entre eles o Brasil (Nações Unidas, 2002).

O Plano de Madri destaca a necessidade de estabelecimento de parcerias entre Estado, sociedade civil e setor privado para a sua execução, além da cooperação internacional e fundamenta-se em três princípios básicos. O primeiro refere-se à participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza. Esse princípio adota a visão de que o envelhecimento populacional não é um processo que sobrecarrega a sociedade e que os idosos possuem importante contribuição social, cultural, econômica e política. Para o alcance desse princípio, faz-se necessária a adoção de políticas relacionadas ao trabalho e à seguridade social para que haja a adequação das instituições com vistas à integração dos idosos.

O segundo princípio refere-se ao fomento da saúde e do bem-estar na velhice promovendo o envelhecimento saudável. Para tanto, deve-se promover a melhoria da saúde desde a infância e sua manutenção durante toda a vida. Para alcançar esse princípio, o plano destaca a necessidade de políticas de promoção da saúde que considerem os fatores ambientais, sociais, econômicos, educacionais e culturais como

⁹ A capacidade funcional é definida nessa política como a perda das habilidades físicas e mentais necessárias à realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária.

determinantes do processo saúde-doença. Já o terceiro princípio enfatiza a criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento através de políticas voltadas para a família e a comunidade que garantam a segurança e a solidariedade intergeracional.

Uma limitação que se pode observar no plano é a não consideração das diferentes realidades dos países signatários. Apesar da assunção de cumprimento das medidas propostas por esses países, a sua implementação efetiva dependerá das suas prioridades e também dos recursos financeiros disponíveis em cada um deles (Camarano & Pasinato, 2004).

Durante a Assembléia em Madri, a Organização Mundial de Saúde formulou recomendações específicas e, posteriormente, lançou o propósito da política de Envelhecimento Ativo incorporando fortemente os postulados da promoção da saúde. O termo “envelhecimento ativo” foi adotado pela OMS no final dos anos 90 para substituir o termo “envelhecimento saudável” e transmitir uma mensagem mais abrangente, que reconhece além dos cuidados com a saúde, outros fatores que influenciam a forma como os indivíduos e as populações envelhecem (OMS, 2005).

Essa é a perspectiva que norteia atualmente a política da OMS sobre o envelhecimento e é definida como: “*o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas*” (OMS, 2005: 13). Sob o ponto de vista dos seus formuladores, a palavra “ativo” refere-se não apenas à capacidade de estar fisicamente ativo ou participar da força de trabalho, mas também à participação das pessoas idosas nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis. Papaléo Netto & Brito (2001, apud Papaléo Netto, 2006) apontam o envolvimento ativo com a vida uma das principais condições associadas à velhice bem-sucedida, associado ao baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais relacionados à elas; e de funcionamento mental e físico excelentes.

Essa política tem como objetivo propiciar o aumento da expectativa de vida saudável e com qualidade para todas as pessoas que estão envelhecendo. Neste sentido, a manutenção da autonomia e da independência durante o processo de envelhecimento deve constituir-se numa meta fundamental para indivíduos e governantes.

Os fatores determinantes do “envelhecimento ativo” definidos pela OMS são: (1) serviços de saúde e sociais, focados na promoção da saúde, prevenção de doenças e com livre acesso a serviços curativos e assistência de longo prazo; (2) determinantes pessoais e biológicos; (3) determinantes comportamentais, com indicação de adoção de estilos de vida saudáveis, participação ativa no cuidado da própria saúde, prática regular

de atividades físicas, abstenção de álcool e cigarro; (4) determinantes relacionados ao ambiente físico, como moradia segura e acesso à saneamento básico; (5) determinantes sociais, com indicação de promoção de redes de apoio às pessoas idosas e combate à violência contra essa população; e (6) determinantes econômicos, valorizando a contribuição das pessoas idosas no mercado de trabalho formal e informal, nos serviços de casa e em trabalhos voluntários (OMS, 2005).

Perpassando esses seis fatores encontram-se a cultura e o gênero. A cultura é considerada um fator que abrange todas as pessoas e populações e modela a forma de envelhecer através da sua influência sobre outros determinantes. O gênero seria a “lente” através da qual são feitas as adequações políticas que influenciam o bem-estar de homens e mulheres.

De acordo com esse paradigma, para que o envelhecimento possa constituir-se numa experiência positiva, deve vir acompanhado de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança. A abordagem do curso de vida voltado para o “envelhecimento ativo” deve ser realizada através de intervenções que criem ambientes de suporte e favoreçam escolhas saudáveis em todos os estágios da vida, possibilitando a prevenção e a postergação das doenças não transmissíveis, principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade de pessoas idosas em todo o mundo.

Sendo assim, pode-se dizer que qualquer política dirigida à promoção do “envelhecimento ativo” deve fazer parte de uma política nacional de desenvolvimento sustentável, objetivando o bem-estar de toda a população. Tais políticas deveriam objetivar melhorias da saúde desde a infância, prolongando-se ao longo da vida.

Sayeg, Mesquita & Costa (2006) reconhecem que

[...] o êxito de uma política holística direcionada para o “viver melhor” deveria contemplar medidas que equacionassem as condições sociais em geral, acrescentando-se os aspectos de saúde àqueles relativos à economia, à política, às questões ecológicas, ambientais e dos hábitos de vida pessoal, com direcionamento para as ações coletivas e intersetoriais a partir do nível local (comunitário). (p. 1399)

Rodrigues & Rauth (2006) apontam a promoção da saúde como um dos desafios do envelhecimento no Brasil. As autoras alertam para escassez de políticas nacionais efetivamente implementadas destinadas à manutenção da saúde e qualidade de vida objetivando evitar o surgimento de doenças e a conseqüente perda de qualidade de vida dos indivíduos. Após quase 10 anos da elaboração da Política Nacional de Saúde do

Idoso, pode-se afirmar que não houve uma implementação efetiva das diretrizes propostas.

Indo ao encontro dos paradigmas da promoção da saúde e do envelhecimento ativo, a recém-publicada Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) estabelece como uma de suas diretrizes a promoção do envelhecimento ativo e saudável (Brasil, 2006b). De acordo com esta política, esta deve ser a meta de toda ação de saúde, devendo permear as práticas de atenção desde o pré-natal até a velhice. No entanto, os profissionais de saúde e as comunidades devem compreender que a promoção da saúde e a prevenção de doenças não se limitam aos indivíduos jovens, devendo ser incorporadas também às ações voltadas aos idosos, independente delas ocorrerem nos níveis primário, secundário ou terciário de atenção.

Como medidas para a consecução dessa diretriz a PNSPI estabelece, entre outras prioridades, o estímulo à adoção de hábitos de vida saudáveis; a incorporação das crenças dos usuários em seus planos de cuidados, como forma de favorecer a adesão e a eficiência dos recursos e tratamentos disponíveis; a implementação de ações para reduzir as internações e aumentar as habilidades para o autocuidado e o investimento nas ações de promoção da saúde em todas as idades.

Como dito anteriormente, muitas das diretrizes propostas pela Política Nacional de Saúde do Idoso não foram concretizadas. No entanto, a PNSPI possui objetivos e diretrizes que se assemelham e que até mesmo reproduzem às anteriores, embora levante novas questões e amplie outras com base em reflexões teóricas e políticas atuais. Decerto que muitas das diretrizes anteriores deveriam repetir-se, visto que elas não proporcionaram as mudanças desejadas. Enfatiza-se, entretanto, que a elaboração de novas políticas pouco adianta se estas não estiverem acompanhadas de vontade política e comprometimento por parte dos governos para o alcance de seus objetivos.

Conforme se pode observar, as políticas internacionais e nacionais voltadas ao envelhecimento e à saúde do idoso trazem em seu bojo a preocupação acerca do aumento das doenças crônicas não transmissíveis e das suas complicações, sendo a promoção da saúde apontada como um caminho para a redução dessas doenças e das incapacidades a elas associadas. Sendo assim, essas políticas trazem como suas bases de ação os princípios da “nova promoção da saúde” e partem do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde e da necessidade de melhor distribuição desses recursos, da importância da intersetorialidade das ações e da participação social como forma de promover uma melhor qualidade de vida para os indivíduos. Portanto, a importância de mudanças comportamentais como a adoção de hábitos de vida saudáveis são colocadas

nessas políticas sem, contudo, abordá-las como a única estratégia para a promoção do envelhecimento saudável, mas colocando-as ao lado de ações intersetoriais e ações que promovam maior participação da população.

Capítulo 3 - As Políticas de controle da Hipertensão Arterial

Devido à magnitude da hipertensão arterial enquanto problema de saúde pública é constante a preocupação mundial em ampliar e aperfeiçoar os métodos de prevenção, diagnóstico e tratamento.

A hipertensão arterial faz parte de um conjunto de patologias que, em geral, encontram-se associadas e compõem a chamada síndrome metabólica (SM). De acordo com Silveira (2007), há muita controvérsia na literatura em relação aos parâmetros utilizados para diagnosticar a SM, porém, os critérios diagnósticos utilizados são muito semelhantes e incluem a hipertensão arterial sistêmica, a regulação alterada da glicose, as dislipidemias e a obesidade, entre outros. Os fatores de risco para a SM incluem a predisposição genética, o sedentarismo, a alimentação inadequada, idade maior que 40 anos, etnia não caucasiana, história familiar de diabetes, hipertensão ou doença cardiovascular, entre outros (Matos, 2005 apud Silveira 2007). Pode-se observar que existe uma relação direta entre muitos desses fatores de risco e o processo de envelhecimento fazendo com que a SM atinja com mais frequência indivíduos adultos e idosos.

A hipertensão arterial causa lesões nos chamados órgãos-alvo (coração, cérebro, vasos, rins e retina) e constitui o fator de risco mais importante e prevalente para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. É responsável por cerca de 25% da mortalidade causada por doença arterial coronariana e por 40% da mortalidade causada por acidente vascular encefálico. Além disso, a hipertensão possui importante participação como causa de doenças vasculares periféricas, insuficiência renal crônica e insuficiência cardíaca (Santos et al, 2006 apud Silveira, 2007).

Uma das dificuldades no controle da hipertensão arterial reside no fato dos seus sintomas clínicos expressarem-se após vários anos de exposição aos fatores de risco e de convivência assintomática do indivíduo com a doença não diagnosticada, apesar de muitos fatores de risco já serem perceptíveis. Em consequência disso, os diagnósticos muitas vezes são realizados tardiamente com a doença já complicada ou num primeiro episódio de acidente vascular encefálico ou de infarto agudo do miocárdio, dos quais a hipertensão arterial está relacionada a 80% e 60% dos casos, respectivamente (Brasil, 2001a).

Em trabalho realizado por Firmo et al. (2004a) na cidade de Bambuí, Minas Gerais, foi demonstrado que cerca de 23% dos idosos residentes na comunidade não sabiam ser hipertensos e dos que sabiam cerca de 1/3 não apresentavam a pressão

arterial controlada. Além disso, muitos dos indivíduos hipertensos não seguiam a prescrição médica corretamente, o que pode concorrer para a o controle inadequado da pressão arterial (Firmo et al, 2004b). Muitos portadores de hipertensão, embora conheçam seu diagnóstico, sabem muito pouco sobre a patologia e suas conseqüências, conseqüentemente, não seguem de forma adequada as orientações dos serviços de saúde. Os aspectos psicossociais e as crenças de saúde interferem diretamente no conhecimento que o paciente tem sobre a doença hipertensiva e nas práticas de autocuidado por ele adotadas (Péres et al, 2003).

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado e contínuo são armas importantes no controle da hipertensão arterial e na prevenção das suas complicações. Contudo, sabe-se que o meio mais eficiente de combatê-la é através da prevenção da sua instalação, evitando as dificuldades e o elevado custo social do seu tratamento. Prevenir e tratar a hipertensão arterial envolve, fundamentalmente, ensinamentos para introduzir mudanças de hábitos de vida. Entretanto, a implementação dessas mudanças, é lenta, e na maioria das vezes, não é mantida com a continuidade necessária (Sociedade Brasileira de Hipertensão, 1998).

As dificuldades que se interpõem para promover a prevenção e o efetivo controle da hipertensão arterial apontam para a imprescindibilidade da realização de práticas educativas baseadas no modelo dialógico. Essas práticas devem possibilitar a participação dos indivíduos, a exposição de suas vivência, dúvidas, crenças, atitudes e emoções para proporcionar uma reflexão conjunta e a construção de soluções individuais e coletivas para as dificuldades encontradas.

Segundo Assis (1998), as estratégias para o controle e tratamento da hipertensão deveriam estar de acordo com as evidências epidemiológicas relativas às suas causas. Todavia, os fármacos mantêm-se como a linha principal de ação e a modificação de hábitos de vida são secundárias no dia-a-dia dos serviços. Na verdade, observa-se que, na maioria das vezes, quando esses temas são abordados nos serviços, são feitos de forma prescritiva e autoritária, impossibilitando a participação dos usuários, a exposição dos seus conhecimentos, crenças e dificuldades e a busca de soluções conjuntas para o enfrentamento da patologia visando uma melhor qualidade de vida.

Sabendo-se que a hipertensão está estreitamente relacionada às condições de vida e de trabalho faz-se necessária a superação dessa intervenção estritamente clínica e individual e a busca de uma abordagem ampliada que considere seus determinantes a partir da interação do indivíduo com o sistema produtivo e social. Sendo assim, uma visão integral desses usuários exige a articulação dos enfoques individual e coletivo,

abordando a questão complexa e fundamental da mudança de comportamentos não da forma tradicional, mas a partir de uma visão histórica e cultural que considere e problematize o lugar dos sujeitos (Possas, 1989 apud Assis, 1998).

Em relação à modificação de hábitos de vida, muitas vezes esse aspecto é negligenciado pelos serviços por considerá-lo de difícil alcance diante de hábitos culturais e de dificuldades gerais da população. Entretanto, essas recomendações enfatizam aspectos gerais de saúde que devem ser valorizadas, pois são elementos centrais na reflexão sobre saúde geralmente pouco apreciadas nas práticas assistenciais. Sua expansão pode possibilitar a denúncia de condições gerais e de estilo de vida que possuem grande impacto negativo na saúde das pessoas (Assis, 1998).

Reside aí a diferença entre as práticas educativas tradicionais e as práticas baseadas no modelo dialógico que permitem a ampliação da discussão para os fatores macro determinantes. Ao abordar o aspecto relacionado à modificação de hábitos alimentares, torna-se importante trazer à tona a contraposição existente entre um padrão alimentar balanceado e as tendências da alimentação moderna estimuladas por grandes grupos empresariais. Em relação ao estímulo à prática regular de atividade física e à redução do estresse, cabe destacar que a sua valorização vem atingindo um público predominantemente de classe média que frequenta clubes e academias, sendo ainda pequena entre as classes populares que possuem opções limitadas. Sendo assim, a abordagem dessa temática aponta para a necessidade de se expandir essas possibilidades para proporcionar um estilo de vida mais saudável e prazeroso a esses grupos (Assis, 1998).

Dentro da educação em saúde voltada à prevenção e controle das doenças crônico-degenerativas, os grupos educativos vêm sendo destacados. Vieira (2004) afirma que a realização de práticas educativas em grupo é uma importante estratégia para a incorporação de orientações e condutas relacionadas ao enfrentamento de doenças crônicas. Segundo o autor, a convivência e a participação em atividades em grupo possibilita a troca de vivências e a compreensão por parte dos sujeitos de que é possível desenvolver uma vida saudável, apesar da doença. A integração, proporcionada pela convivência nessas atividades pode constituir-se em um instrumento bastante eficaz para “*o desenvolvimento das potencialidades humanas que, muitas vezes, se encontram bloqueadas em função de condições sócio-econômicas, de doenças graves e de terapêuticas despersonalizantes para o seu tratamento*” (p. 23).

Torres et al (2003) apresentam a utilização de jogos educativos em grupos operativos para diabéticos como uma das possibilidades de metodologia participativa.

Segundo os autores, a técnica de grupos operativos pressupõe um sujeito ativo que constrói seu ritmo de vida a partir da interação com o meio ambiente e, ao mesmo tempo, é estimulado por este a reconstruir seu próprio estilo de vida relacionado à doença. Os jogos educativos são instrumentos de comunicação, expressão e aprendizado que favorecem o conhecimento intensificando a troca de saberes.

Os serviços de atenção básica vêm sendo apontados como locais privilegiados para o acompanhamento e tratamento dos casos de hipertensão, dos quais deveriam ser capazes de atender cerca de 60 a 80% (Brasil, 2001a). Entretanto, pode-se observar que ainda vêm persistindo as ações de saúde que priorizam a medicina curativa e o tratamento das doenças crônicas não transmissíveis, assim como da hipertensão arterial, em serviços de urgência e emergência. Esses procedimentos são reconhecidamente mais caros e não favorecem as mudanças necessárias ao tratamento da hipertensão, impedindo que a promoção da saúde e a prevenção de agravos sejam realizadas, mesmo que suas premissas tenham sido incorporadas nas políticas governamentais de respostas a essas doenças.

Com o objetivo de reduzir a morbi-mortalidade associada à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*, o Ministério da Saúde implementou no ano 2000 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* no País (Brasil, 2001b). A elaboração desse plano contou com a participação das sociedades científicas de cardiologia, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, nefrologia, entidades nacionais de portadores dessas patologias e Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde.

O objetivo geral do Plano foi estabelecer diretrizes para a reorganização da atenção à hipertensão arterial (HA) e ao diabetes *mellitus* (DM) no Sistema Único de Saúde, vinculando os pacientes às unidades básicas de saúde e garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático por meio da capacitação dos profissionais.

O plano foi composto das seguintes etapas (Brasil, 2001b):

1. Capacitação de multiplicadores para atualização dos profissionais da atenção básica do SUS na atenção à HA e ao DM.
2. Campanha de informação e rastreamento de casos suspeitos de HA e DM e Promoção de hábitos saudáveis de vida.
3. Confirmação diagnóstica e início da terapêutica.
4. Cadastramento, vinculação e acompanhamento dos portadores de HA e DM nas unidades básicas de saúde.

Anteriormente à Campanha Nacional de Detecção de Hipertensão Arterial foi distribuído material informativo sobre os fatores de risco e complicações da doença, sendo realizada também uma intensa campanha na mídia. A população-alvo foi aquela com 40 anos ou mais. De acordo com Toscano (2004), essa foi a primeira iniciativa mundial de realização de uma campanha massiva para o rastreamento de doenças crônicas não transmissíveis.

Os casos identificados como suspeitos de HA receberam instruções para a realização de confirmação diagnóstica na rede do SUS. Os casos confirmados foram cadastrados e vinculados às unidades básicas de saúde e às equipes de saúde da família para receberem tratamento continuado. Foi implantado ainda o Programa de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, assim como o “Hiperdia”, sistema nacional informatizado de cadastro e acompanhamento de portadores de diabetes e hipertensão, que deve servir como ferramenta para o planejamento de ações pelos gestores municipais, estaduais e federal (Toscano, 2004).

Como parte da etapa do Plano de capacitação dos profissionais da atenção básica, foi elaborado o “Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus” para subsidiar tecnicamente esses profissionais (Brasil, 2001a). Nele é realizada a abordagem das estratégias de prevenção e tratamento dessas patologias que devem incluir ações educativas, de estímulo às mudanças nos hábitos de vida e uso de medicamentos, quando necessário.

Quanto às mudanças de hábitos de vida, o manual enfatiza as ações de estímulo à prática de atividades físicas e redução do tabagismo, do alcoolismo e da obesidade. Essas ações são importantes por apresentarem baixo custo e risco mínimo, favorecerem o controle de outros fatores de risco, reduzirem o risco cardiovascular e aumentarem a eficácia do tratamento medicamentoso.

As práticas educativas são apontadas como essenciais no tratamento da hipertensão arterial, além de se constituírem num direito e dever do paciente, assim como um dever dos responsáveis pela promoção da saúde. Segundo o manual, os objetivos dessas ações consistem em:

- Informar sobre as conseqüências do DM e HA não tratados ou mal controlados.
- Reforçar a importância da alimentação como parte do tratamento.
- Esclarecer sobre credices, mitos, tabus e alternativas populares de tratamento.
- Desfazer temores, inseguranças e ansiedades do paciente.
- Enfatizar os benefícios da atividade física.

- Orientar sobre os hábitos saudáveis de vida.
[...]
- Ressaltar a importância dos fatores de risco cardiovasculares.
- Incentivar o paciente a se tornar mais auto-suficiente no seu controle. (Brasil, 2001a: p. 51-52)

Conforme destacado anteriormente, para que as estratégias voltadas ao controle da hipertensão arterial possam ser consideradas ações de promoção da saúde, elas devem considerar o contexto social e o ambiente nos quais os indivíduos vivem. As ações educativas devem objetivar não apenas o repasse de informações aos indivíduos, mas procurar 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. Observa-se, entretanto, que o referido manual enfatiza basicamente a transmissão de conhecimentos para os portadores de hipertensão e diabetes sem considerar o amplo espectro de fatores que interferem no processo saúde-doença-cuidado.

Para que essas intervenções sejam eficientes é vital a compreensão pelos profissionais da complexa rede de fatores determinantes da hipertensão arterial. O conhecimento acerca da fisiopatologia da doença é importante, assim como do uso adequado de meios diagnósticos e de tratamento, além da organização dos serviços de saúde, porém, isso não é suficiente para a solução do problema que é muito mais complexo, visto que envolve aspectos de infra-estrutura, educacionais, sócio-econômicos, políticos e culturais (Souza e Silva & Maldonado 2003). Sendo assim, as estratégias de controle da hipertensão arterial precisam ser realizadas de forma interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial, de modo a somar esforços e ampliar as possibilidades de intervenção, aspectos não enfatizados no referido manual.

Recentemente, foi aprovada a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) - Portaria nº. 648/2006 - que definiu o controle da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus* como áreas de atuação estratégica em todo território nacional e normatizou a sua organização. Embora a PNAB não se refira exclusivamente ao controle de patologias, mas à atenção básica de uma forma geral, ao delinear o processo de trabalho das equipes da atenção básica e das equipes de saúde da família a política aborda aspectos importantes para qualificação das estratégias de prevenção e controle da hipertensão nesse nível de atenção (Brasil, 2006c).¹⁰

¹⁰ A Política Nacional de Atenção Básica estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde.

O desenvolvimento de ações educativas com o objetivo de interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida é um aspecto que aponta para a incorporação dos princípios da promoção da saúde e do modelo dialógico de educação em saúde pelas equipes à medida que enfatiza a adoção de práticas educativas não apenas com o objetivo de prevenir ou tratar doenças, mas também para promover uma ampliação do controle social. Merece destaque também o apontamento que a referida política faz sobre a valorização por parte dos profissionais dos diversos saberes e práticas na perspectiva de fornecer uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito. A ênfase na “valorização do saber popular” durante o processo de cuidado difere radicalmente do “esclarecimento” em relação a esses saberes e demonstra a necessidade de uma relação mais igualitária entre usuários e profissionais. A PNAB determina ainda a realização de ações intersetoriais visando buscar parcerias e integrar projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, reiterando a necessidade de uma apreensão ampliada do processo saúde-doença e da utilização e valorização dos recursos advindos da própria comunidade.

Pode-se concluir que a promoção da saúde voltada ao processo de envelhecimento ativo e com qualidade de vida deve necessariamente ser permeada por estratégias voltadas ao enfrentamento das doenças crônico-degenerativas e, principalmente, da hipertensão arterial, visto que esta representa um grande problema de saúde pública. No entanto, a abordagem individual, fragmentária, medicalizante e descontextualizada dos sujeitos não tem sido exitosa no enfrentamento desse problema. Os pressupostos da promoção da saúde apontam para alternativas de ação para os serviços de atenção básica diante das dificuldades encontradas e vêm sendo incorporados nas políticas que regem a conformação desses serviços. Entretanto, como dito anteriormente, essas políticas, na maioria das vezes, não vem se transformando em ações concretas em termos de treinamento, financiamento e melhora de infra-estrutura, entre outras. Cabe-nos indagar qual a repercussão dessa realidade na organização do processo de trabalho das equipes de saúde e nas práticas cotidianas de seus profissionais, questões essas que esse estudo se propõe a ilustrar.

Capítulo 4 – Metodologia da Pesquisa

4.1) O Cenário da Pesquisa

Para a realização desta pesquisa, foi escolhido o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSE). Esse centro de saúde foi criado em 1967 e pertence à Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), vinculada ao Ministério da Saúde do Brasil.

Seus principais objetivos são: prestar assistência multidisciplinar, prioritariamente à comunidade vizinha do Complexo de Manguinhos no município do Rio de Janeiro; realizar atividades educativas, preventivas e de promoção da saúde; e desenvolver tecnologia, pesquisa e ensino na área de Saúde Pública.

O Complexo de Manguinhos situa-se na zona norte do Município do Rio de Janeiro, no IV Distrito Sanitário, antiga Área de Planejamento 3.1 e é composto por doze comunidades. A área do Complexo possui cerca de 40 mil habitantes, 12 mil domicílios e uma média 3,7 habitantes em cada. A maior parte desses domicílios, cerca de 70%, foi construída em áreas regulares, enquanto cerca de 30% situam-se em áreas consideradas irregulares, provisórias ou de risco evidenciando um processo de crescente favelização do local (Bodstein e Zancan, 2002 apud Borges, 2007).

Borges (2007) ressalta uma série de problemas vivenciados pelas comunidades do Complexo de Manguinhos. A região é cortada por rios bastante poluídos devido ao escoamento de indústrias e recepção de dejetos das populações que vivem à sua margem. No verão, é comum a ocorrência de enchentes, inundações e desabamentos fazendo com que muitas famílias percam suas casas e tudo o que possuem. A qualidade do ar também é um problema destacado, uma vez que Manguinhos localiza-se na segunda área mais poluída do Rio de Janeiro devido ao fato de situar-se próximo à Avenida Brasil; uma das vias de acesso ao Município e de várias indústrias. Os problemas não se esgotam aí. Nos dizeres da autora:

Desemprego, precariedade dos postos de trabalho, trabalho informal, renda per capita baixíssima, baixos indicadores de educação e saúde, analfabetismo entre adultos, presença da desnutrição, alto índice de gravidez na adolescência, péssimas condições de habitação, saneamento e ambiente, insuficiente oportunidades culturais e de lazer e a influência do tráfico de drogas, revelam a ausência ou carência de serviços dirigidos ao atendimento das necessidades essenciais. (p. 56)

Deve-se destacar, entretanto, que existe uma heterogeneidade muito grande entre as doze comunidades que compõem o Complexo de Manguinhos, marcada por expressivas diferenças sócio-econômicas. A comunidade de Mandela de Pedra, que apresenta condições de vida mais precárias em relação às demais, possui um índice de analfabetismo entre maiores de 15 anos de aproximadamente 13% e uma taxa de desemprego entre jovens de 15 a 24 anos de cerca de 30%, seguida pela comunidade do Parque João Goulart com uma média de desemprego de 20% (Retratos do Rio, 2001 apud Borges, 2007). Já a comunidade do Parque Oswaldo Cruz, composta em grande parte por funcionários e prestadores de serviços da Fiocruz, apresenta características muito diferentes. Os domicílios dessa área são compostos predominantemente por casas próprias e de alvenaria, apresenta uma taxa de analfabetismo de 6,8%, concentrada principalmente entre idosos e possui características que evidenciam um processo de envelhecimento populacional em curso. A principal causa de mortalidade entre os moradores são as doenças cardiovasculares (25,7%), seguidas das doenças endócrinas (14,3%), das quais o diabetes representa grande parte (Soranz, et al, 2005).

O Centro de Saúde Escola presta assistência multidisciplinar, individual e coletiva em conformidade com a proposta de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde. No entanto, esse centro de saúde não pode ser considerado uma unidade de atenção primária tradicional pelo fato de pertencer a um centro de referência internacional em ensino e pesquisa em Saúde Pública e dos seus objetivos institucionais ultrapassarem os objetivos das unidades básicas de saúde tradicionais. Além disso, o CSE pode ser considerado uma unidade mista, pelo fato de contar com um laboratório de análises clínicas para a realização de diversos exames laboratoriais o que não é comum entre os serviços de atenção primária.

A escolha desse local para a realização da pesquisa deve-se ao fato de nos últimos anos o CSE vir incorporando fortemente as premissas da promoção da saúde nas suas ações. Desde 1994 a ENSP vem fortalecendo a articulação entre as várias ações comunitárias destinadas a atender a população de Manguinhos. Em 1999 foi estabelecida uma parceria entre a ENSP, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e a Associação Canadense de Saúde Pública (CPHA) com o objetivo de promover a transferência de tecnologias na área de promoção da saúde entre o Canadá e o Brasil - Projeto Promoção da Saúde em Ação. Dessa cooperação vem surgindo uma série de experiências, dentre elas, a reorientação do Centro de Saúde Escola, com mudanças da gestão e das práticas, com enfoque na intersetorialidade e na

articulação com a comunidade e outros parceiros para enfrentar os problemas locais, através de uma visão global (Reis & Vianna, 2004).

De acordo com Reis e Vianna (2004), O CSE está caminhando na direção de se tornar um centro de referência em promoção da saúde. Diferencia-se dos demais serviços de atenção primária por incorporar fortemente a intersetorialidade e a oferta de práticas diversas, além de contar com um conselho gestor paritário entre instituição e usuários com direito a voto em todas as suas deliberações. Diversas estratégias vêm sendo implementadas no CSE para possibilitar a reorientação da sua gestão e das suas práticas. O Conselho Gestor é apontado por Reis (2002) como a principal estratégia desde 2001 e, segundo a autora, tem contribuído para sensibilizar os profissionais para as prioridades e necessidades dos usuários, assim como para os usuários compreenderem os limites gerenciais e operacionais da instituição.

A implantação da estratégia de saúde da família em 2000 vem contribuindo significativamente para a reorientação das práticas no CSE. O programa começou com a contratação de duas equipes e em 2004 foram incorporadas mais seis. As oito equipes que permanecem até o momento são responsáveis pela cobertura de 90% da população na sua área de atuação. Vale ressaltar também que as equipes possuem um coordenador e contam com um auxiliar de consultório dentário para cada duas delas, além de um agente redutor de violência para cada quatro. Além disso, as comunidades do Parque Oswaldo Cruz e do Conjunto Habitacional Provisório 2 contam com a presença de um cirurgião dentista para as duas (Borges, 2007). De acordo com Reis (2002), desde a implantação das equipes houve aumento da acessibilidade da população anteriormente atendida na unidade de saúde e a melhoria de alguns indicadores: consultas de pré-natal, cobertura vacinal e assistência integral aos hipertensos e diabéticos.

A intersetorialidade vem sendo fundamental para o cumprimento dos objetivos propostos, pois a partir da articulação com os poderes constituídos e com a comunidade são encontradas respostas para os problemas sociais, econômicos, ambientais, educativos, etc. (Reis, 2002). O CSE estabeleceu parcerias com diversas organizações não-governamentais e governamentais, empresas, cooperativas, associações, escolas e creches locais, valorizando e contribuindo para

[...] o fortalecimento da articulação intersetorial, a fim de buscar recursos para projetos comunitários, junto com o Conselho Gestor e fórum comunitário, entendendo a importância da auto-sustentabilidade para a melhoria do meio ambiente e da capacitação para o *empowerment* e geração de

renda como fundamentais para a melhoria da qualidade de vida e da saúde integral (Reis, 2002: 120).

Desde 1999, O CSE conta com o Núcleo de Práticas Naturais em Saúde que desenvolve ações de Promoção da Saúde, prevenção de agravos, educação, informação e comunicação por meio de práticas naturais em saúde. São oferecidas consultas de acupuntura e homeopatia, atividades de estímulo à prática regular de atividade física no cotidiano dos participantes e de vivência do cuidar dos alimentos desde o plantio, até o preparo e experimentação, com o objetivo de estimular o desenvolvimento humano como um todo (Alimentação Viva e Projeto Terrapia).

O CSE conta, entre outros, com o Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso (PASI) que presta assistência biopsicossocial às pessoas com 60 anos ou mais, visando a promoção da saúde e estimulando a participação ativa do idoso na comunidade e a formação de grupos de auto-ajuda. Oferece atendimentos clínicos individuais e em grupos com atividades como dança, coral, artesanato, psicomotricidade, etc.

Reis (2002) afirma que todas essas práticas têm como características comuns o trabalho com dinâmicas vivenciais que favorecem o aumento de informações, do desenvolvimento de habilidades pessoais, da auto-estima, da autonomia, da “desmedicalização” e da formação de multiplicadores de conhecimento; o incentivo ao cuidado com o meio ambiente e a geração de renda; e a procura de ações em parceria com outros setores.

Diante deste panorama, pode-se justificar a escolha do CSE para a realização desta pesquisa, já que este é um centro de referência em ensino, pesquisa e prestação de serviços na área de saúde pública que tem adotado a promoção da saúde como eixo estruturante das suas ações e incorporado diferentes experiências e inovações para o alcance de um atendimento mais integral. Além disso, o CSE insere-se num contexto de intensa pobreza, violência e desigualdades no qual a promoção da saúde assume importância fundamental como estratégia de enfrentamento das dificuldades impostas à atenção da saúde dessa população.

É importante destacarmos que a realização dessa pesquisa ocorreu num momento de grandes mudanças nas equipes de saúde da família do CSE. Durante cerca de oito meses, sete das suas oito equipes estiveram incompletas e permaneceram atuando mesmo com a falta de profissionais que compõem a equipe mínima como médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Quando iniciamos o trabalho de campo, essas equipes haviam sido recompostas recentemente e passavam por um

processo de adaptação e reestruturação do seu processo de trabalho. Além disso, a coordenação das equipes havia assumido há apenas três meses. Diante dessa dificuldade, nossa entrada em campo teve que ser adiada por determinado período visando a reorganização das equipes. Entretanto, diante da necessidade de cumprimento de prazos, esse adiamento não foi suficiente para permitir a reestruturação e redefinição adequada dos seus processos de trabalhos, fator que influenciou no processo de coleta de dados e, conseqüentemente, nos resultados encontrados.

4.2) Os instrumentos metodológicos e os sujeitos da pesquisa

Com o objetivo de compreender as estratégias de cuidado ao hipertenso no contexto da promoção da saúde e as dificuldades inerentes à sua implementação nos serviços de atenção básica optou-se, para afeito da pesquisa, a abordagem qualitativa. A opção por essa abordagem justifica-se em razão da complexidade do tema que impediria sua expressão numa análise quantitativa, uma vez que necessita de um maior aprofundamento. O estudo objetiva compreender a dinâmica e a complexidade das mudanças nas estratégias de cuidado aos hipertensos na atenção básica. Essas mudanças vêm ocorrendo em virtude de processos históricos e ideológicos, portanto, para compreendê-las faz-se necessário utilizar o enfoque das Ciências Sociais. Segundo Minayo (1994), as Ciências Sociais

[...] possuem instrumentos e teorias capazes de fazer uma aproximação da suntuosidade que é a vida dos seres humanos em sociedades, ainda que de forma incompleta, imperfeita e insatisfatória [e] aborda o conjunto de expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nos sujeitos, nos significados e nas representações. (p. 15)

Para o alcance dos objetivos propostos, foram utilizadas como técnicas de pesquisa a entrevista e a observação participante que permitiram uma aproximação em profundidade com o tema tratado. Além dessas duas técnicas, foi realizado um diário de campo, instrumento no qual são realizadas anotações sobre as percepções, sensações e questionamentos do pesquisador, além de outras informações que não podem apreendidas através da utilização das outras técnicas. Essas anotações são importantes fontes de informações que auxiliam o pesquisador durante a descrição e a análise do objeto de estudo (Cruz Neto, 1994).

De acordo com Cruz Neto (1994), a técnica de entrevista é a mais utilizada no trabalho de campo. Através dela desenvolvemos uma relação entre entrevistador e entrevistado e buscamos obter informações contidas nas falas dos atores sociais. Nessa pesquisa foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os profissionais (médicos, enfermeiros e um agente comunitário de saúde) de três das oito equipes de saúde da família do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. A escolha dessas equipes ocorreu em virtude delas assistirem populações com grande proporção de adultos e idosos e, conseqüentemente, apresentarem alta prevalência de doenças crônico-degenerativas, principalmente, a hipertensão arterial. Os agentes comunitários entrevistados foram escolhidos a partir da indicação de algum profissional de nível superior das equipes e também de acordo com a sua disponibilidade de horário. Além desses nove profissionais também foi entrevistado o coordenador das equipes, perfazendo um total de dez entrevistas. Os dados relativos à gestão obtidos através da entrevista do coordenador das equipes não puderam ser explorados em profundidade devido ao pouco tempo em que este havia assumido o cargo e também devido a preceitos éticos; pois a identificação do CSE impediu a divulgação de dados que pudessem levar à identificação dos sujeitos do estudo.

A entrevista semi-estruturada baseia-se em roteiro prévio de perguntas que permite alteração dos tópicos e a inclusão de novas questões frente às situações que venham a ocorrer durante a realização do trabalho de campo. Foram elaborados dois roteiros de entrevista diferentes, um destinado à entrevista do coordenador das equipes (Anexo 1) e outro aos seus profissionais (Anexo 2). Os dois roteiros podem ser divididos em dois blocos, o primeiro contendo as informações pessoais do entrevistado e o segundo contendo as perguntas da entrevista. O roteiro destinado aos profissionais é mais extenso e apresenta dezesseis questões que versam sobre promoção da saúde, estratégias de cuidado ao hipertenso, grupos educativos e autocuidado. O roteiro destinado ao coordenador é mais sucinto sendo composto por seis questões relativas às estratégias de cuidado ao hipertenso no serviço. Todas as entrevistas foram gravadas em meio digital e transcritas para a realização da análise dos dados.

A coleta dos dados foi realizada no período de junho a outubro de 2007. Dos dez profissionais entrevistados metade é do sexo masculino e metade do sexo feminino e possuem entre 28 e 61 anos de idade. Entre os profissionais de nível superior o tempo de atuação no PSF variou de 2 anos e meio a 8 anos e o tempo de trabalho no CSE de 5 anos a 4 meses. A maioria desses profissionais, com exceção de um médico, possuía pós-graduação em áreas afins à sua área de atuação. Todos os agentes comunitários de

saúde haviam sido capacitados para atuar no PSF e o tempo de trabalho nas equipes variou entre 2 anos e meio a 5 anos (Anexo 4).

A técnica de observação participante é realizada através do contato direto do pesquisador com o fenômeno a ser estudado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seu próprio contexto. Sua importância reside no fato de permitir a captação de informações que não seriam obtidas por meio de perguntas e que, sendo observadas diretamente da própria realidade são capazes de transmitir outros aspectos imprescindíveis à compreensão das questões propostas (Cruz Neto, 1994; Barros & Lehfeld, 2005).

Nesta pesquisa, a observação participante foi realizada nos grupos educativos de adultos realizados pelas equipes de saúde da família. Foram observados dois grupos educativos realizados por cada uma dessas equipes, totalizando seis grupos. Segundo Barros & Lehfeld (2005), a observação participante pode ser considerada uma técnica científica na medida em que é sistematizada, planejada e submetida a controles de objetividade. Sendo assim, as observações foram realizadas tendo por base o roteiro de observação participante (Anexo 3). Esse roteiro pode ser dividido em dois blocos. No primeiro, constam informações sobre a conformação do grupo (equipe, coordenadores, tema, duração, local de realização, número de participantes, etc.). No segundo bloco constam informações sobre a dinâmica do grupo (integração entre os participantes, interesse pelo tema, participação dos usuários, dificuldades, etc.).

Diante da recomposição das equipes de saúde da família do CSE, não foi possível realizar um acompanhamento mais prolongado desses grupos porque algumas equipes haviam suspenso essas atividades temporariamente. Ao retomá-las, muitas equipes as realizaram com o objetivo principal de atender à demanda reprimida ou de captar e conhecer os portadores de hipertensão arterial e diabetes, tendo em vista que algumas dessas atividades haviam sido suspensas em virtude da falta de profissionais.

As entrevistas, assim como a observação participante nos grupos foram previamente agendadas com os profissionais através de contato telefônico e também pessoalmente. Cabe destacar que a presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, de acordo com a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde e a coleta dos dados foi iniciada após sua aprovação. Todos os sujeitos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos 1.1, 2.1 e 3.1).

4.3) A análise dos dados

Para realizar a análise dos dados obtidos através das entrevistas foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. Bardin (2004) definiu a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de sua produção. Segundo Gomes (1994), essa técnica possibilita a verificação das hipóteses da pesquisa e a descoberta dos significados que se encontram por trás dos conteúdos manifestos.

Bardin (2004) dividiu essa técnica em três fases. Na primeira fase, denominada de pré-análise, é realizada a organização do material que foi utilizado para a coleta de dados, sendo feita uma “leitura flutuante” do mesmo. A partir dessa leitura são definidas as unidades de registro, os trechos mais significativos e as categorias de análise. A segunda fase, chamada de descrição analítica, consiste em uma análise do mais aprofundada do material da pesquisa, orientada pelo referencial teórico e pelas hipóteses. A partir dela surgem quadros de referências, buscando sínteses coincidentes e divergentes de idéias. A última fase, a interpretação referencial, é a fase de análise propriamente dita, na qual estabelecem-se relações com a realidade e o aprofundamento da conexão com as idéias.

Os temas de análise foram definidos ainda durante a elaboração dos roteiros de entrevista. O material coletado foi agrupado por questões contidas nos roteiros para identificar pontos de convergências e divergências entre os dados, possibilitando o estabelecimento das unidades de contexto. A partir dessas unidades foi possível construir as categorias e analisá-las à luz dos pressupostos e do referencial teórico.

Os temas e as unidades de contexto definidos foram os seguintes:

1. Promoção da Saúde:
 - Conceito de Promoção da Saúde.
2. Hipertensão Arterial:
 - Conceito de causalidade da hipertensão arterial.
 - Estratégias de cuidado ao hipertenso.
 - Articulação com outros setores e programas para o cuidado ao hipertenso.
 - Dificuldades para a realização de um cuidado integral ao hipertenso.
3. Grupos educativos:
 - Definição dos temas.
 - Participação dos usuários.

4. Autocuidado:

- Autonomia dos portadores de hipertensão para se auto-cuidar.
- Dificuldades para o autocuidado relatadas pelos usuários.

Os dados obtidos através da observação participante foram analisados a partir da sua confrontação com a literatura e também com os dados referentes a esse tema obtidos nas entrevistas.

Capítulo 5 – Resultados e Discussão

A partir da revisão bibliográfica da literatura científica, de políticas e de documentos técnicos foi possível visualizar o desenvolvimento do conceito de promoção da saúde e a direcionalidade que este impõe ao cuidado dos pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas nos serviços de atenção básica. As visões dos profissionais responsáveis por esse cuidado e a observação da realidade dos serviços são fontes importantes de enriquecimento dessa discussão.

Nesse capítulo, apresentamos os resultados da pesquisa e os discutimos baseados na bibliografia levantada. O capítulo foi dividido em quatro blocos que tratam da percepção dos profissionais entrevistados sobre promoção da saúde, estratégias de cuidado ao hipertenso, grupos educativos e autocuidado. No item em que abordamos os grupos educativos são apresentados também os resultados e a discussão relativos aos dados obtidos através da observação participante dos mesmos.

5.1) Promoção da Saúde

Tendo em vista o objeto de interesse desse estudo, primeiramente foi perguntado aos profissionais entrevistados qual era a sua concepção de promoção da saúde. Analisando suas respostas foi possível observar três perspectivas diferentes: promoção da saúde relacionada à qualidade de vida, à educação em saúde e à prevenção de doenças.

A perspectiva mais freqüente nas falas, relaciona promoção da saúde a diversas estratégias realizadas com o objetivo de garantir uma melhor qualidade de vida às pessoas: *“O que eu entendo por promoção da saúde é estratégias pra que as pessoas possam ter escolhas de vida mais saudáveis, possam ter opções de viverem com maior qualidade de vida, com uma melhor saúde”* (M1).

Marcondes (2007) ressalta que a promoção da saúde pode ser identificada como um conjunto de estratégias que envolve um campo transversal a toda as ações e níveis de atenção em saúde, assim como as ações de outros setores. Segundo o autor, essa visão aproxima a promoção da saúde mais da questão da qualidade de vida do que do controle das doenças. Na verdade, essa seria a real diferença entre a prevenção de doenças, baseada no modelo da história natural da doença e a promoção da saúde referida enquanto qualidade de vida e não apenas como a ausência de doenças. De acordo com essa abordagem, a promoção da saúde estaria relacionada ao modelo dos

determinantes sociais da saúde que contemplam os aspectos sociais e históricos do processo saúde-doença. O trecho seguinte demonstra a adoção do conceito positivo de promoção da saúde ao relacioná-lo a fatores externos ao setor saúde: *“É um trabalho que nós fazemos pra estar levando pras pessoas um melhor bem-estar, melhor qualidade de vida né? Tudo o que envolve a qualidade de vida, seja a moradia, a educação e a saúde também”* (ACS3).

Entretanto, a referência da promoção da saúde a qualidade de vida ao mesmo tempo em que amplia a sua compreensão também favorece imprecisões na utilização do termo. Deve-se ter cuidado para que essa abordagem da promoção da saúde não se torne um discurso vazio, em virtude da polissemia do termo e para que *“possa verdadeiramente contemplar questões difíceis de lidar, dado seu grande teor subjetivo e abstrato como a busca da felicidade, realização de potenciais pessoais e coletivos, vida que valha a pena ser vivida, entre outras questões não resolvidas exclusivamente pela lógica da prevenção”* (Marcondes, 2007: 16). Segundo Marcondes (2007), esse movimento necessita de diversas áreas do conhecimento, tanto científicos quanto populares, como das artes, filosofia, práticas religiosas e outras áreas ainda pouco legitimadas ao se falar de saúde.

Como dito anteriormente, a assunção desse conceito positivo implica o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde que necessitam de uma abordagem intersetorial para que possam ser modificados. Ao discorrer sobre promoção da saúde apenas um profissional se referiu a intersetorialidade: *“Envolve também outros setores. Sem dúvida você vai estar trabalhando com parcerias e intersetorialidade”* (E2). Quando falamos em intersetorialidade não nos referimos somente às ações exercidas em conjunto por diferentes setores do governo, seja em nível municipal, estadual e nacional. Para que possamos promover saúde os serviços devem buscar estabelecer parcerias e atuar em conjunto com outros setores da comunidade. Um dos diferenciais da atenção básica e do programa de saúde da família, quando comparados com outros níveis do sistema é justamente a sua proximidade com as comunidades e com as famílias o que possibilita uma melhor apreensão da sua realidade e dos seus problemas, assim como das suas potencialidades e dos seus recursos.

Silveira Filho (2002 apud Borges, 2007) ressalta que a dimensão do cuidado, implica a percepção de possibilidades de cada uma das famílias e a busca de parcerias, governamentais ou não, para superação dos problemas mais comuns. A partir da percepção dos problemas de saúde como resultantes de um processo complexo e dinâmico que se produz e reproduz no interior da sociedade será possível promover a

melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade. Apenas com uma abordagem ampliada da prática clínica será possível ir além das questões biopsíquicas e trabalhar com outros valores como as condições sociais e a construção de formas de enfrentamento de problemas com um enfoque no sujeito que inclui a doença, mas também o contexto e o próprio sujeito. Sendo assim, o cuidado ultrapassaria o tratamento da doença e apontaria para a necessidade de que os profissionais tenham atitudes que permitam outras formas do trabalho em saúde, como por exemplo, a atuação intersetorial.

A segunda perspectiva observada nos relatos relaciona promoção da saúde com educação em saúde tanto na sua concepção dialógica: “[...] *a promoção da saúde ela vem encontrar essas atividades [do serviço] e dar esse toque no sentido de estar construindo e de transformar, modificar hábitos de vida, modificar coisas ruins que venham acontecendo com determinado paciente ou família e comunidade e que você com uma lógica de conscientização, de trabalho pedagógico, de trabalho de ensino e aprendizagem, tentando transformar, dar qualidade de vida a essas pessoas*” (E2), quanto na sua concepção mais tradicional: “*É passar informações pras pessoas que não sabem se alimentar direito, entendeu? Não sabem se cuidar, pra ter uma boa saúde. Se toma remédio, a medicação certa, o horário, e também a alimentação, a caminhada, orientar em todos os setores da vida dela, né? Levar informação, eu acho que é isso*” (ACS1).

Já a terceira perspectiva, menos freqüente dentre os entrevistados, relaciona a promoção da saúde de uma forma mais restrita atrelando-a apenas à prevenção de doenças podendo ser observada nos trechos seguintes: “*Promoção é tudo que visa a melhoria da qualidade de vida da população, seja em grupos educativos, em consultas, comunicação mesmo, visar a saúde em relação à doença*” (E3); “*Promoção da saúde é desenvolver alguns trabalhos na comunidade, estar passando algumas informações, mas não quando a doença chegar, pra prevenir pra ela não ficar doente*” (ACS2). Ressalta-se que a promoção da saúde não deve objetivar apenas o repasse de informações com o objetivo de possibilitar mudanças nos comportamentos de risco. As ações de promoção da saúde devem ter como objetivo possibilitar que os fatores políticos, sociais, econômicos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos sejam cada vez mais favoráveis ao bem-estar geral, como propósito fundamental do desenvolvimento e da equidade social (Melo, 2005).

5.2) Hipertensão Arterial

A compreensão do que vem a ser promoção da saúde por parte dos profissionais de saúde influencia diretamente a percepção em relação aos fatores que causam a hipertensão arterial e que dificultam o seu controle, assim como nas estratégias de cuidado adotadas.

5.2.1) Fatores determinantes

Perguntou-se aos entrevistados quais os fatores que concorriam para o desenvolvimento da hipertensão nos moradores das comunidades por eles assistidas. Os quatro principais fatores citados foram a hereditariedade, os hábitos de vida, as condições de vida - marcadamente o entorno violento - e a falta de adesão ao tratamento. A hereditariedade foi apontada como sendo o fator etiológico da hipertensão, mas, em geral, foi colocada não de forma isolada, mas associada a outros fatores, principalmente aos hábitos de vida, como o trecho seguinte exemplifica: *“Tem o fator genético né, que a gente sabe que existe e que não é diferente de nenhum outro lugar também. A questão que eu destaco é uma questão, mais questões de hábitos de vida, de uma sociedade urbana que leva aí ao sedentarismo, questão alimentar [...] o tabagismo ...”* (M2).

Os hábitos de vida foram fatores freqüentemente realçados nas falas: *“... hoje a gente consegue uma grande parcela de hipertensos, vamos dizer, de uma nova geração, de recém-descobertos, os mais novos na doença devido a hábitos de vida. É uma comunidade que tem hábitos de vida muito ruins, muito pouco saudáveis...”* (E2). É interessante ressaltar que hábitos de vida foram abordados pelos entrevistados como comportamento individuais que estão diretamente relacionados às condições de vida da população. Esses profissionais possuem a percepção de que existem uma série de variáveis externas aos sujeitos que influenciam no seu poder de tomar decisões e promover mudanças. As falas seguintes demonstram esse aspecto com bastante clareza: *“é uma população que trabalha demais, que trabalha o dia todo e pouco tem atividades de lazer”*; *“não existe uma área de lazer, um local em que elas possam se divertir aqui dentro do complexo”*; *“o desemprego porque não dá pra pessoa ter uma qualidade de vida legal, uma alimentação saudável”*.

Segundo Vieira (2004), as condições de vida da população brasileira estão diretamente relacionadas ao rápido avanço das doenças crônico-degenerativas. A grande

maioria das pessoas vive sob condições sócio-econômicas precárias que impedem a implementação de medidas que funcionariam como anteparos frente às imposições do modelo capitalista. As dificuldades econômicas para a aquisição de medicamentos, a falta de orientação do médico e a falta de entendimento são alguns dos principais motivos alegados para não realizar o tratamento ou para não conseguir controlar a pressão.

Moura et al. (2002 apud Vieira, 2004) afirma que a terapêutica, principalmente no caso de doenças crônicas, deve ser constantemente revista e adaptada às condições de vida dos indivíduos. Para isso, torna-se imprescindível a sua participação ativa no tratamento para que sejam respeitadas a sua singularidade e as suas prioridades. Segundo o autor, apenas esse tipo de procedimento torna possível o resgate da identidade das pessoas que frequentemente encontra-se fragmentada e reduzida pela doença e pelas limitações impostas pelo tratamento médico tradicional.

A violência do entorno apareceu de forma marcante em praticamente todas as falas, entretanto, sobre dois enfoques diferentes. Ela foi colocada como um fator emocional que promove a elevação dos níveis pressóricos dos usuários hipertensos: “*A violência. A violência é o principal motivo. A gente vê isso nitidamente em grupos. Quando na noite anterior teve tiroteio, a pressão, o pico está lá em cima e quando está um período mais tranquilo a pressão tende a estabilizar*” (E3) e ainda como um fator estrutural que dificulta o autocuidado por parte dos moradores: “*Porque é uma população [...] muito estressada por causa das suas condições de vida atuais, preocupada com a questão da violência. Poucos saem de casa pra fazer exercícios depois que voltam do trabalho porque muitas das vezes não se sentem seguros*” (M1).

Por fim, a falta de adesão ao tratamento medicamentoso também foi apontada como um dos fatores responsáveis pela elevação dos níveis pressóricos. Os dois profissionais que citaram esse problema o apontaram como uma consequência do analfabetismo: “*No momento em que o indivíduo ao não ler a receita que é passada pra ele, ele vai perguntar à vizinha e ele leva em conta o palpite que a vizinha dá a respeito [...] então um dos problemas é esse, da pessoa que não sabe ler e depende da opinião do outro*” (M3) e da falta de conhecimento: “*Eles não aderem corretamente ao tratamento ou por questão de conhecimento, começa a tomar, se confunde e acaba tomando errado*” (M2).

A dificuldade de adesão ao tratamento das doenças crônicas que incluem, além do tratamento medicamentoso, mudanças nos hábitos de vida, vem sendo extensamente relatada na literatura (Coelho & Nobre, 2006; Mion Jr. et al., 2006; Firmo et al., 2004b;

Péres et al. 2003). De acordo com Vieira (2004), para se alcançar uma adequada adesão ao tratamento é imprescindível buscar a participação de familiares e as redes de apoio social, que se apresentam como importantes estratégias em virtude do crescente envelhecimento populacional no país e a dificuldade do sistema previdenciário para oferecer assistência, sobrecarregando alternativas informais de suporte aos idosos. Os grupos educativos oferecidos pelos serviços de saúde são apontados pelo autor como importantes estratégias de suporte social a esses indivíduos.

Ao relacionar a falta de adesão ao tratamento aos elevados níveis de analfabetismo na comunidade a que assiste, um dos entrevistados afirma o seguinte: “[...] *eu estou percebendo que eles não têm a consciência do que vem a ser uma hipertensão*” (M3). Para Vieira (2004), embora muitos profissionais argumentem que hipertensos e diabéticos não conseguem avaliar a gravidade da sua doença, na verdade, eles conseguem, só que na maioria dos casos, não são capazes de modificar suas condições de vida de acordo com as orientações dos profissionais. De acordo com o autor esse seria um dos motivos que leva essas pessoas a aceitarem opiniões de parentes e amigos, pois além de ter “dado certo” com elas, suas experiências estão de acordo com seu ambiente cultural e possuem muito mais significados.

5.2.2) Estratégias de cuidado

Adentrando mais na questão do processo de trabalho das equipes, foi perguntado aos entrevistados qual era a estratégia adotada pela sua equipe para promover a captação dos portadores de hipertensão arterial. As respostas dadas pelos entrevistados variaram muito em virtude de cada uma das equipes possuírem autonomia para estabelecer seus processos de trabalho. De uma forma geral, as equipes realizam a captação dos hipertensos através das consultas médicas e de enfermagem, das visitas domiciliares, dos grupos educativos e de outras estratégias de captação ativa.

Foi possível observar que não houve uma uniformidade no depoimento dos profissionais pertencentes à mesma equipe, demonstrando uma falta de consenso a respeito, ou seja, a falta de uma estratégia estabelecida, conforme a fala seguinte ilustra: “*Olha não tem uma estratégia específica de captação. Não tem uma busca ativa deles. O que acontece é que quando a pessoa vem se consultar e aí quando a gente observa que o nível de PA tá elevada a gente inclui dentro do programa de hipertensos tá? Essa captação ativa é uma idéia a ser construída e que por enquanto não foi colocada em prática, mas que precisa ser feita sim*” (M2). Esse fato pode ser resultado da

reestruturação recente das equipes do CSE e da pesquisa ter sido realizada concomitantemente à reorganização dos seus processos de trabalho.

As visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde foram citadas por diversos profissionais como uma estratégia importante para captar os portadores de hipertensão arterial: *“Quando os nossos agentes comunitários fazem a visita domiciliar é preconizado no manual do SIAB que os agentes afirmam, meçam a pressão arterial desses pacientes que têm hipertensão”* (M1); *“Primeiro a gente tem o fichar né? Que as agentes de saúde fazem o cadastro dos pacientes e dali tem muitos pacientes que já vem em tratamento há um bom tempo né? Que tem um diagnóstico prévio, outros através de consultas com o médico”* (E3).

O relato desses profissionais aponta para a relevância da função do agente comunitário de saúde dentro da equipe de saúde da família e como uma peça fundamental para a captação dos hipertensos, fato que justifica a sua inserção enquanto sujeitos dessa pesquisa. Segundo Bornstein (2007), o agente comunitário é o trabalhador da equipe que possui maior conhecimento empírico sobre a área em que atua. Esse profissional, por ser necessariamente um morador da área, conhece profundamente a dinâmica social, os valores, as formas de organização e o conhecimento que circula entre os moradores. O conhecimento do ACS é um importante facilitador do trânsito da equipe, da realização de parcerias e de articulações locais. Portanto, o agente comunitário deve atuar como um mediador entre o serviço e a comunidade.

Os grupos educativos também foram bastante citados como uma estratégia de captação de hipertensos. O caráter e o objetivo dos grupos variam imensamente de equipe para equipe. Uma das equipes abordadas nessa pesquisa realiza grupos de hábitos saudáveis, trabalhando com a perspectiva de ciclos de vida: *“O que a gente tenta é trabalhar com a ótica de ciclos de vida, pra que a gente possa abordar não só o hipertenso, mas sim um maior número de pessoas dentro daquela faixa etária ou condição etária, não sei, e que a gente possa trabalhar dentro desses grupos os temas de hipertensão e atingir de alguma forma as pessoas...”* (E2). A conformação dos grupos por ciclo de vida aproxima-se mais da perspectiva da promoção da saúde, uma vez que possibilita a abordagem de temas variados que não sejam necessariamente focalizados na doença. Além disso, essa abordagem facilita a prevenção do desenvolvimento de doenças em indivíduos saudáveis, uma vez que não se restringe apenas às pessoas que já sejam portadoras de alguma patologia.

As outras duas equipes que participaram da pesquisa ainda trabalham com grupos de hipertensos, embora com lógicas distintas. Uma delas aproveita o espaço de

discussão propiciado pelo grupo para realizar a aferição da pressão: *“Outra estratégia importante foi o grupo de aferição da pressão arterial na associação de moradores: pessoas hipertensas iam pra discutir seus problemas e não hipertensos iam pra verificar sua pressão e ouvir o que aquele grupo estava falando”* (M1); já a outra equipe utiliza esse espaço para suprir a demanda por consultas: *“[...] muitas vezes a gente acaba realizando grupos devido ter um grande número de hipertensos e a demanda nas consultas estar tomando muitos lugares de outras pessoas aí faz o grupo na comunidade.”* (ACS3).

Uma das equipes também apontou como estratégia de captação ativa a facilitação do acesso dos usuários à aferição da pressão arterial: *“E a gente faz aferição de pressão na rua, que a gente monta uma vez por mês uma barraquinha na esquina pra aferir a pressão de quem se interessar. E a gente faz aqui o mapa de pressão aqui no posto: segunda, quarta e sexta a gente faz a aferição de quem tá tendo algum indício, qualquer problema, a gente faz essa aferição pra depois classificar né?”* (E1). Além disso, também foi citado o estímulo à aquisição de aparelhos de pressão pelas famílias e a sua capacitação pela equipe para a sua correta utilização. A utilização dessa estratégia de incentivo ao autocuidado e seus benefícios como a maior adesão ao tratamento e a redução dos custos têm sido relatados por diversos autores e devem ser incentivadas (Gomes & Mion Jr., 2003; Pierin, 2003). Em virtude da hipertensão arterial ser uma doença assintomática, muitos hipertensos não sabem que o são e muitos dos que sabem não conseguem identificar quando sua pressão arterial encontra-se elevada. Além disso, é comum os portadores de hipertensão associarem sintomas que são extremamente genéricos como dor de cabeça, tonteira, etc. à elevação da sua pressão arterial (Péres et al., 2003).

5.2.3) Articulação com outros setores e programas

Partindo da compreensão de que a hipertensão arterial é uma patologia de etiologia multifatorial e que a sua prevenção e tratamento necessitam de uma abordagem ampliada, foi perguntado aos entrevistados quais as ações intersetoriais desenvolvidas pelo CSE que contribuem para o acompanhamento dos hipertensos. A maioria dos entrevistados compreendeu as ações intersetoriais como sendo outros programas realizados pelo Centro de Saúde. De acordo com os entrevistados, os pacientes que participam desses programas apresentam bons resultados em termos clínicos, conforme o relato seguinte de um profissional ao se referir ao Programa de

Atenção à Saúde do Idoso: “[...] geralmente são os hipertensos que menos dão trabalho, trazem demandas diferenciadas são esses idosos. [...] É um grupo em que são muito poucos, é raro as pessoas que descompensam, que dão respostas negativas.” (E2) e outro ao se referir ao grupo de atividades físicas: “é um dos grupos que vêm dando melhor resultado pros meus hipertensos. Eles começam a fazer atividade física, os níveis pressóricos deles diminuem de maneira impressionante” (M1).

Outro grupo bastante citado pelos entrevistados é o Projeto Terrapia que trabalha com práticas alimentares saudáveis, a acupuntura e ainda grupos diversos: “Tem a questão da oficina que ela faz com as mulheres, que participam muitas hipertensas daqui, os maridos, oficina de trabalhos manuais. Mulheres e afins o nome do grupo” (E1). A citação desses outros grupos aponta para uma concepção ampliada do processo saúde-doença e de uma visão integral dos hipertensos por parte desses profissionais como demonstra a seguinte fala: “[...] tudo o que trabalhe com a promoção da saúde, melhorando a qualidade de vida do indivíduo, vai atuar também com a questão da hipertensão dele tá? [...] Se você pega alguma coisa, por exemplo, o programa de saúde mental, alguma coisa no sentido do controle emocional do indivíduo, vai refletir também no controle da hipertensão porque ela tem esse fator emocional também” (M2).

Em relação às ações intersetoriais alguns entrevistados relataram que suas equipes possuem parcerias com associações de moradores e igrejas, entretanto, essas parcerias se referem apenas à utilização desses espaços para realização dos grupos: “A gente tem uma parceria com a associação de moradores, tipo eu falei, os grupos ocorrem na associação de moradores pra ficar mais próximo dessa comunidade” (M1); “Quando a gente chega e não tem associação [de moradores], associação tem, mas quando tá ocupada com outra coisa a gente leva até uma igreja, combina antes entendeu?” (ACS1).

A utilização desses espaços é importante tendo em vista que alguns usuários têm dificuldades para se locomover e também devido ao fato do Centro de Saúde contar com um espaço físico precário para abrigar as diversas atividades que executa. As oito equipes de saúde da família utilizam o espaço do CSE junto com os profissionais da própria instituição e não possuem módulos próprios dentro das comunidades. Segundo Borges (2007) essa situação gera dificuldades para a realização de diversas atividades pelas equipes, fato que pôde ser observado durante a pesquisa. Há falta de salas para os atendimentos individuais e para as reuniões, além da falta de espaço apropriado para realizar o acolhimento da população.

Para que haja um funcionamento ideal das atividades realizadas pelas equipes de saúde da família, o Ministério da Saúde (2000 apud Borges, 2007) recomenda que para cada módulo haja a presença de no máximo três equipes, o que contribui para a troca de experiências e para a melhor utilização da estrutura oferecida. Entretanto, em seu estudo, Borges (2007) identificou que apesar das dificuldades encontradas em virtude da precariedade do espaço físico, alguns profissionais referem que o fato de estarem inseridos numa instituição de ensino e pesquisa facilita o acesso a informações e também a busca de serviços que, em geral, não são encontradas em unidades de saúde tradicionais.

Outros profissionais citaram também ações executadas pela comunidade, mas que não possuem parcerias com as equipes: *“A gente tem também a associação de moradores e alguns grupos que fazem também algumas atividades, são parceiros nossos dentro do todo. Agora dentro da hipertensão eles fazem atividades, a gente não condena a de lá, assim como eles não condenam a de cá, mas a gente não trabalha junto. Mas são coisas que somam. Quando o paciente não pode vir aqui a gente recomenda o de lá”* (E2).

Acreditamos que deveria ser estabelecida uma parceria entre as equipes e essas redes sociais que excedesse a simples utilização dos seus espaços. A realização de ações conjuntas poderia contribuir para a troca de conhecimentos, idéias e para uma atuação articulada propiciando o alcance de objetivos em comum. Keijzer (2005) afirma que as redes sociais são formas de organização sempre presentes nas comunidades que aceitam, resistem ou simplesmente ignoram as ações dos agentes de saúde. Segundo o autor, para que haja uma verdadeira participação dos indivíduos, devem ser utilizadas as formas de organização já existentes em nível local. Essas redes são mecanismos sociais de produção e reprodução de conhecimento, de práticas de saúde e educativas que devem ser consideradas ao se propor alguma forma de atuação em qualquer comunidade.

Uma vez que o CSE oferece práticas diversas voltadas à promoção da saúde, foi perguntado aos entrevistados se existe uma articulação entre elas. Foram obtidos dois tipos diferentes de resposta. Alguns profissionais disseram que essas ações se articulam através das equipes de saúde da família: *“[...] todos esses grupos, quem referencia pra eles é o profissional de saúde da família: ou médico, ou a enfermeira, ou o auxiliar ou o agente. Esses profissionais vão procurar traçar estratégias e a linha de cuidados pra esse paciente hipertenso aqui no centro de saúde”* (M1). Alguns dos profissionais, entretanto, disseram que essas ações não articulam-se de forma estruturada e

consideraram importante a sua realização, conforme demonstram as falas seguintes: “[...] *Especificamente uma articulação nesse sentido eu desconheço. Eu acho que a gente encaminha quando a gente vê necessidade e tal, mas eu acho que seria importante sim [...] são coisas que podem ser articuladas em relação ao indivíduo e à qualidade de vida dele como um todo [...]*” (M2); “*No momento não estão trabalhando, mas está tendo um seminário onde está sendo feito esse estudo pra poder trabalhar em conjunto né? Pra saber o quê que um faz, conhecer cada setor entendeu? Por exemplo, o agente de saúde saber o quê que o profissional de acupuntura faz, o quê que o psicólogo faz pra trabalhar em conjunto [...]*” (ACS2).

A falta de profissionais sofrida pelo programa de Saúde da Família no CSE e a chegada recente de novos profissionais leva à dificuldade de articulação entres os diversos serviços oferecidos. Os sujeitos entrevistados, em sua maioria, reconhecem a necessidade dessa articulação com o objetivo de propiciar um cuidado integral aos usuários. Todas as iniciativas de promover essa articulação devem ser incentivadas para que haja uma unidade entre todas essas atividades.

5.2.4) Dificuldades para a realização de um cuidado integral

Com o objetivo de saber quais eram as dificuldades percebidas pelos profissionais para a realização do cuidado aos hipertensos, foi-lhes perguntado quais os fatores que estariam contribuindo para que as metas de controle da hipertensão não estivessem sendo alcançadas pelo Centro de Saúde Escola. Foi possível observar diversas categorias de resposta. A maior parte delas relacionada a problemas estruturais, tanto internos quanto externos ao CSE. Em relação aos problemas internos, a desestruturação das equipes devido à falta de profissionais foi bastante evidenciada, conforme ilustra a fala a seguir: “*Nossa equipe ficou um ano sem médico, o que atrasou demais a nossa manutenção clínica desses pacientes. E aí a enfermeira só podia repetir as receitas e dificilmente tava conseguindo consultas pra ajustar doses de medicação e pra resolver alguns outros problemas de exames, de encaminhamento de casos mais complexos [...]*” (M1). A impossibilidade de atendimento à demanda e o enfraquecimento do vínculo com a comunidade foram apontados como fatores importantes que dificultaram o acompanhamento dos pacientes e o controle da pressão arterial.

No que se refere aos problemas estruturais externos ao CSE, a violência, mais uma vez, obteve papel de destaque na fala dos profissionais. A falta de um sistema de

referência e contra-referência devidamente organizado e articulado também foi percebido pelos profissionais como uma grande dificuldade: “[...] *a gente tem um acompanhamento dos pacientes hipertensos leves e moderados pela unidade terciária que é o Hospital Geral de Bonsucesso, eles fazem o acompanhamento lá. Deveria ser só os severos que a gente não consegue acompanhar aqui e lá esses já são acompanhados. [...] Isso também acontece com PAM Del Castilho que também atende bastante hipertensos. Então pra gente isso é um impasse também porque a gente chega pra falar que a gente precisa que eles dêem a contrapartida pros severos, o que não está acontecendo e que a gente segura os leves e os moderados. Não, eles cuidam dos leves e moderados e os severos a gente não consegue encaminhar*” (E1).

Outro problema estrutural abordado foi a falta de medicação. Segundo os relatos dos profissionais, o “Projeto Remédio em Casa”, da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro, tem falhado sistematicamente. Esse projeto pioneiro no país foi implantado no ano de 2002 com o objetivo de aumentar a adesão ao tratamento e facilitar controle clínico de hipertensos e diabéticos através da entrega domiciliar de medicamentos. Além disso, também foi relatado pelos profissionais que a quantidade de medicamentos enviados para o CSE não é suficiente para suprir os que deveriam ter sido entregues em casa e, muitas vezes, os pacientes que não possuem condições financeiras para comprar os remédios acabam ficando sem tomá-los.

A falta de capacitação dos agentes comunitários de saúde também foi apontada como uma dificuldade para o cuidado ao hipertenso. Segundo os relatos, faltam conhecimentos por parte dos ACS para terem um olhar mais atento sobre as famílias, saberem identificar os indivíduos com fatores de risco e encaminhá-los ao serviço. Além disso, a falta de capacitação dos agentes para exercerem o papel de promotores de saúde também foi levantada: “*Uma outra questão que eu acho que a gente tem que tá investindo na questão do agente comunitário de saúde pra ele tá tendo uma visão muito clara qual é o papel dele enquanto promotor de saúde [...] Na questão dos hábitos saudáveis, na questão da educação, [...] do que o paciente pode fazer com que a qualidade de vida dele, mesmo ele sendo hipertenso melhore*” (E4).

O agente comunitário de saúde exerce, entre outros, importante papel de mediador entre o conhecimento popular e o conhecimento técnico-científico (Bornstein, 2007). Nunes et al (2002 apud Bornstein, 2007) consideram que este papel pode funcionar como um facilitador, mas também como um empecilho. Apesar da sua convivência com a realidade e com as práticas da comunidade onde mora e trabalha, o ACS é formado a partir de referenciais biomédicos. Portanto, essa intermediação de

saberes pode se dar tanto no sentido de encontrar uma melhor estratégia para que as normas, objetivos e metas dos serviços sejam entendidos e assimilados pelas “classes populares” como na busca de uma abertura dos serviços para o entendimento da lógica e da dinâmica local. Fernandes (1992 apud Bornstein, 2007) chama atenção para o risco dos agentes de terem uma “participação passiva” no interior dos serviços, assimilando o discurso dos técnicos e o reproduzindo de uma forma mecânica. Sendo assim, o processo de capacitação dos agentes comunitários de saúde deve ser realizado através da exploração cuidadosa dessa relação visando promover a formação de uma consciência crítica sobre o seu importante papel de intermediador entre os saberes popular e técnico e de promotor da saúde.

Outra dificuldade relatada pelos profissionais para o cuidado aos hipertensos no CSE foi a falta de adesão ao tratamento medicamentoso: *“Aí você orienta, aí ele fica se testando pra ver: se eu não tomar o remédio esse dia será que eu vou ficar? Como é que eu vou ficar? Então a gente encontra alguns que ficam com a pressão elevada sim”* (E1). *“O hipertenso muitas vezes não aceita a doença e se torna complicada a adesão né? Então se torna complicado o tratamento em função da doença. Eu to bem então não preciso tomar o remédio. É complicado porque dificulta o tratamento”* (E3). *“A grande dificuldade é o próprio paciente porque a maioria deles não dá muita trela, não quer tomar o remédio, pensa que não adianta nada tomar o remédio, que está tomando o remédio e está piorando e a maior dificuldade é essa”* (ACS2).

A falta de adesão ao tratamento medicamentoso vem sendo extensamente relatada por diversos autores. São muitos os fatores que contribuem para esse problema: a característica assintomática da hipertensão arterial que faz com que o indivíduo negue a doença, a falta de conhecimento sobre a doença, as dificuldades financeiras para a aquisição de medicamentos, a necessidade de regularidade no uso da medicação e os seus efeitos adversos (Coelho & Nobre, 2006; Mion Jr. et al., 2006; Firmo et al., 2004b; Péres et al. 2003).

Logo após saber quais eram as maiores dificuldades, na visão dos profissionais, para o cuidado ao hipertenso no CSE, foi perguntado a eles quais eram as estratégias de superação dessas dificuldades por eles utilizadas. As respostas variaram em torno de três categorias diferentes: projeto de capacitação para os agentes comunitários de saúde, ações para captação dos hipertensos e ênfase no aspecto educativo.

Em relação ao aspecto educativo, a maioria dos profissionais destacou a utilização dessa estratégia, tanto de forma individual quanto coletiva, com o objetivo de tentar superar as dificuldades apontadas no acompanhamento dos pacientes hipertensos.

É possível observar duas tendências educativas diferentes através das falas dos entrevistados: uma mais voltada para práticas educativas baseadas no modelo tradicional e outra baseada no modelo dialógico.

Os trechos seguintes ilustram a concepção tradicional de educação, voltada ao repasse de informações e na tentativa de convencimento do usuário sobre a conduta que ele deve seguir: “*Mais na insistência mesmo [...] falando da importância deles estarem se tratando [...] a gente vai tentar vencer ele pelo cansaço mesmo, através de informações mesmo*” (ACS2); “[...] *muita orientação, muita informação, panfleto, a gente usa esses métodos, mas ainda assim tem uns que são muito resistentes*” (ACS3).

Um dos entrevistados relatou que o analfabetismo é um empecilho para a realização da educação em saúde, afirmando que “*a conscientização até agora depende da questão da alfabetização*” (M3). Embora a literatura científica comprove que existe uma relação direta entre a educação formal e os níveis de saúde (Souza e Silva & Maldonado, 2003; Grossman & Kaestner, 1997 apud Guimarães, 2006; Engstrom, 1996), o analfabetismo, embora possa dificultar, não impede que o indivíduo aprenda e tome consciência sobre diversos assuntos. Acreditar que o saber formal é a única fonte de conhecimento traduz uma visão equivocada da educação. Ao nos referirmos à educação de adultos, devemos considerar que esses indivíduos são detentores de conhecimentos, portanto, o papel do educador é captar esses conhecimentos que fazem parte da realidade dos educandos e “devolvê-los” de forma organizada. Para isso, é necessário que seja utilizada uma metodologia de ensino dialógica e problematizadora (Fernandes, 1998 apud Silva, 2008).

A forma como as informações são transmitidas às pessoas e o seu envolvimento como participantes ativos no diálogo sobre a doença têm um impacto poderoso sobre o que pensam, como se sentem e como reagem às orientações médicas. Se não houver esse reconhecimento por parte dos profissionais de saúde, haverá a criação de tensões subjacentes na sua interação com os pacientes. Ao passo que essas tensões permanecem sem solução, os sujeitos passam a reconhecer que os profissionais oferecem pouco no caminho das soluções definitivas para os seus problemas de saúde (Starfield, 2002 apud Vieira, 2004) e, conseqüentemente, não seguem as suas orientações.

O estabelecimento de uma relação vertical e autoritária entre o profissional de saúde e a comunidade, baseia-se na crença de que o educador é o detentor do saber que deve ser transmitido. Segundo Freire (2005) qualquer prescrição é a imposição da opção de uma consciência a outra. Sendo assim, as prescrições possuem um sentido alienador

que transformam a consciência do educando no que o autor denomina de consciência “hospedeira” da consciência “opressora”.

Valla (1996 apud Bornstein 2007), afirma que o profissional ao oferecer seu saber à população traz implícita a compreensão de que o saber da população é insuficiente quando, na verdade, este é apenas diferente. Segundo o autor, existe uma dificuldade dos profissionais em admitir que os grupos populares também sejam produtores de conhecimento que traduz-se na assunção do papel de tutores desses grupos. Isso se reflete no campo da saúde através da imposição de normas e comportamentos utilizando como respaldo o medo ao sofrimento, ao adoecimento e à morte. A principal argumentação utilizada pelos profissionais são as conseqüências que podem acometer as pessoas que não seguem as prescrições, conforme ilustram as falas seguintes: “[...] *se eles não tiverem uma ação de suprimir isso da sua dieta, simplesmente eles vão morrer [...]*” (M3); “[...] *às vezes a gente cita algum caso de alguma pessoa que ficou com alguma seqüela por não ter se tratado e a gente vai tentar vencer ele pelo cansaço*” (ACS2).

Em relação às doenças crônicas, podemos nos valer da argumentação de Oyarbide (1996 apud Bonet, 2006) que desenvolve a idéia de que uma das tendências atuais da medicina seria o cuidado e não necessariamente a cura. O cuidado não objetiva o desaparecimento da doença, mas o seu enquadramento dentro de parâmetros cientificamente controláveis e toleráveis. Isto se afasta das práticas tradicionais que se valem da proibição de determinadas condutas e hábitos, abrindo espaço para a negociação e a inclusão dos conhecimentos, dos desejos e das necessidades do outro. Quando se fala da educação de adultos deve-se ter em mente que esta dirige-se a indivíduos detentores de conhecimentos e que possuem hábitos que foram desenvolvidos durante toda a sua vida. A prescrição da adoção de determinados comportamentos baseada no apelo ao medo não garante a mudança desses hábitos. A equipe de saúde deve conhecer seus pacientes, os fatores determinantes da doença e as possibilidades e dificuldades para modificá-los. A partir daí e através da participação dos sujeitos e da negociação será possível construir estratégias para superar essas dificuldades e facilitar o autocuidado.

As falas de outros profissionais entrevistados apontam para a adoção de uma perspectiva mais dialógica da educação em saúde, como se segue: “*A maioria das vezes eles não querem escutar o que você tá orientando, então não faz a mínima diferença. Então eu acho que tem que partir deles, do que eles querem escutar pra gente poder atuar nesse sentido*” (E1). A educação em saúde deve sempre considerar as

experiências e os interesses dos sujeitos, tomando sua realidade como ponto de partida do processo educativo. O conhecimento surge da prática, do cotidiano desses indivíduos e deve retornar a ele com o objetivo de transformá-lo (Donneys, 1991).

Outro profissional, ao falar dos objetivos da educação em saúde afirma atuar com “[...] *uma lógica de conscientização, de trabalho pedagógico, de trabalho de ensino e aprendizagem, tentando transformar, dar qualidade de vida a essas pessoas*” (E2). De acordo com a metodologia pedagógica proposta por Paulo Freire, a problematização da realidade se constitui num ponto de partida para o processo de aprendizagem, tanto por despertar no educando o desejo do conhecimento como por possibilitar a apropriação de novas idéias e conceitos pelo sujeito. Nesta concepção pedagógica, o aprendizado não é o abandono das idéias prévias do educando para a inserção de novas informações. O conhecimento prévio é um ponto de partida para a elaboração das relações com os novos conhecimentos. O incentivo à reflexão crítica com base em experiências anteriores é uma fonte de estímulo à autonomia e à decisão (Freire, 1983).

Por fim, a realização de mutirões e grupos para captação dos hipertensos também foram apontados como estratégias para a superação das dificuldades encontradas para o acompanhamento dos hipertensos. Esse tema, entretanto, será tratado no bloco seguinte.

5.3) Os grupos educativos

A realização de ações educativas individuais e coletivas está incluída entre as atribuições dos profissionais das equipes de saúde da família. Os grupos educativos são ações freqüentemente desenvolvidas nos serviços de saúde e são considerados como um ambiente favorável à realização da promoção da saúde e do processo de *empowerment* individual e coletivo à medida que facilita a construção de conhecimentos e a formação de uma consciência crítica (Santos et al, 2006; Delfino et al, 2004; Torres et al, 2003). Sendo assim, os grupos educativos desenvolvidos pelas equipes também foram abordados durante as entrevistas.

5.3.1) Definição dos temas

Adentrando no tema dos grupos educativos, os entrevistados foram perguntados como eram escolhidos os temas discutidos durante os grupos. A grande maioria

respondeu que os temas eram escolhidos pelos participantes, conforme os trechos seguintes: “A gente montava o grupo e as discussões começavam a acontecer num processo de construção coletiva. Determinado momento alguém falava um pouquinho da sua história de vida, como é que estava a vida naquele momento e aí a gente procurava encaixar e cada um ter tempo de falar os seus temas e nesses momentos a gente tentava encaixar um pouquinho estratégias de educação em saúde. Tentando utilizar metodologias um pouquinho mais ativas de escolha de tema” (M1). “[...] a gente nunca trabalhou com a lógica da doença, a gente sempre trabalhou na lógica de ciclos de vida e dentro do grupo de ciclos de vida, já que eram adultos sempre surgia a intenção de se falar da hipertensão, só que essa intenção nunca partia de nós, nós equipe técnica. Partia sempre do grupo, dos pacientes, dos clientes. Então eles escolhiam o tema a ser abordado. O que a equipe proporcionava era o espaço de discussão, o espaço terapêutico, o fórum de discussão. Agora os temas eram escolhidos pelos pacientes de acordo com a necessidade deles e por várias vezes surgiu a idéia de se falar de hipertensão. [...] O grupo não era uma coisa do tipo palestra que fazia pra comunidade. Muito pelo contrário, era um momento de discussão, de participação” (E2).

A participação dos usuários na escolha dos temas tratados durante os grupos denota a incorporação de uma concepção mais dialógica da educação em saúde. Segundo Freire (1983), a imposição de determinados conteúdos programáticos é o motivo da falha de muitos processos educativos. Quando os assuntos são elaborados sem a participação dos educandos, desconsideram-se os sujeitos aos quais a ação educativa se dirige e corre-se o risco de abordar temas que não sejam do seu interesse ou que não façam parte da sua experiência existencial. É comum o discurso por parte dos profissionais em relação ao desinteresse da população, entretanto, muitas vezes esse desinteresse decorre justamente da falta de diálogo e da falta de participação dos usuários para a escolha dos temas.

O papel dos agentes comunitários como mediadores entre o conhecimento popular e o conhecimento médico, assim como mediadores entre a comunidade e a equipe de saúde aparece em seus discursos ao falarem sobre a escolha dos temas dos grupos: “A gente perguntava pro próprio morador o quê que ele queria saber e trazia através da comunidade, a equipe discutia e traçava a estratégia pra poder estar tratando sobre aquele assunto” (ACS2); “Geralmente nós conversamos com as pessoas e a gente sugere. O que você quer que nós fazemos (sic) no próximo grupo? Aí a gente prefere ouvir deles, a escolha deles” (ACS3).

Já a fala de outros entrevistados indica uma concepção de educação que Paulo Freire denomina de “bancária”, na qual assume-se o pressuposto de que o educador possui um saber exclusivo e acabado e que este deve ser “depositado” na mente dos educandos, seres desprovidos de saber: *“Uma semana vamos dar aula disso assim, noutra semana vamos dar aula daquilo ali”* (M3); *“a gente passa as informações que eles precisam”* (ACS1). A utilização dos termos “aula” e “passar” informações caracteriza a utilização de uma metodologia de ensino baseada no repasse de informações possuídas pelo profissional de saúde – detentor do conhecimento científico – para os pacientes – pessoas leigas que incorporam passivamente esse conhecimento.

No “bancarismo” não existe estímulo ao diálogo e à problematização dos temas. O conhecimento técnico, considerado superior ao popular é transmitido aos pacientes e estes devem a partir de então modificar seus hábitos de vida para prevenir ou controlar doenças. Em geral, esse conhecimento é repassado de forma simplificada para permitir sua apreensão pelos pacientes tidos como incapazes de compreendê-lo diante de sua complexidade: *“[...] você explicar isso pra um pessoal acima de 40 anos que a hipertensão deles tem relação com a comida, é lógico que tem outras variáveis, mas eu tenho que eleger uma pra didaticamente ter uma certa eficácia. Então nós temos colocado como sendo o comer demais proteína e sal.”* (M3).

Tendo em vista que a hipertensão arterial é uma doença de etiologia multifatorial e que existem diversos fatores que contribuem para a sua prevenção, assim como para o seu controle, pode-se afirmar que restringir o seu tratamento a algumas variáveis apenas caracteriza uma atitude reducionista. Os aspectos macroestruturais possuem grande influência sobre o processo saúde-doença-cuidado, principalmente na comunidade atendida pelo CSE que convive com diversos problemas como a pobreza, a exclusão social e a violência, entre outros. Pode-se perceber que embora os profissionais reconheçam o amplo espectro de fatores que contribuem para o desenvolvimento da hipertensão nessa população, assim como dificultam o seu controle, na prática, esses fatores não são expostos e problematizados e o paciente é culpabilizado pelo não seguimento das condutas prescritas pelo médico e pela falha do tratamento.

5.3.2) Participação dos usuários

O termo participação pode ser compreendido a partir de diferentes perspectivas. Rifkin (2002 apud Melo, 2005), classificou os diferentes tipos de participação que podem ocorrer nas ações e programas de saúde. De acordo com o autor essa

participação pode variar desde a mera exposição dos usuários às ações de saúde até a participação ativa da comunidade nas decisões, na implementação e na avaliação de estratégias para os programas.

Os entrevistados foram questionados se havia uma participação ativa dos usuários durante os grupos e, caso essa participação não existisse, qual seria a sua causa. A maior parte dos entrevistados respondeu que sim, que as pessoas participavam ativamente dos grupos: *“é uma população extremamente crítica e que gosta de participar, gosta de falar, gosta de intervir, gosta de opinar em relação a determinadas coisas”* (M1); *“Participam, fazem as perguntas, tiram dúvidas”* (ACS1), *“Participam, perguntam bastante, tiram mesmo as dúvidas [...]”* (ACS3).

A fala seguinte aponta para uma participação dos usuários no que se refere também ao planejamento das ações: *“Os pacientes participavam, quando eles cansavam que fosse feito aqui, a gente fazia no dia que eles queriam, no local que eles queriam, pra poder ter essa participação mesmo ativa”* (E2). É importante que a participação dos usuários não se restrinja à elaboração de perguntas com o objetivo de esclarecer dúvidas relativas aos assuntos discutidos. Eles devem ser estimulados a participar efetivamente dessas ações, contribuindo no seu planejamento, elaboração e execução, sempre que possível. Segundo Donneys (1991), o grupo deve participar da produção e seleção do material educativo para que este esteja de acordo com a sua realidade sócio-cultural e possa ser assimilado. A possibilidade de interferência dos usuários na definição do local e horário para a realização do grupo faz com que os participantes sintam que os grupos são realizados “com” eles e não “para” eles. Assim, tem-se uma participação mais efetiva que pode favorecer à maior adesão dos pacientes por sentirem-se co-responsáveis pela sua realização.

Um dos entrevistados relatou que a participação nos grupos variava: *“Tem grupo que na verdade é uma mera transcrição de receitas, eles não estão a fim de falar nada e estão impacientes, seja lá por que motivo, está demorando. [...] vai da vontade. Tem dia que eles são super animados, tem dia que eles acham um tédio e não querem falar então é a vontade deles”* (E3). A participação dos usuários nos grupos deve ser sempre estimulada através do acolhimento, do diálogo e da utilização de diferentes metodologias com o objetivo de problematizar e favorecer um raciocínio crítico. Entretanto, o respeito ao desejo ou à falta de desejo momentânea de diálogo por parte dos usuários também é importante. Tornar a fala uma obrigação dentro dos trabalhos educativos desenvolvidos em grupos pode inibir e afastar alguns participantes e dificultar o desenvolvimento de um espaço para promoção da saúde. É necessário que

haja sensibilidade por parte dos profissionais para perceber os momentos de cada participante, mas ao mesmo tempo, deve haver uma sensibilidade também para tentar buscar quais são os motivos que causam o desinteresse. Como dito anteriormente, muitas vezes a falta de interesse pode ser consequência da abordagem pedagógica utilizada ou da pouca adequação do tema à realidade e às necessidades dos participantes.

Os profissionais foram questionados também se os problemas cotidianos dos participantes eram colocados durante os grupos e como estes eram trabalhados. A grande maioria dos entrevistados disse que sim. A fala seguinte aponta um aspecto interessante: *“Colocam, falam. Muitas das vezes assim, muito engraçado porque um fala e o problema que um falou é o problema também do outro. - O quê? Porque é um absurdo! Principalmente os homens né, falando das mulheres:- Eu já falei pra ela que eu não posso comer com sal. Aí o outro: - É. Ela também enche de sal a minha comida! É engraçado porque você vê que as coisas do dia-a-dia, que se você estivesse numa unidade comum você não ia perceber isso. Você ia orientar o sal, a diminuir a ingesta de sal, só que você tá falando com a pessoa errada porque quem faz comida não é o homem, é a mulher. Então eles aproveitam e levam a mulher e falam também né, que ela não tá fazendo direito. E isso é legal”* (E1).

A participação de familiares nos grupos educativos, assim como em encontros individuais facilita a convergência de ações e cuidados entre membros da família, podendo trazer resultados favoráveis à prevenção e controle de patologias. Ao trabalhar com a família como unidade de cuidado os profissionais de saúde podem, através de informações, facilitar a reestruturação de hábitos entre seus membros a partir da transformação do seu sistema de crenças e processos cognitivos (Soubhi & Potvin, 1999 apud Silva, 2008).

Um dos entrevistados relatou dificuldades em conciliar os diferentes interesses dentro do grupo: *“No nosso grupo de hipertensão, dos primeiros, começavam assim: as pessoas contando sua história de vida no grupo, como é que ela ficou hipertensa, o quê que ela achava da hipertensão, quais as impressões que elas tiveram quando falaram pra ela que ela era hipertensa [...] Só que também existe um contraponto a isso. Muitos usuários não acham que esse é o momento ideal e tentam cortar a fala dessas pessoas do tipo: - Não, não quero saber da sua história não. Eu quero saber aqui como é que eu vou fazer minha alimentação, eu quero saber como é que eu vou utilizar minha medicação ou eu quero ver quais as estratégias que eu posso fazer pra comer melhor ou comprar mais barato, ou os riscos que a hipertensão pode trazer se eu não estiver*

controlado. Às vezes é difícil conciliar isso no grupo né? Eu acho muito importante que as pessoas coloquem a sua situação de vida, como é que ela tá com a sua doença ou como que ela tem trabalhado, eu acho isso contribui. Mas em alguns momentos isso é tolhido pelos próprios colegas de grupo e às vezes a gente fica numa posição meio difícil de mediação nessas decisões objetivas importantes, pra cada um é importante” (M1).

As narrativas de sofrimentos e doenças possibilitam a convergência de recursos para a solução de problemas (Souza, 2001 apud Vieira, 2004), portanto, os relatos das histórias de vida são importantes para o compartilhamento dos problemas e para o alcance de apoio e a busca de soluções coletivas. Esses momentos devem ser estimulados dentro dos grupos e deve-se procurar demonstrar aos participantes a sua importância e a necessidade de respeito e valorização da narrativa do outro. Sem dúvida, deve-se buscar a conciliação dos diferentes interesses dentro dos grupos, alternando os momentos de ênfase nesses relatos com momentos de troca de informação sobre a doença e o seu tratamento importantes para a facilitação do autocuidado.

Nos dizeres de Vieira (2004)

A narrativa tem uma importância vital para a perpetuação do grupo social que vivenciou ou produziu o fato narrado. Quando alguém fala da sua vida e da sua doença, estará expressando a interpretação do seu grupo através das suas palavras. Tanto ele, como os outros componentes do grupo seriam “mensageiros” de um “segredo” que necessita ser narrado infinitamente, através de gerações, para que se possa alcançar aqueles que tenham condições de proporcionar a solução, a “resolução”, para os sofrimentos do grupo – o médico, o religioso, o político. (p. 57)

Para o autor esses conhecimentos grupais, em geral, menosprezados pelo modelo biomédico, foram os responsáveis pela sobrevivência das pessoas no passado, ajudando-as a superar as adversidades e os agravos à saúde. A perda da transmissão dessas informações retira as estratégias de sucesso para a sobrevivência do grupo e para o enfrentamento de doenças, tornando as pessoas mais vulneráveis diante do agravamento dos seus problemas. As narrativas possibilitam a expressão de suas dificuldades e impossibilidades para conduzir a vida e o tratamento prescrito pelo médico. A partir da junção de diversas narrativas de um grupo é possível construir e apresentar certa ordem para os seus significados relacionados com a doença.

Tanto os momentos individuais quanto os momentos coletivos são fundamentais

para a prática de educação em saúde. O trabalho individual serve para reafirmar o indivíduo e o trabalho coletivo favorece a sua confrontação com a construção de uma mensagem comum. Alguns profissionais disseram que os pacientes não colocam seus problemas nos grupos, mas que esperam momentos individuais como as consultas para abordá-los: *“Não isso aparece mais nas consultas porque o grupo ele se expõe muito né? [...] Até na hora eles falam: - Ah... preciso falar com você. Aí eu ou o médico quando a gente está fazendo uma consulta a gente sabe que aquela consulta é pra conversar entendeu?”* (E3).

A fala anterior aponta para a uma prática integral conforme salientado por Mattos (2001). A abertura dos profissionais para outras necessidades dos usuários que extrapolem os aspectos relativos à doença caracteriza um dos sentidos da integralidade atribuídos pelo autor. A criação de vínculo com a equipe de saúde constitui-se num aspecto fundamental para maior adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Devido à cronicidade da patologia que implica a necessidade de cuidados permanentes e às restrições que o seu tratamento impõe, o apoio por parte dos profissionais e a sua abertura para a escuta desses pacientes, seja em momentos coletivos ou em momentos individuais, pode atuar como um facilitador para a promoção da saúde e do autocuidado.

5.3.3) Os grupos na prática

Como dito anteriormente, foi realizada a observação participante de dois grupos realizados por cada uma das três equipes, totalizando seis. No diário de campo foram anotados todos os fatos observados durante a realização desses seis grupos como os comentários dos profissionais das equipes de saúde, os comentários dos participantes dos grupos entre si e com os profissionais da equipe, as características dos locais nos quais as atividades foram executadas, o número de participantes, etc.

Dos grupos observados houve grande variação quanto ao número de participantes, havendo uma média de vinte a trinta em cada, com exceção de um que contou com a presença de menos de dez usuários. A duração dos grupos também foi variável indo de quarenta e cinco minutos a uma hora e quinze minutos. Todos os grupos foram realizados fora das dependências do CSE em locais da comunidade como salão da igreja, centro comunitário e associação de moradores. Todos eles contaram com a presença de vários profissionais das equipes durante a sua realização, como auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, auxiliar de consultório dentário

e agente de dependência química, mas a condução de todos os grupos foi realizada por um profissional de nível superior, em alguns casos o médico, em outros o enfermeiro.

O tema abordado durante os grupos variou em função do fato de que à época da realização dessa pesquisa, as equipes de saúde da família do CSE realizavam os grupos educativos com objetivos distintos e, portanto, de formas diferentes.

Devido à falta de profissionais, uma das equipes não vinha realizando os trabalhos de grupo. Segundo relatos colhidos, anteriormente eram realizados grupos de adultos e não grupos voltados às patologias específicas, como a hipertensão arterial. A realização de grupos de adultos faz parte da proposta do CSE de adotar a perspectiva da promoção da saúde como eixo estruturante das suas práticas, trabalhando com a comunidade a partir da perspectiva dos ciclos de vida e não com a ótica da doença. Durante o período da coleta de dados, os trabalhos em grupo dessa equipe foram retomados, entretanto, com o objetivo de conhecer os hipertensos da área coberta e captá-los. Durante os grupos observados foi realizada, primeiramente, uma conversa com os participantes para informá-los sobre o objetivo do grupo e dos trabalhos que seriam realizados posteriormente. Durante a conversa, os participantes foram chamados individualmente para a realização de algumas medidas como circunferência abdominal, peso, altura, pressão arterial, etc.

A outra equipe selecionada para participar da pesquisa manteve as atividades mensais em grupo mesmo durante o período em que esteve incompleta. Durante os grupos, inicialmente era realizada a prática educativa e, logo após, os participantes tinham sua pressão arterial aferida e a receita médica transcrita pela enfermeira em caso de manutenção da medicação. Caso houvesse necessidade de mudança da medicação, os participantes eram orientados a se consultar com o médico. Essa equipe também trabalhava com a ótica de grupos de adultos, voltados para hábitos de vida saudáveis e não especificamente para o controle de patologias. Entretanto, segundo o relato de seus profissionais, na prática, esses grupos acabavam sendo freqüentados exclusivamente por hipertensos e diabéticos.

Já a terceira equipe realizava os grupos voltados para hipertensos e diabéticos semanalmente, sendo que a cada semana os participantes pertenciam a uma microárea diferente. Segundo os relatos, inicialmente os grupos estavam sendo realizados com o objetivo de atender à demanda por consultas em virtude do tempo em que a equipe ficou sem médico. Os dois grupos observados funcionaram da seguinte forma: enquanto os agentes comunitários de saúde e o auxiliar de enfermagem aferiam a pressão arterial dos participantes, os mesmos eram chamados para se consultar naquele mesmo espaço com

o médico ou com o enfermeiro. O enfermeiro transcrevia as receitas das pessoas que estivessem com sua pressão arterial controlada e aqueles que necessitassem da mudança da medicação eram consultados pelo médico.

Em nenhum dos dois grupos realizados por esta última equipe houve qualquer estímulo ou incentivo por parte dos profissionais para a conversa e a discussão de algum assunto. No início dos grupos, foram feitos alguns questionamentos quanto à medicação e exames e repassadas breves informações sobre o recebimento da medicação em casa e a importância da realização de exames laboratoriais. Em momento algum houve qualquer tentativa por parte dos profissionais de realizar uma ação educativa, incentivando o diálogo e o debate. Os usuários aguardavam impacientemente a sua vez para se consultar e, após, a consulta iam embora. Nos dois grupos, chamava atenção o grande número de participantes, chegando a faltar cadeiras para que todos pudessem se sentar.

Embora se saiba que a demanda por consultas é muito grande, principalmente devido à ausência de médico anteriormente na equipe e que as consultas individuais também são espaços propícios para a promoção da saúde e para a realização de práticas educativas, a falta de aproveitamento desse momento para a realização de discussões coletivas merece um maior aprofundamento. Conforme discutido anteriormente, os espaços em grupo são ambientes propícios à troca de experiências entre os participantes e à construção de soluções compartilhadas entre eles e os profissionais para o enfrentamento dos seus problemas. Portanto, os profissionais deveriam incentivar a troca de saberes e de experiências, aproveitando o agrupamento desses indivíduos para realizarem atividades educativas com o intuito de promover a saúde. Apesar da continuidade do tratamento medicamentoso ser um fator de fundamental importância para o controle dos níveis pressóricos, a sua abordagem quando dissociada de ações que favoreçam escolhas saudáveis pelos indivíduos não é suficiente para garantir o controle da hipertensão arterial. A ênfase em consultas clínicas individuais voltadas exclusivamente ao tratamento medicamentoso reforça o modelo biomédico que pretendemos superar. Atuando dessa forma, a atenção básica estaria apenas transferindo as práticas da atenção secundária para um local mais próximo da população, facilitando seu acesso sem, entretanto, buscar a atuação junto aos fatores determinantes do processo saúde-doença-cuidado.

Além do mais, a utilização do espaço coletivo para a realização de consultas individuais também não favorece o acolhimento, a privacidade e a personalização. A pressa dos outros participantes para se consultarem pode inibir a fala do usuário que está

no momento da consulta fazendo com que ele deixe de tirar dúvidas e de colocar questões importantes que estejam dificultando o seu tratamento. Pode-se dizer que embora essa possa ser uma alternativa eficaz para reduzir a demanda por consultas no CSE – que conta com um espaço físico precário – outros caminhos devem ser pensados. Esse atendimento alternativo não favorece a obtenção dos benefícios dos atendimentos em grupo, tão pouco dos benefícios dos atendimentos individuais.

Um fato que chamou a atenção nos demais grupos foi a falta de participação e de interesse da maioria dos agentes comunitários de saúde na execução dos grupos. Em alguns casos, esses profissionais, inclusive, se retiraram mais cedo do local. Talvez esse fato seja reflexo da falta de abertura por parte dos profissionais que conduzem os grupos para permitir uma maior participação dos agentes nessas atividades, desde o seu planejamento até a sua execução. O conhecimento da dinâmica comunitária que os agentes possuem pode contribuir para adequar melhor os temas abordados durante os grupos aos interesses dos usuários. Além disso, a participação deles na condução dos grupos pode favorecer a identificação e a participação por parte dos usuários, facilitando a troca de conhecimentos e de experiências. Quando abordamos a questão da participação e da criação de uma relação mais dialógica e horizontal, essas questões devem também ser pensadas em relação à dinâmica da própria equipe de saúde. A possibilidade de maior participação dos agentes no planejamento, na execução e na avaliação das ações pode ser um primeiro passo para que se permita também uma maior participação dos usuários nesse processo.

Nos grupos observados nos quais houve a realização de práticas educativas, as cadeiras estavam dispostas de forma circular, garantindo que cada participante pudesse visualizar os outros, favorecendo um ambiente que criasse uma relação mais horizontal e participativa, no qual educador e educandos se colocam no mesmo patamar. De uma forma geral, pode-se dizer que houve interesse e uma boa participação dos indivíduos, embora alguns tenham falado mais ao serem questionados pelos profissionais. Em alguns casos, pôde-se observar que muitos portadores de hipertensão e diabetes chegaram tarde aos grupos para participar apenas do momento da medida da pressão arterial e da transcrição da receita demonstrando falta de interesse em participar da atividade educativa.

Embora tenha sido possível perceber entre os profissionais que conduziam os grupos uma tentativa de suplantarem a forma tradicional de se realizar a educação em saúde, alguns profissionais apresentaram uma postura mais dialógica e problematizadora, conduzindo mais efetivamente os usuários à participação e à reflexão.

A fala de um dos profissionais que conduzia os grupos surpreendeu quando este afirmou que os pacientes não devem fazer uso de determinada medicação ou modificar hábitos de vida simplesmente porque foram orientados pelo médico. Disse que eles deveriam sempre perguntar o por que, buscar compreender e tomar parte de tudo o que acontece. Além disso, apontou como objetivos dos grupos promover o conhecimento dos participantes entre si e entre a equipe, conversar sobre seus problemas e buscar soluções conjuntas para eles. A atitude desse profissional caracteriza o reconhecimento do direito e da capacidade dos usuários para assumirem o poder e participarem das decisões e ações voltadas à melhoria da sua qualidade de vida. Somente a partir desse reconhecimento e através da realização de uma prática educativa dialógica e problematizadora que favoreça a criação de uma consciência crítica por parte dos educandos é possível promover saúde e favorecer o *empowerment* individual e coletivo.

Ao se referir à importância e à necessidade da realização de atividades físicas, outro profissional ressaltou que estas devem ser realizadas com prazer. Afirmou que existem coisas que não gostamos de fazer, mas que são necessárias e que se deve buscar uma melhor forma para fazê-las. Quanto à alimentação, destacou que as pessoas não precisam deixar de comer o que gostam, mas que devem evitar o excesso. O fato do profissional não colocar essas orientações de forma impositiva e prescritiva também denota uma prática mais dialógica.

Outro fato importante foi o relato de alguns profissionais durante o grupo sobre sua saúde e suas dificuldades e seus esforços para modificar hábitos de vida. A partir do momento em que o profissional também conta suas experiências e se coloca como um ser humano que também possui problemas e dificuldades para superá-los, pode-se facilitar as trocas inter-pessoais e fazer com que os participantes se identifiquem com o ele, favorecendo a formação do vínculo.

Outro momento que merece ser destacado foi quando, num dos grupos, um participante relatou um problema familiar que estava lhe afligindo e que com certeza estaria contribuindo para elevar sua pressão arterial, mostrando-se muito emocionado. Os outros participantes e o profissional que conduzia o grupo se mostraram sensibilizados e o consolaram, sendo que alguns relataram problemas semelhantes. Entretanto, passada a fala do usuário retomou-se o assunto anterior e o seu conteúdo não foi explorado para permitir um maior aprofundamento da discussão. Segundo Valla (2000a apud Silva, 2008) é comum durante as práticas educativas realizadas nos serviços de saúde, solicitar-se a fala dos usuários. Porém, apesar de acreditar na

importância da intervenção, os profissionais a consideraram sem valor para o desenvolvimento do tema.

A temática do envelhecimento saudável foi levantada em dois grupos. O tratamento da hipertensão foi colocado com uma necessidade para que se possa envelhecer com qualidade de vida, ser feliz e independente, tendo como foco a saúde e não a doença. Os participantes também levaram conteúdos diferentes para os grupos, a maioria relacionada às dificuldades encontradas para modificar hábitos de vida. Questões estruturais como a violência, o desemprego e a falta de recursos financeiros também foram levantadas pelos usuários e foram apontadas como fatores que dificultavam o controle da hipertensão arterial. Nesses casos, os profissionais colocaram algumas soluções possíveis, mas sem explorar mais profundamente essas questões. Justamente nesses momentos seria possível desviar o foco da dimensão individual e abordar a dimensão coletiva que influencia no processo saúde-doença-cuidado e que pode ser a distinção entre as práticas preventivas e as de promoção da saúde.

Conforme afirma Assis (2004), através da abordagem crítica e problematizadora dos aspectos políticos, econômicos e ideológicos é que pode ser possível caminhar para a construção de uma consciência crítica. A partir da construção conjunta de conhecimentos entre educadores e educandos possibilita-se a superação da visão limitada que culpabiliza os indivíduos pelo processo de adoecimento e que permite a atuação sobre os determinantes sociais.

5.4) O autocuidado

Orem (2001, apud Caldas, 2006) define o autocuidado como uma contribuição constante do indivíduo para a sua própria existência. Segundo a autora, é uma conduta necessária em situações concretas de vida que as pessoas dirigem para si, para os outros ou para o ambiente com o intuito de regular fatores que interferem no seu desenvolvimento e funcionamento visando beneficiar sua vida, saúde ou bem-estar. É uma atividade que pode ser aprendida pelos indivíduos e que deve ser orientada para um objetivo que, quando atingido, ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento, contribuindo para o desenvolvimento humano.

O conceito de autocuidado reforça a participação ativa dos indivíduos no cuidado com a própria saúde, coincidindo com os objetivos da promoção da saúde que tem como um de seus campos vitais o reforço ao desenvolvimento de habilidades pessoais (OMS, 1986). Quando as pessoas se envolvem no seu tratamento os resultados

são melhores do que quando atitudes paternalistas são tomadas por parte dos profissionais de saúde. Para atuarem no sentido de promover a saúde e favorecer o autocuidado, os profissionais devem considerar a motivação dos indivíduos para exercê-lo e modificarem hábitos e comportamentos assumindo atitudes mais saudáveis (Caldas, 2006).

Partindo da compreensão de que as ações de educação em saúde devem promover o empowerment coletivo e individual e que este último passa pelo favorecimento do autocuidado pelos indivíduos, foi perguntado aos entrevistados se eles consideravam que os participantes dos grupos possuíam autonomia para realizarem o autocuidado e quais eram as dificuldades relatadas por eles para a sua realização. A grande maioria dos entrevistados respondeu que os participantes possuem autonomia, apenas um afirmou que não. Em relação às dificuldades relatadas, as respostas foram diversas.

“[...] a gente vê dois tipos de pacientes: um paciente que começa a se apropriar mesmo do que é hipertensão arterial e quais os fatores de risco que podem influenciar nessa doença e outros pacientes que não se preocupam com ela. Que ignoram, sublimam, negam até mesmo, em alguns momentos que tem hipertensão arterial. E esse autocuidado parte um pouquinho da percepção que essa pessoa tem da própria doença. E são fases que vão se alternando no processo de saúde das pessoas. Alguns momentos aquele usuário tá mais ativo em relação à sua doença, se cuida melhor, tá sempre procurando aferir sua pressão, tá sempre tomando seu remédio de maneira organizada, não deixa remédio faltar, fazendo suas consultas periódicas, em outros momentos esse mesmo usuário tá tratando essa patologia de outra maneira. São ciclos que acontecem nesse processo de adoecer e de fatores de risco” (M1).

A fala acima vem ao encontro da argumentação de Herey (1990 apud Vieira, 2004) que destaca que a convivência com uma doença crônica envolve escolhas, nem sempre possíveis de serem definidas pela própria pessoa para orientar o empenho no seu enfrentamento. Segundo o autor, essas possibilidades e mecanismos utilizados para a solução de problemas não podem ser classificadas como boas ou ruins, já que podem, muitas vezes, atuar no sentido de prover bem-estar psicológico naquele determinado momento, mesmo que não sejam as melhores em longo prazo. Além disso, o autor destaca que essas escolhas podem funcionar para manter certo controle e elevar o autoconceito com o objetivo de fugir do problema de forma imediata, desconsiderando as informações e as conseqüências futuras das suas atitudes.

De forma semelhante, para Morris (1998 apud Vieira, 2004) a doença é fundamentalmente biocultural e pode ser interpretada como uma ruptura e uma ameaça à saúde e à vida. Isso pode fazer com que ela seja “*vivenciada diariamente e lembrada a cada consulta, exame, tomada de remédios e limitações alimentares, transformando-se em uma permanente experiência de padecimento*” (p. 55). A falta de cuidados por parte do paciente frente à doença pode ser o reflexo de uma atitude de negação. Portanto, ao lidar com essas situações, os profissionais devem apreendê-la de forma ampla e abordá-la de forma integral, tratando não apenas a doença, mas cuidando do sujeito que carrega consigo todas essas dificuldades.

Segundo Orem (1995 apud Landeros-Olvera et al, 2004), o fator que mais influencia positivamente no desenvolvimento das capacidades e habilidades para o desenvolvimento do autocuidado em pessoas adultas é a percepção que elas possuem das alterações na sua saúde. O fato da hipertensão ser, na maioria das vezes, uma doença “silenciosa” pode influenciar negativamente na assunção de práticas de autocuidado, conforme já discutido anteriormente.

Os relatos de alguns profissionais apontaram para a importância da família como um fator determinante do autocuidado: “*tem aqueles também que às vezes a família não ajuda, então vivem sozinhos*”, “*Exceto aqueles muito idosos que precisam ter auxílio, aqueles que moram só que precisam do auxílio da gente, às vezes acaba ficando dependente da gente*”. A falta de suporte social ao idoso pode ser um fator que impede ou dificulta a realização do autocuidado, principalmente quando este vivencia algum déficit na sua capacidade funcional.

Ainda em relação à família, outro entrevistado aponta a necessidade da sua participação para favorecer o autocuidado entre os pacientes: “*Eu acho que falta, apesar de ter autonomia, eu acho que o acompanhamento da família, da própria equipe de saúde, essa coisa, pra tá incentivando, pra tá resgatando um pouco que se perdeu nesse lado de autocuidado mesmo é importante [...]*” (M2). Pelo fato do tratamento da hipertensão arterial cursar com a necessidade da modificação de hábitos de vida, a família possui importância fundamental nesse processo à medida em que os hábitos, em geral, são compartilhados pelos seus membros. A alimentação, por exemplo, é extremamente influenciada pela sociedade em que o indivíduo vive, sendo uma característica da cultura de determinado grupo (Maciel, 2001 apud Silva, 2008). A conscientização de toda a família sobre a importância e a necessidade da modificação de hábitos alimentares e a sua participação nesse processo, além de facilitar a adesão ao tratamento do membro hipertenso, pode prevenir o seu desenvolvimento nos membros

saudáveis. Portanto, a participação de outros membros da família deve ser estimulada pela equipe uma vez que pode favorecer a adoção de hábitos de vida mais saudáveis e a melhoria da qualidade de vida de todo o grupo.

Apenas um dos profissionais afirmou que os usuários não possuem autonomia para autocuidado: *“Ainda não. Eu acho que essa área que eu estou, principalmente, essa área ainda tem muita dependência. Por mais que você explique, que você problematize, em vez de dizer o quê que eles deveriam fazer, a gente pergunta o quê que eles acham que deveriam fazer, junta o que eles gostariam de fazer e a necessidade mesmo e a gente chega num consenso. Então eu acho que essa lógica acaba incentivando a exercer o autocuidado. Tem assim, uns três a cinco casos dentro de todos que eu tenho, que conheço que fazem o autocuidado perfeitamente. Agora assim que pesa, já sabe o quanto que tem que emagrecer, já sabem o quanto que tem que melhorar. Agora, a grande maioria não tem essa noção e também não está aberto, agora, ainda pra aprender, pra discutir autocuidado”* (E2).

De acordo com Caldas (2006), para a promoção da saúde e facilitação do autocuidado, os profissionais devem abrir mão do poder e *status* tradicionalmente conferidos a eles para dar lugar a uma relação aberta e horizontal, na qual as decisões sobre o tratamento são construídas conjuntamente entre pacientes e profissionais, conforme fica explicitado no relato anterior. Entretanto, a autora ressalta que o desejo de negociar e compartilhar as escolhas é uma questão de escolha pessoal e de experiências prévias que requerem uma atitude flexível por parte dos profissionais.

Em relação às dificuldades relatadas pelos usuários para exercer o autocuidado o mesmo profissional relata: *“Muitas não tem nem resposta. Acham que quem tem que fazer somos nós mesmos. A minha comunidade é muito imediatista, eles vêm quando o remédio já tem dois ou três dias que acabou. É uma comunidade assim, que se tiver o que comer vai comer, não quer nem saber, tem remédio é pra tratar. [...] Eles não tem justificativa porque que não fazem o autocuidado, enquanto tiver alguém fazendo por eles, eles não vão fazer. Mas é algo que a equipe está trabalhando o máximo possível pra tentar despertar isso neles ou criar isso neles”* (E2).

Parissopoulos & Kozabassaki (2004 apud Caldas, 2006) afirmam que os indivíduos podem precisar de ajuda para enxergarem-se como agentes de autocuidado, compreenderem a importância de seus atos e aperfeiçoarem suas habilidades. Para os autores, a responsabilidade e o autocuidado estão diretamente relacionados, sendo o último, não uma atividade instintiva, mas uma atividade que se dá racionalmente como resposta a uma necessidade conhecida e que é aprendido através das relações

interpessoais. Existem vários fatores que influenciam no processo de autocuidado, como valores sócio-culturais, nível educacional, recursos comunitários e outras formas de suporte social. Todos esses fatores devem ser considerados ao se desenvolver práticas educativas com o objetivo de promover saúde e facilitar o autocuidado. O conhecimento da população adscrita por parte dos profissionais da equipe deve ser uma premissa para a sua atuação para que se possa compreender os fatores que geram essa dificuldade e buscar atuar sobre eles.

Os determinantes sociais foram apontados como fatores que não permitiam o autocuidado por parte dos pacientes: *“E a própria questão mesmo das pessoas não terem liberdade de poderem fazer o que decidirem para sua própria vida, isso é muito marcante. Se determinada pessoa na área decidir fazer atividade física, vários serão os limitadores pra que ela não consiga fazer: a questão da segurança, a questão do próprio espaço físico, de habitação, a questão financeira que é uma questão importante da área, a liberdade dessas pessoas em influenciarem na própria saúde é muito restrita. Elas não têm uma liberdade poder decidir ou diminuir hábitos de vida, de melhorar seus hábitos de vida e reduzir fatores de risco”* (M1). A violência, mais uma vez, também foi destacada como um fator impeditivo para a realização do autocuidado.

Outro profissional levantou a questão da falta de motivação pessoal para exercer o autocuidado: *“Muitos falam a questão de tempo, a questão de ânimo né? [...] A questão também da perspectiva né? A partir do momento que a pessoa tá desiludida, tá desanimada, sem perspectiva ela não cuida dela”* (M2). Chinn et al. (1999 apud Assis, 2004), em seu estudo que avaliou as barreiras para a realização de atividade física de acordo com o *status* econômico e as suas implicações para a promoção da saúde, sugeriu que as pessoas que relatam a existência de barreiras apenas “externas”, como a falta de recursos financeiros ou de acesso a transporte, são mais propensas a realizar mudanças do que aquelas que referem barreiras “internas” como a falta de motivação e de tempo. Sendo assim, a criação de ambientes de suporte que favoreçam a adoção de hábitos saudáveis pode um fator determinante para a facilitação do autocuidado pelas pessoas.

A percepção da dificuldade de realizar a educação em saúde com indivíduos adultos que são possuidores de conhecimento e promover mudanças em hábitos de vida fica expressa na fala a seguir: *“Eu acho que trabalhar a hipertensão é um grande desafio porque é uma doença de adultos [...] e você tem que trabalhar com as vontades. Então é como eu falei, se ela [a comunidade] tem as suas opiniões formadas [e] coloca algumas tradições, algumas culturas na frente das propostas que embarreiram a nossa*

entrada. Mas com jogo de cintura da equipe, eu acho que ela tem que ser bem tranqüila e tem que ser feita muita calma. Eu acho que pra gente estar mudando estilos de vida, hábitos de vida e estimulando o autocuidado com essa idade é algo que tem que ser com muita calma, com muita certeza, com sentimentos agradáveis pra que você possa dar continuidade” (E2).

Conforme expresso no trecho acima, devemos ter em mente que para intervir nos comportamentos de indivíduos adultos deve-se partir de suas perspectivas, percepções e possibilidades. Apenas assim será possível auxiliá-los na definição de opções que sejam factíveis, contribuindo para a reorganização do sentido para suas vidas - muitas vezes alterado em função da doença – e reduzindo, assim, os seus impactos para a saúde (Vieira, 2004).

Capítulo 6 - Considerações finais

Esse trabalho buscou estudar a incorporação do conceito de promoção da saúde no cuidado a pessoas portadoras de hipertensão arterial no cotidiano de um serviço de atenção primária à saúde no sentido de compreender como este vem reestruturando suas ações com o objetivo de favorecer um envelhecimento saudável e com qualidade de vida.

Diante das mudanças políticas, sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas da sociedade contemporânea, observa-se a inadequação do modelo biomédico hegemônico sustentado pela lógica da doença e da medicalização de todos os aspectos da vida dos indivíduos, inclusive de hábitos e comportamentos. Para abarcar a dimensão do cuidado, necessária para a prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas torna-se necessária uma verdadeira transformação de práticas nos serviços de saúde.

Ao realizarmos uma análise crítica da literatura sobre promoção da saúde, foi possível observar que, nas últimas décadas, houve um desenvolvimento crescente e uma reorientação das reflexões teóricas nesse campo de estudo. Entretanto, a partir das percepções dos profissionais entrevistados e da observação das práticas educativas realizadas no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, foi possível perceber que existem muitas dificuldades para a sua incorporação no cotidiano do serviço. Esperamos que esse estudo amplie a reflexão e o debate acerca da promoção da saúde no sentido de buscar caminhos e alternativas para a sua concretização nos serviços.

Apesar de CSE se diferenciar dos demais serviços de atenção primária por vir incorporando fortemente as premissas da promoção da saúde, pode-se afirmar que ainda existem obstáculos a serem superados para que ele se torne um centro de referência em promoção da saúde. A partir dos resultados dessa pesquisa foi possível perceber as dificuldades encontradas pelos profissionais para incorporar essas premissas e oferecer um cuidado integral às pessoas portadoras de hipertensão arterial. Sendo assim, delineamos algumas questões que podem servir para repensar as práticas realizadas e buscar soluções para essas dificuldades.

Primeiramente cabe destacar que a participação é um dos fatores que diferencia a promoção da saúde da prevenção de doenças e a distingue das práticas baseadas em condutas prescritivas voltadas à mudança de comportamentos. A participação deve objetivar o reforço da ação comunitária, favorecendo a adoção de estilos de vida saudáveis e estimulando a autonomia e o autocuidado por parte dos indivíduos. A partir

do relato dos profissionais percebemos que não existe uma busca por parte das equipes para promover a participação comunitária. Somente a partir do estabelecimento de parcerias com a comunidade e da intersectorialidade é possível promover a real participação dos usuários. As equipes de saúde da família deveriam buscar conhecer e se articular com as organizações existentes em nível local, favorecendo a participação das redes de apoio social e das famílias.

De uma forma geral, pode-se dizer que os sujeitos entrevistados percebem a existência de diversas barreiras (ambientais, políticas, culturais, sócio-econômicas e pessoais) que dificultam a prática do autocuidado pelos portadores de hipertensão arterial. Entretanto, foi observado através dos grupos que existe uma dificuldade desses sujeitos abordarem esses fatores durante a prática educativa. Embora haja reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença-cuidado, na prática essa dimensão é sublimada como se as questões aí presentes não deveriam ser tratadas no espaço dos serviços de saúde. Partindo da compreensão de que as práticas educativas devem basear-se no diálogo e na problematização para promover a criação de uma consciência crítica e favorecer o *empowerment* individual e coletivo, a não abordagem dos determinantes sociais impede que essas práticas sejam consideradas efetivamente como pertencentes ao âmbito da promoção da saúde.

Acreditamos que a dificuldade de adoção de uma postura mais horizontal e dialógica extrapola a questão individual, abrangendo além da postura profissional, a questão da formação desses profissionais. Uma grande dificuldade para que se efetive mudança no paradigma sanitário consiste na formação dos profissionais de saúde, responsáveis finais pela concretização das políticas de saúde no cotidiano dos serviços. A formação baseada no modelo flexneriano que ainda prevalece nos currículos dos cursos de graduação na área de saúde não favorece a formação de competências necessárias para a atuação na atenção básica e na estratégia de saúde da família. As práticas educativas observadas, calcadas no modelo tradicional de educação em saúde, são um reflexo dessa formação, uma vez que o próprio profissional é formado a partir do “bancarismo” e acaba reproduzindo essa concepção educativa no interior dos serviços.

Apesar do programa de saúde da família se constituir potencial *locus* favorável para a realização de ações baseadas na integralidade da atenção e no princípio dialógico da educação em saúde, essas potencialidades não garantem a substituição do modelo tradicional vertical e orientado para as doenças. É necessário que haja uma nova postura

dos profissionais, maior participação da comunidade e maior permeabilidade dos serviços às necessidades e demandas da população.

A capacitação dos profissionais de saúde é um aspecto fundamental para possibilitar a incorporação da promoção da saúde e da concepção dialógica de educação em saúde nos serviços. Durante a pesquisa, foi possível observar que existem grandes disparidades entre as ações educativas desenvolvidas pelas diferentes equipes, assim como entre os profissionais de uma mesma equipe no que diz respeito à adoção de uma postura mais dialógica e problematizadora. Acreditamos que a discussão e a troca de conhecimentos entre as equipes sobre os trabalhos que vêm sendo desenvolvidos poderão favorecer uma maior uniformidade dessas práticas, não com o objetivo de padronizá-las, mas no sentido de se aproveitar o que há de melhor em cada uma delas e garantir que elas se pautem efetivamente sob a lógica da promoção da saúde.

Os agentes comunitários de saúde são peças-chave para promover maior aproximação e troca de saberes entre serviço e comunidade. A partir do momento em que são os profissionais de nível superior que capacitam os agentes comunitários e que grande parte deles ainda adota uma postura vertical e autoritária diante dos pacientes, considerando seu conhecimento como superior ao popular e prescrevendo condutas e comportamentos, a tendência é que o ACS faça o mesmo e procure realizar a mediação entre os saberes através do convencimento. Portanto, a capacitação dos ACS deve ser realizada de forma a promover mudanças efetivas nessa relação, buscando a formação de uma consciência crítica em relação ao seu papel de intermediador entre saberes. Para isso, é necessário que os seus conhecimentos também sejam valorizados nesse processo de capacitação que deve ultrapassar a aquisição de conhecimentos técnico-científicos.

Em estudos posteriores seria importante abordar essa mesma questão sob o ponto de vista da pessoa portadora de hipertensão arterial com o objetivo de contribuir para o enriquecimento dessa discussão. Compreender a percepção dos usuários sobre a atenção prestada pelo serviço e as suas dificuldades para a realização do autocuidado poderá favorecer a criação de estratégias mais efetivas para a melhoria da qualidade da atenção.

Por fim, esperamos que a retorno desse trabalho para o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria e para seus profissionais contribua para que estes sigam se aperfeiçoando e caminhando no sentido de incorporar cada dia mais a promoção da saúde com o objetivo de garantir o direito à saúde e melhor qualidade de vida para a comunidade do Complexo de Manguinhos.

Bibliografia

Albuquerque, PC & Stotz, EN. A educação popular na atenção básica no município: em busca da integralidade. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.15, p.259-74, mar/ago 2004.

Alves, VS. Educação em Saúde e constituição de sujeitos: desafios ao cuidado no Programa de Saúde da Família. [Dissertação de mestrado – Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia]. Salvador, 2004.

Andrade, LOM; Barreto, ICHC; Fonseca, CD; Harzheim, E. A Estratégia de Saúde da Família. In: *Medicina Ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Duncan, BB.; Schmidt, MI.; Giugliani, E. et al. (org.). 3ª ed. Artmed, 2006.

Assis, M. Promoção da Saúde e Envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UNATI/UERJ. [Tese de doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz]. Rio de Janeiro, 2004.

Assis, M. Educação em saúde e qualidade de vida: para além dos modelos, a busca da comunicação. *IMS/UERJ. Estudos em Saúde Coletiva*, v. 169, 1998.

Bardin, L. *Análise de conteúdo*. 3ª ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

Barros, JPA. & Lehfeld, NAS. *Projeto de pesquisa: propostas metodológicas*. 16ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

Bonet, O. Educação em saúde, cuidado e integralidade. De fatos sociais totais e éticas. In: Pinheiro, R & Mattos, RA (org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006.

Borges, ED. Educação permanente em saúde: uma estratégia em construção para a gestão do programa de saúde da família do Centro de Saúde Escola Germano Sinal Faria. [Dissertação de mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz]. Rio de Janeiro, 2007.

Bornstein, VJ. O agente comunitário de saúde na mediação de saberes. [Tese de doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz]. Rio de Janeiro, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria nº. 678 de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Informes técnicos institucionais. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Revista de Saúde Pública, v. 35, n.6: 585-588, 2001b.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria nº. 1.395/GM. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.

Briceño-Leon, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, v. 12, n. 1: 7-30, jan-mar, 1996.

Brito, CB & Litvoc, J. Conceitos Básicos. In: Litvoc, J & Brito, FC. Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

Buck, C. Después de Lalonde: la creación de la salud. In: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington, D.C.: OPS, 1996.

Buss, PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM., (org.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.

Caldas, CP. O autocuidado na velhice. In: Freitas, EV et al (org.). Tratado de geriatria e gerontologia. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

Camarano, AA. et al. Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e acompanhamento de políticas. Brasília: Presidência da República, Subsecretaria de Recursos Humanos, 2005.

Camarano, AA & Pasinato, MT. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas, 2004. In: Camarano, AA (org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

Camarano, AA.; Kanso, S & Mello, TP. Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros? In: Camarano, AA (org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

Camargo Jr., KR. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: Pinheiro, R & Mattos, RA (org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

Campos, CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciência e saúde coletiva, v. 8, n.2: 569-584, 2003.

Carvalho, SR. Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2005.

Castiel, LD & Diaz, CAD. A saúde persecutória: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

Chaimowicz, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 2: 184-200, 1997.

Cecílio, LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Pinheiro, R & Mattos, RA (org.). 3ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

Coelho, EB. & Nobre, F. recomendações práticas para se evitar o abandono ao tratamento anti-hipertensivo. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 13, n. 1:51-54, 2006.

Costa, AM; Pontes, ACR & Rocha, DG. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: Pasche, DF & Hennington, EA. O sistema único de saúde e a promoção da saúde. In: Castro, A & Malo, M (org.). *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006.

Cruz Neto, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo, MCS (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 24ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

DATASUS. Informações de Saúde. Acessado em: fevereiro de 2007. Disponível em: www.datasus.gov.br

Delfino, MRR; Patrício, ZM; Martisn, AS & Silvério, MR. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n.4, p. 1057-66, 2004.

Donneys, MEC. Educación para la salud: aspectos metodologicos. *Educ. Med. Salud*, v. 25, n. 2: 194-202, 1991.

Engstrom, EM & Anjos, LA. Relação entre o estado nutricional materno e sobrepeso nas crianças brasileiras. *Revista de Saúde Pública*, v. 30, n. 3: 233-239, 1996.

Firmo, JOA; Uchôa, E & Lima-Costa MF. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 2: 512-521, 2004a.

Firmo, JOA; Uchôa, E & Lima-Costa MF. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n.4: 1029-1040, 2004b.

Freire, P. *Pedagogia do oprimido*. 44^a ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

Freire, P. *Educação como prática de liberdade*. 17^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

Fries, JF. Measuring and monitoring success in compressing morbidity. *Annals of Internal Medicine*, v. 139. n. 5: 455-459, 2003.

Fries, JF. Strategies for reduction of morbidity. *American Journal Clinical Nutrition*, v. 55: 1257-1262, 1992.

Gomes, MAM & Mion Jr., D. a relevância da monitorização residencial da pressão arterial – MRPA. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 10, n. 3: 183-187, jul-set, 2003.

Gomes, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo, MCS (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 24^a ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

Guimarães, RM. O envelhecimento: um processo pessoal? In: Freitas, EV et al (org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

Hartz, ZMA & Contandriopoulos, AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, sup. 2: 331-336, 2004.

Kalache, A; Abaderin, I; Hoskins, I. Compression of morbidity and active ageing: key priorities for public health policy in the 21st century. *Bulletin of The World Health Organization*, v. 80, n. 3, 2002.

Kalache, A; Veras, RP. & Ramos, LR. *O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo*. Revista de Saúde Pública, v. 21, n. 3: 200-210, 1987.

Keijzer, B. Los discursos de la educación y participación en salud: de la evangelización sanitaria al empoderamiento. In: Minayo, MCS (org.). *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

Landeros-Olvera, EA et al. Estimación de las capacidades de autocuidado para hipertensión arterial en una comunidad rural. *Rev. Enferm. IMSS*, v. 12, n. 4: 71-74, 2004.

Leavel, HR & Clark, EG. Níveis de aplicação da medicina preventiva. In: Leavel, HR & Clark, EG. *Medicina Preventiva*. Ed. MacGraw-Hill do Brasil, 1976.

Lima-Costa, MF, Guerra, HL, Barreto, SM & Guimarães, RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 9, n. 1: 23-41, 2000.

Lima, NT; Fonseca, CMO & Hochman, G. A saúde na construção do estado nacional do Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: Lima, NT; Gerschman, S; Edler, FC & Suárez, J M (org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: Opas: OMS, 2005.

Machado, MFAS et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (2): 335-342, 2007.

Marcondes, WB. *Participação Popular na Saúde pelos Caminhos da Prática Educativa*. [Tese de doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz]. Rio de Janeiro, 2007.

Mattos, RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R & Mattos, RA (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS, UERJ/ABRASCO, 2001.

Melo, HP. Avaliação de efetividade do programa de educação em saúde e mobilização social (PESMS) para a sustentabilidade as ações de saneamento financiadas pela FUNASA, em Nerópolis-GO. [Dissertação de mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz] Rio de Janeiro, 2005.

Meyer, DEE; Mello, DF; Valadão, MM & Ayres, JRMC. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, junho 2006.

Mion Jr, D; Silva, GV; Ortega KC; Nobre, F. a importância da medicação anti-hipertensiva na adesão ao tratamento. *Revista Brasileira de Hipertensão*, vol. 13, n.1: 55-58, 2006.

Minayo, MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: In: Minayo, MCS (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 24^a ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

Nações Unidas. Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento (Resolución 57/167). Madrid, Espanha, 2002.

Noronha, JC. Os rumos do Estado brasileiro e o SUS: a seguridade social como política pública da sociedade e do Estado. *Saúde e sociedade*, v. 14, n. 2, p. 31-38, mai-ago 2005.

OMS. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

OMS. Carta de Ottawa, 1986. Acessado em: fevereiro de 2007. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>

Oliveira, NLS. Avaliação participante de práticas educativas em saúde como dispositivo de gestão e de educação permanente. [Tese de doutorado – Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas]. Campinas, 2005.

Paim, JS. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Fleury, S (org.). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

Papaléo Netto, M. O Estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas, EV et al. (org.). Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

Pasche, DF & Hennington, EA. O sistema único de saúde e a promoção da saúde. In: Castro, A & Malo, M (org.). SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006.

Péres, DS; Magna, JM & Viana, LA. Portador de hipertensão arterial: crenças, percepções, pensamentos e práticas. Revista de Saúde Pública, v. 37, n. 5: 635-42, 2003.

Pedrosa, JIS. Planejamento e monitoramento das ações de educação em saúde através de indicadores de promoção da saúde: uma proposta. Rev. bras. saúde matern. infant., Recife, v. 1, n. 2: 155-165, mai-ago, 2001.

Pierin, AMG. Significado preditivo e prognóstico da medida residencial da pressão arterial. Revista Brasileira de Hipertensão, v. 10, n. 3: 183-187, jul-set, 2003.

Pinheiro, RS; Viacava, F; Travassos, C & Brito, AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 7, n. 4: 687-707, 2002.

Reis, INC & Vianna, MB. Proposta e análise de indicadores para a reorientação do serviço na promoção da saúde: um estudo de caso no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. Ciência & Saúde Coletiva, v.9, n. 3: 697-709, 2004.

Reis, INC (org.). Promoção da Saúde e reorientação do serviço: a experiência do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. In: Zancan, L; Bodstein, R & Marcondes, WB (org.). Promoção da Saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência de Manguinhos/ RJ. Rio de Janeiro: Abrasco/ Fiocruz, 2002.

Rodrigues, NC & Rauth, J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: Freitas, EV et al. (org.). Tratado de geriatria e gerontologia. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

Rodrigues, RAP et al. Política nacional de saúde do idoso e a contribuição da enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 16, n. 3: 536-545, 2007.

Sayeg, MA; Mesquita, RAV & Costa, NE. Políticas públicas de saúde para o envelhecimento. In: Freitas, EV et al. (org.). Tratado de geriatria e gerontologia. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

Santos, LM; Da Ros, MA; Crepaldi, MA & Ramos, LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 2: 346-52, 2006.

Santos, NR. desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização de rumos. *Ciência e saúde coletiva*, v. 12, n. 2: 429-435, 2007.

Silva, CM. Atendimento em grupo na estratégia de saúde da família: uma análise da prática educativa com grupos de hipertensos. [Dissertação de mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz]. Rio de Janeiro, 2008 (mimeo).

Silveira, SRP. Parâmetros metabólicos e inflamatórios em uma população de idosas portadoras e não portadoras da síndrome metabólica. [Dissertação de mestrado – Universidade Católica de Brasília]. Brasília, 2007.

Sociedade Brasileira de Hipertensão. III Consenso brasileiro de hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Cardiologia*, v.1: 1:92-133, 1998.

Soranz, D et al. Atenção primária e sua relação com a saúde: relatório do 1^o trimestre/2005 Equipe de Saúde da Família do Parque Oswaldo Cruz/Manguinhos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ / ENSP / CSEGSF / Equipe de Saúde da Família do Parque Oswaldo Cruz, 2005.

Souza e Silva, NA & Maldonado, C. A necessidade de mudança nas estratégias de intervenção para controlar a hipertensão arterial. *Revista da SOCERJ*, v. 8, n. 1: 65-76, 2003.

Stotz, EA. Enfoques sobre a educação e saúde. In: Valla, VV & Stotz, EN (org.). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p. 13-22.

Terris, M. Conceptos de la Promoción de la salud: dualidades de la teoria de la salud publica. In: Organización Panamericana de la salud. *Promoción de la salud: una antología*. Publicación Científica n. 557, Washington D.C.: OPS, 1996.

Teixeira, CF. Promoção da Saúde e o SUS: um diálogo pertinente. In: Castro, A & Malo, M (org.). *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006.

Torres, HC; Hortale, VA; Schall, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 4: 1039-47, 2003.

Toscano, CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 4: 885-895, 2004.

Travassos, C; Viacava, F; Pinheiro, R & Brito, A. Utilização de serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 11, n. 5-6: 365-373, 2002.

Vasconcelos, EM. *educação popular e a atenção à saúde da família*. 3ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

Veras RP. Envelhecimento humano: ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. In: Freitas, EV et al. (org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

Veras, RP. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, v. 19, n. 3, 2003.

Veras, RP. País jovem de cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará:UERJ, 1994.

Vieira, VA. Narrativas sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus e os sentidos nelas produzidos por pessoas atendidas em grupos de aconselhamento. [Tese de doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz]. Rio de Janeiro, 2004.

Westphal, MF, 2006. *Promoção da saúde e prevenção de doenças*. In: Campos, GWS.; Minayo, MCS; Akerman, M; Drumond JM; Carvalho, YM. (org.). Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec, Editora Fiocruz, 2006.

Anexos

Anexo 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O COORDENADOR DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1) Dados pessoais:

Nome:

Data de nascimento:

Telefone:

Formação profissional:

Ano de conclusão:

Pós-graduação:

Ano de conclusão:

Formação prévia para atuar na estratégia de saúde da família:

Ano de conclusão:

Carga horária:

Há quanto tempo coordena a equipe de saúde da família:

2) Perguntas:

➤ Quais as ações desenvolvidas junto às pessoas portadoras de hipertensão arterial no sentido de tratamento e prevenção de agravos aqui no CSEGSF?

➤ Como essas ações são organizadas?

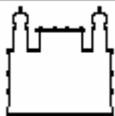
➤ Que fatores podem contribuir para que as metas de controle da hipertensão arterial do CSE não estejam sendo alcançadas?

➤ Quais as estratégias utilizadas visando superar essas dificuldades?

➤ Quais as ações intersetoriais desenvolvidas pelo CSE que contribuem para o controle da hipertensão arterial?

➤ Existe uma articulação entre os diferentes projetos e programas do CSE visando o controle da hipertensão arterial?

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Coordenador das equipes



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “A Promoção da saúde como um caminho para o envelhecimento ativo: análise das estratégias de controle da hipertensão arterial”. Esta pesquisa está sendo desenvolvida por Carolina Rocha Aquino González como parte de sua dissertação de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública. O objetivo geral deste estudo é analisar as estratégias de controle da hipertensão arterial e de prevenção das suas complicações desenvolvidas na atenção primária à saúde, à luz dos paradigmas da promoção da saúde e do envelhecimento ativo.

Você foi selecionado para participar dessa pesquisa pelo fato de coordenar as Equipes de Saúde da Família e, por conseguinte, ter uma visão mais abrangente das ações implantadas na Instituição.

Você responderá a algumas perguntas sobre promoção da saúde, hipertensão arterial e estratégias de controle dessa patologia. Em nenhuma hipótese os nomes dos participantes serão divulgados. Essa entrevista será gravada e posteriormente transcrita para que seja realizada a análise dos dados. Após a transcrição esse material será destruído.

Gostaríamos de deixar claro que você poderá se recusar a participar da pesquisa em qualquer momento, sem penalização ou prejuízo para quem quer que seja. Durante a entrevista, você poderá se recusar a responder qualquer pergunta que, porventura, venha a lhe causar algum constrangimento. Serão garantidos o sigilo e a privacidade das informações, de forma que, na divulgação dos resultados, seus dados de identificação serão ocultados.

Sua participação é voluntária e não trará nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer outra natureza.

Você receberá uma cópia deste Termo de Consentimento no qual consta o telefone da pesquisadora, podendo, através dele, tirar dúvidas sobre o andamento da pesquisa e/ou retirar sua participação da pesquisa.

Carolina Rocha Aquino González (Pesquisadora)

Carolina Rocha Aquino González

R. Leopoldo Bulhões, 1480 – 7º andar - sala 708 – Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ

Tel: (21) 2598-2594 e-mail: crag1980@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa

R. Leopoldo Bulhões, 1480, sala 314 – Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ

Tel: (21) 2598-2570

Confirmando ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2007.

Assinatura do participante

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS

1) Dados pessoais:

Nome:

Data de nascimento:

Telefone:

Formação profissional:

Ano de conclusão:

Pós-graduação:

Ano de conclusão:

Formação prévia para atuar na estratégia de saúde da família:

Ano de conclusão:

Carga horária:

Tempo de atuação na equipe de saúde da família:

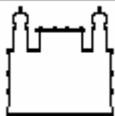
2) Perguntas:

- Para você, o que é Promoção da Saúde?
- Na sua opinião, quais os principais fatores que concorrem para a hipertensão arterial na comunidade?
- Qual a estratégia de captação dos hipertensos?
- Quais as ações intersetoriais desenvolvidas pelo CSE que contribuem para o controle da hipertensão arterial?
- Existe uma articulação entre os diferentes projetos e programas do CSE visando o controle da hipertensão arterial?
- Que fatores podem contribuir para que as metas de controle da hipertensão arterial do CSE não estejam sendo alcançadas?
- Quais as estratégias utilizadas visando superar essas dificuldades?
- De maneira geral, como são escolhidos os temas dos grupos educativos voltados aos hipertensos?
- Ocorre uma participação ativa dos usuários durante a realização dos grupos? Se não,

por que você imagina que esta falta de participação acontece?

- Os problemas da vida cotidiana desses usuários aparecem nos grupos?
- Como esses problemas são trabalhados durante o grupo?
- Na sua opinião, os participantes possuem autonomia para lidar com o autocuidado na vida cotidiana?
- Quais as dificuldades que essas pessoas relatam para exercer o autocuidado?

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais de Saúde



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “A Promoção da saúde como um caminho para o envelhecimento ativo: análise das estratégias de controle da hipertensão arterial”. Esta pesquisa está sendo desenvolvida por Carolina Rocha Aquino González como parte de sua dissertação de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública. O objetivo geral deste estudo é analisar as estratégias de controle da hipertensão arterial e de prevenção das suas complicações desenvolvidas na atenção primária à saúde, à luz dos paradigmas da promoção da saúde e do envelhecimento ativo.

Você foi selecionado para participar dessa pesquisa por ser um profissional do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria envolvido no cuidado aos portadores de hipertensão arterial.

Você responderá a algumas perguntas sobre promoção da saúde, hipertensão arterial e estratégias de controle dessa patologia. Em nenhuma hipótese os nomes dos participantes serão divulgados. Essa entrevista será gravada e posteriormente transcrita para que seja realizada a análise dos dados. Após a transcrição esse material será destruído.

Gostaríamos de deixar claro que você poderá se recusar a participar da pesquisa em qualquer momento, sem penalização ou prejuízo para quem quer que seja. Durante a entrevista, você poderá se recusar a responder qualquer pergunta que, porventura, venha a lhe causar algum constrangimento. Serão garantidos o sigilo e a privacidade das informações, de forma que, na divulgação dos resultados, seus dados de identificação serão ocultados.

Sua participação é voluntária e não trará nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer outra natureza.

Você receberá uma cópia deste Termo de Consentimento no qual consta o telefone da pesquisadora, podendo, através dele, tirar dúvidas sobre o andamento da pesquisa e/ou retirar sua participação da pesquisa.

Carolina Rocha Aquino González (Pesquisadora)

Carolina Rocha Aquino González

R. Leopoldo Bulhões, 1480 – 7º andar - sala 708 – Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ

Tel: (21) 2598-2594 e-mail: crag1980@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa

R. Leopoldo Bulhões, 1480, sala 314 – Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ

Tel: (21) 2598-2570

Confirmo ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2007.

Assinatura do participante

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Equipe:

Coordenadores:

Tema do grupo:

Número de participantes:

Local:

Data:

Horário:

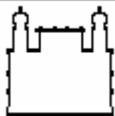
Duração:

I- Sobre o grupo e os coordenadores:

1. Integração entre os participantes:
2. Interesse pelo trabalho:
3. Participação no grupo:
4. Momentos fortes do encontro:
5. Dificuldades encontradas:
6. Conteúdo trazido pelo grupo:
7. O que surpreendeu, o que o grupo trouxe de novo (contradições):
8. Como os coordenadores lidaram com essa situação:
8. O que mais chamou a minha atenção:

Anexo 3.1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Participantes dos grupos



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “A Promoção da saúde como um caminho para o envelhecimento ativo: análise das estratégias de controle da hipertensão arterial”. Esta pesquisa está sendo desenvolvida por Carolina Rocha Aquino González como parte de sua dissertação de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública. O objetivo geral deste estudo é analisar as estratégias de controle da hipertensão arterial e de prevenção das suas complicações desenvolvidas na atenção primária à saúde, à luz dos paradigmas da promoção da saúde e do envelhecimento ativo.

A pesquisadora acompanhará a realização desse grupo educativo para obter informações sobre a realidade desses grupos. Em nenhuma hipótese os nomes dos participantes serão divulgados.

Gostaríamos de deixar claro que você poderá se recusar a participar da pesquisa em qualquer momento, sem penalização ou prejuízo para quem quer que seja. Serão garantidos o sigilo e a privacidade das informações, de forma que, na divulgação dos resultados, seus dados de identificação serão ocultados.

Sua participação é voluntária e não trará nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer outra natureza.

O coordenador do grupo ficará com uma cópia deste Termo de Consentimento com a assinatura de todos os participantes, no qual consta o telefone da pesquisadora, podendo, através dele, tirar dúvidas sobre o andamento da pesquisa e/ou retirar sua participação da pesquisa.

Carolina Rocha Aquino González (Pesquisadora)

Carolina Rocha Aquino González

R. Leopoldo Bulhões, 1480 – 7º andar - sala 708 – Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ

Tel: (21) 2598-2594

E-mail: crag1980@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa

R. Leopoldo Bulhões, 1480, sala 314 – Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ

Tel: (21) 2598-2570

Confirmo ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2007.

Assinatura dos participantes

Características Gerais dos Entrevistados

Entrevista 1:

Coordenador das equipes (características não divulgadas em virtude de preceitos éticos).

Entrevista 2:

Enfermeira, sexo feminino, 5 anos de experiência em PSF, dos quais 2 são no CSE.
Especialista em educação em saúde.

Entrevista 3:

Médico, sexo masculino, 28 anos, 2 anos e 6 meses de experiência em PSF no CSE.
Especialista em terapia intensiva e saúde pública. Mestrando em saúde pública.

Entrevista 4:

Agente comunitário de saúde, sexo feminino, 51 anos, há 2 anos e 8 meses na equipe.

Entrevista 5:

Enfermeiro, sexo masculino, 32 anos, 8 anos de experiência em PSF, dos quais 3 são no CSE.
Especialista em enfermagem e promoção da saúde. mestrando em saúde integrada da criança e do adolescente.

Entrevista 6:

Enfermeira, sexo feminino, 32 anos, 5 anos de experiência em PSF no CSE.
Especialista em pediatria.

Entrevista 7:

Agente comunitário de saúde, sexo feminino, 39 anos, há 6 anos na equipe.

Entrevista 8:

Agente comunitário de saúde, sexo masculino, 30 anos, há 2 anos e 9 meses na equipe.

Entrevista 9:

Médico, sexo masculino, 28 anos, 3 anos de experiência em PSF, dos quais 6 meses são no CSE.

Não possui pós-graduação.

Entrevista 10:

Médico, sexo masculino, 61 anos, 2 e 6 meses de experiência em PSF, dos quais 4 meses são no CSE.

Livre docente em medicina.