

## Artigos Originais

# Planejamento educativo para um grupo que vivencia a hipertensão arterial sistêmica segundo a Abordagem Dialógica

*Education planning for a group that experience hypertension for dialogical approaches*

**Mariana Paula de Souza<sup>1</sup>**

**Elton Carlos de Almeida<sup>2</sup>**

**Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Enfermeira, Centro de Universitário de Maringá (CESUMAR), Maringá, PR - Brasil

<sup>2</sup> Enfermeiro, Mestrando, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP), Ribeirão Preto, SP - Brasil

<sup>3</sup> Enfermeira, Doutora em Ciências, Professora Adjunta, Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá, PR - Brasil

**RESUMO** - O objetivo desse estudo foi apresentar os hábitos de vida e as percepções sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica que os idosos cadastrados no Programa Nacional de Controle e Acompanhamento da Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus de uma equipe de saúde da família possuíam, relatando nossa experiência na elaboração de uma proposta educativa dialógica voltada para essa demanda temática. Tratou-se de um relato de experiência, sob abordagem qualitativa de investigação, que se utilizou da pesquisa-ação para o levantamento do universo temático e planejamento educativo pautado na dialogicidade proposto por Freire. O levantamento dos dados foi através de entrevista individual por meio de um formulário contendo 15 questões sobre informações socioeconômicas, hábitos de vida e percepção sobre a hipertensão arterial sistêmica. A respeito da percepção sobre a doença, identificamos 3 classes temáticas: os sintomas da doença percebidos e a dificuldade em percebê-los; a explicação para a origem da doença; a incompreensão da doença. Quanto às necessidades de educativas, na perspectiva dos participantes, houve postura de passividade. No que se refere às propostas educativas, foram elaboradas 3 propostas de ação, apoiadas na dialogicidade, discutidas com a equipe de saúde. Esperamos que este trabalho possa abrir novos horizontes da educação e saúde, permitindo que se construam novas possibilidades de ações educativas junto aos portadores de hipertensão arterial sistêmica, não permitindo que sejam reduzidos a sua doença nos momentos educativos, mas que possam ser voltadas à valorização da vida, partindo de suas vivências e perspectivas.

**Palavras-Chave:** Hipertensão, Esgotamento Profissional, Educação em Saúde.

**ABSTRACT** - The objective of this study was present the habits and perceptions about hypertension that older registered in the Programa Nacional de Controle e Acompanhamento da Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus of a family health team had, reporting our experience in developing an educational approach aimed dialogical theme for this demand. It was an experience report, a qualitative approach to research, which used action research to survey the thematic universe and guided educational planning in the dialogue proposed by Freire. Data collection was through individual interviews using a form containing 15 questions about socioeconomic information, lifestyle and perception of hypertension. Regarding the perception of the disease, we identified three thematic classes: disease symptoms and perceived difficulty in perceiving them; the explanation for the origin of the disease; the misunderstanding of the disease. The educational needs from the perspective of participants, there was passive posture. With regard to educational proposals were drawn up three proposals for action, supported by the dialogical, discussed with the health team. We hope that this work may open new horizons of education and health, allowing them to build new educational opportunities to individuals with systemic hypertension, not allowing them to be reduced to teachable moments in his illness, but can be focused on enhancing the life, from his experiences and perspectives.

**Keywords:** Hypertension, Burnout Professional, Health Education.

## 1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade<sup>1</sup>, atingindo aproximadamente 20% dos adultos<sup>2</sup> e mais de 50% dos idosos<sup>3</sup>. É caracterizada pela persistência de níveis de pressão arterial acima dos arbitrariamente definidos como normalidade<sup>2,4</sup>. Trata-se um dos principais fatores de risco para outras doenças cardiovasculares<sup>4</sup>, pois atua diretamente na

parede das artérias, podendo produzir lesões, sendo responsável por acidente vascular encefálico, infarto

**Autor correspondente**

**Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera**

Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem - UEM.

Av. Colombo - Jd Universitário

CEP: 87050-390 - Maringá, PR - Brasil

Telefone: (44) 30114815 Ramal: 4513

E-mail: [vanessadenardi@hotmail.com](mailto:vanessadenardi@hotmail.com)

Artigo encaminhado 11/11/2011

Aceito para publicação em 11/03/2012

agudo do miocárdio, insuficiência renal crônica e aposentadorias precoces, além de significar um custo de 475 milhões de reais gastos com 1,1 milhão de internações por ano<sup>1</sup>, tornando a doença tanto uma prioridade como desafio para a saúde pública.

Dentre as políticas públicas para o controle dessa doença, a educação em saúde tem sido apontada como uma das formas para estimular a adesão ao tratamento. No entanto, para que o processo educativo seja eficaz é necessário se compreender que seu objetivo principal é dotar as pessoas de um senso crítico para a decisão livre e autônoma<sup>5</sup>, sendo um processo ainda mais complexo quando envolve pessoas idosas.

A educação em saúde é um processo dinâmico que busca a capacitação dos indivíduos e/ou grupos em busca da melhoria das condições de saúde da população<sup>5</sup>. Ressalta-se que nesse processo as pessoas têm a opção de aceitar ou rejeitar as novas informações, podendo também, adotar ou não novos comportamentos frente aos problemas de saúde.

Esse contexto da educação em saúde infere que não basta apenas orientar o seguimento de normas recomendadas de como obter mais saúde e evitar doenças, e sim realizar a educação em saúde num processo que estimule o diálogo, a indagação, a reflexão, o questionamento e a ação partilhada, estabelecendo um ato de criar e transformar<sup>6</sup>. Dessa forma, assumimos que a ação educativa, precisa ser de fato emancipatória, pautada nas reais situações-limites e temas geradores dos envolvidos, favorecendo a autonomia através da dialogicidade, já que as pessoas se educam mediatizadas pelo mundo<sup>7</sup>.

Diante da problemática que envolve o hipertenso e as práticas educativas, elaboramos este trabalho que teve por objetivo apresentar os hábitos de vida e as percepções sobre HAS que os idosos cadastrados no Programa Nacional de Controle e Acompanhamento da Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus (HIPERDIA) de uma equipe de saúde da família possuíam, relatando nossa experiência na elaboração de uma proposta educativa dialógica voltada para essa demanda temática.

## 2. METODOLOGIA

Este trabalho situa-se como relato de experiência, sob abordagem qualitativa de investigação, que se utilizou da pesquisa-ação para o levantamento do universo temático e planejamento educativo pautado na dialogicidade proposto por Freire.

A população-alvo foi os idosos diagnosticados com HAS cadastrada no Programa Nacional de Controle e Acompanhamento da Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus (HIPERDIA) frequentadores das reuniões trimestrais de uma das microáreas de uma equipe de saúde da família de uma cidade do noroeste do estado do Paraná- Brasil. Delimitamos essa equipe por ser aquela que realizava as reuniões trimestrais de forma sistemática. Cumpre destacar que essa equipe de saúde é responsável por uma área de aproximadamente 1500 pessoas, das quais existem cerca de 120 pessoas diagnosticadas com HAS cadastradas no HIPERDIA em 3 micro áreas distintas; a microárea selecionada tinha 32 pessoas diagnosticadas com HAS e/ou Diabetes mellitus cadastradas no HIPERDIA, com média de 18 participantes/mês no último ano.

O critério de inclusão foi: ter diagnóstico de HAS primária ou secundária, ter 60 anos ou mais, estar cadastrado no HIPERDIA, pertencer à microárea delimitada, frequentar as reuniões trimestrais, concordar com a participação na pesquisa. Investigamos a totalidade de idosos (n=10) dessa microárea que cumpriam os critérios de inclusão.

Como instrumento, foi utilizado um formulário para entrevista contendo 15 questões norteadoras sobre informações socioeconômicas, hábitos de vida e percepção sobre a hipertensão arterial sistêmica. As entrevistas foram conduzidas através da seguinte abordagem: 1) Qual sua idade? 2) Qual seu estado civil? 3) Com quantas pessoas reside? 4) Qual a renda mensal da família? Fale-me sobre seus hábitos de saúde: 5) Você fuma? Com qual frequência? 6) Toma bebida alcoólica? Com qual frequência? 7) Toma café? Com qual frequência? Fale-me sobre viver com a pressão alta: 8) Há quanto tempo você tem pressão alta? 9) Como se sente em relação a sua saúde? 10) E quanto a sua vida? 11) Você sabe o que é a pressão alta? Explique-me. 12) Você acha que a pressão alta atrapalha sua vida? Em qual aspecto? 13) Há momentos em que percebe que sua pressão arterial se eleva? Quais são estas situações? 14) O que você gostaria de conversar nos encontros na unidade básica de saúde? 15) Mande uma mensagem para quem tem pressão alta. Essas entrevistas aconteceram em domicílio, foram gravadas em gravador MP4 da marca Foston, permitindo melhor compreensão das falas, depois transcritas e excluídas do arquivo de voz do gravador.

Sintetizando, o levantamento de dados e o planejamento educativo foram conduzidos em duas fases:

- 1) **Fase 1:** Levantamento dos dados através de entrevista individual por meio de um formulário contendo 15 questões sobre informações socioeconômicos, hábitos de vida e percepções sobre a HAS.
- 2) **Fase 2:** Definição dos temas geradores e elaboração do plano educativo apoiados pela proposta de Freire<sup>8</sup>.

O estudo foi conduzido após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (nº 136/2010) estando de acordo os preceitos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos constantes na resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, Brasília – DF.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

Considerando tratar-se de uma pesquisa-ação, apresentaremos os resultados referentes ao momento investigativo e ao momento de elaboração da ação educativa, separadamente.

#### 3.1. Momento Investigativo

Os dados coletados permitiram que se conhecessem os dados socioeconômicos dos participantes da pesquisa (quadro 1), seus hábitos de vida (quadro 2) e suas percepções a respeito da HAS, que passarão a ser apresentados.

**Quadro 1:** Dados socioeconômicos dos membros do grupo que vivencia a Hipertensão Arterial Sistêmica, Maringá-PR.

VARIÁVEIS	Nº	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	4	40
Feminino	6	60
<b>Idade</b>		
60-65	6	60
66-70	2	10
71 a ou mais	2	20
<b>Estado Civil</b>		
Casado	7	70
Viúvo	2	20
Divorciado	1	10
<b>Nº de pessoas na mesma casa</b>		
1	1	10
2	2	20
3	3	30
4	4	40
<b>Renda Mensal</b>		
1 salário mínimo	3	30
2 salários mínimos	4	40
Não possui	3	30

No que tange ao sexo, verificamos maior número de mulheres do que homens. Dados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa realizada com os idosos de Campinas - São Paulo, com o objetivo de avaliar a prevalência da hipertensão arterial referida, identificou uma prevalência maior de mulheres idosas hipertensas que os homens<sup>1</sup>. Também em outro estudo, realizado em Salvador-Bahia com o objetivo de estimar a prevalência da hipertensão arterial e da sua associação com outros fatores de risco cardiovascular em população fortemente miscigenada, constatou-se uma participação maior das mulheres<sup>9</sup>, corroborando os achados do nosso trabalho.

Ainda que a menopausa e idade elevada constituem-se como causas de risco biológico associado à HAS e realmente sinalize para a ocorrência dessa doença entre as mulheres nessa faixa etária e sabedores de que, no aspecto fisiopatológico, a pós-menopausa provoque diminuição nos níveis do hormônio peptídeo natriurético atrial, determinando aumento da pressão arterial,<sup>9, 10</sup> encontra-se respaldo para a presença maior de mulheres hipertensas nos serviços de saúde sob a argumentação do gênero, conforme o que encontramos.

Sugere-se que as mulheres geralmente possuem uma sensibilidade aumentada de perceber as doenças, preocupando-se mais com autocuidado e buscando mais assistência médica do que os homens, o que tenderia a aumentar a probabilidade de ter a HAS diagnosticada<sup>1</sup>. Nesse sentido, faz-se importante a reflexão sobre essa questão de gênero na condução de ações educativas grupais.

Em relação à renda mensal, os participantes deste estudo tinham até 2 salários mínimos, demonstrando uma característica socioeconômico baixa. Os indivíduos com inserção socioeconômica desfavorável estão mais propensos tanto a desenvolver HAS como não aderir ao tratamento proposto<sup>11</sup>, dificultando o controle pressórico. Tal realidade é uma condição importante para a ação educativa.

Contudo, ainda que se conheça a relação entre estrato social e HAS, afirma-se que são nas práticas relacionadas aos comportamentos saudáveis e estilo de vida que as desigualdades sociais se manifestam mais claramente, dificultando indiretamente no controle da pressão arterial<sup>8, 11, 12</sup>. Através dos dados coletados permitiu-se conhecer os hábitos de vida dos participantes, demonstrados no quadro a seguir:

**Quadro 2:** Hábitos dos membros do grupo que vivencia a Hipertensão Arterial Sistêmica, Maringá-PR.

Variáveis	Nº	%
<b>Tabagismo</b>		
Sim	1	10
Não	9	90
<b>Etilismo</b>		
Sim	2	20
Não	8	80
<b>Consumo café</b>		
1x/dia	4	40
2x/dia	3	30
3x/dia	1	10
5x/dia ou mais	1	10
não	1	10
<b>Exercício físico</b>		
3x/s	2	20
5x/s	1	10
Não	7	70

É sabido que os hábitos de vida interferem de forma significativa no tratamento da HAS, sendo necessário que os profissionais de saúde os conheçam para adequar o tratamento e implementar de novas ações educativas.

Dentre as medidas com eficácia comprovada e de melhor impacto na pressão arterial, merecem destaque a redução do peso, a redução do sódio na dieta e a prática regular de exercício físico<sup>11,12</sup> e, comparando com os dados desse estudo verificamos risco para a manutenção pressórica, visto que a maioria não pratica exercícios.

Ainda identificamos que apenas 20% dos entrevistados relataram fazer uso de bebida alcoólica, deixando claro que fazem uso apenas socialmente. O etilismo possui uma relação direta com a HAS, já que indivíduos que possuem esse hábito diário ou semanal estatisticamente tendem a apresentar maior incidência da elevação da pressão arterial. Além disso, os principais danos orgânicos associados ao uso crônico de álcool são aumento da pressão arterial, pancreatite, miocardite, hepatite e cirrose alcoólica, distúrbios neurológicos graves, alterações da memória e lesões no sistema nervoso central, além de danos sociais causados pelo estigma do consumo frequente<sup>13</sup>.

Com relação ao café, notamos um alto consumo entre os entrevistados, onde 40% relataram consumir café pelo menos uma vez ao dia, sendo apenas 10% relatar não consumir café, apenas chá. Doses elevadas de café podem induzir efeitos negativos tais como taquicardia, palpitações, insônias, ansiedade, tremores, dores de cabeça e náuseas. Os estudos publicados não permitem confirmar efetivamente se o consumo de café está ou não associado à hipertensão. No entanto, recomenda-se moderação no consumo em indivíduos hipertensos, fumantes e/ou sujeitos a

situação de estresse, uma vez que existe um consenso geral de que serão grupos mais susceptíveis ao efeito vasopressor da cafeína. Além disso, o alto consumo de cafeína, associado à falta de relaxamento, realimenta o estresse físico e mental<sup>14</sup>.

Apenas 10% dos entrevistados relataram o hábito de fumar diariamente. A interrupção do tabagismo é a medida não farmacológica mais importante, com redução expressiva de complicações. Cumpre destacar, também, que fumantes idosos, em comparação aos fumantes jovens, estão sob maior risco de desenvolver doenças relacionadas ao cigarro porque tendem a exposições mais longas e mais intensas ao tabaco<sup>15</sup>. O cigarro aumenta o risco de doenças e de mortalidade, especialmente quando associado a HAS<sup>16</sup>.

### 3.2. Percepções sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica

Questionamos a percepção sobre a HAS. A esse respeito, identificamos 3 classes temáticas: Os sintomas da doença percebidos e a dificuldade em percebê-los; a explicação para a origem da doença; a incompreensão da doença. Cada uma dessas classes será descritas a seguir.

**Quadro 3:** Classes temáticas e falas que as descrevem

Classes temáticas	Falas que as descrevem
<b>1 Os sintomas da doença percebidos e a dificuldade em percebê-los</b>	<p>“Eu só sei que tenho pressão alta quando tô passando mal, mas é difícil ficá doente, eu controlo” (entrevistado 02).</p> <p>“Oia, ela dá dor de cabeça demais” (entrevistado 03).</p> <p>“Não sinto nada porque ela não é muito alta, ela é só um pouquinho acima do normal” (entrevistado 03).</p> <p>“A pressão alta é normal, não é uma doença, é só uma alteração” (entrevistado 06).</p> <p>“Quando a pressão fica alta eu não percebo, nem lembro que ela existe” (entrevistado 01).</p> <p>“Não percebo nada de diferente. Às vezes alguma coisa estranha na nuca” (entrevistado 07).</p> <p>“A pressão alta, se for controlada não provoca nada. O problema é que quando ela aumenta não tem como sabê,” (entrevistado 08).</p> <p>“Até agora não senti nada, nunca. O médico disse que eu tenho esse problema, mas não sinto nada” (entrevistado 09).</p> <p>“Não sinto nada, dor nem nada, então acho que é um problema fácil de conviver” (entrevistado 06).</p>
<i>(continua)</i>	

<b>Quadro 3 (continuação)</b>	
<b>2 Explicações para a origem da doença:</b>	
<b>2.1 Doença que vem dos hábitos inadequados</b>	“Ah, esse problema vem se comê alimento gorduroso” (entrevistado 05). “Olha (longa pausa) eu acho que (pausa) eu acho que a pessoa tem porque não evita o sal, bebida, cigarro” (entrevistado 08).
<b>2.2 Doença da circulação</b>	“Ah,, não sei sobre essa doença não, eu acho que é má circulação do sangue, eu acho que é isso” (entrevistado 09). “Eu imagino que o sangue engrossa e daí alguma coisa dá errado. Eu imagino que é isso” (entrevistado 04).
<b>3 Incompreensão da doença</b>	“Eu, para te falà a verdade mesmo, o que é (a doença) eu não sei não” (entrevistado 06). “Não sei, não. Para mim, quando a minha pressão aumenta eu sinto alguma coisa na nuca, mas não faço idéia porque isso acontece” (entrevistado 07). “Eu não sei o que é essa doença não, só sei que eu tenho, mas o que é a gente não sabe” (entrevistado 10).

A partir desses relatos pudemos verificar que apesar de ser uma doença com característica assintomática e silenciosa, percebem-se sintomas frente à elevação da pressão arterial. Além dessas queixas registradas, há relatos de outros sintomas que impulsionam para a busca por serviços de saúde, como a sensação de "zoeira na cabeça", a sensação de cansaço, tontura e náusea, insônia, dispneia e precordialgia<sup>10</sup>, embora não tenhamos encontrado entre os entrevistados.

Há de se destacar, entretanto, que na maioria dos casos, como encontrado por nosso estudo, a HAS evolui de forma assintomática, o que supostamente dificultaria a percepção de ser doente<sup>17,18</sup>, embora saiba de sua condição por ocasião do diagnóstico médico informado. Uma consequência indireta desse fato é que alguns pacientes acabam ingerindo o medicamento apenas quando sentem os sintomas que os incomodam<sup>19</sup>, aumentando o risco de ocorrência de complicações.

Questionamos os participantes sobre a interferência da doença na vida e identificamos, a partir disso, a dificuldade dos portadores da HAS em se perceber doente. Como já apontado, há uma relação direta entre sentir-se doente e tratar-se. A possível justificativa para esse motivo está na dificuldade de convencer o paciente, muitas vezes assintomático, de que ele é doente, especialmente quando este rótulo implica na mudança de hábitos prazerosos ou ainda na

obrigação de usar medicamentos de forma permanente<sup>20</sup>.

Os indivíduos geralmente tratam daquilo que lhe causa injúria e dor, não se aplicando aos casos de HAS pela assintomatologia geralmente envolvida. As mudanças de hábitos, que provocam alterações na dinâmica da vida, fazem parte de uma construção social que precisa ser considerada nas atividades educativas<sup>21</sup>.

Do ponto de vista fisiopatológico desconhece-se a causa da HAS. Porém, vários são os fatores que podem estar associados à elevação da pressão arterial como o sedentarismo, o estresse, o tabagismo, o envelhecimento, a raça, - nos negros a prevalência e a gravidade da hipertensão são maiores - constituindo fatores étnicos e/ou socioeconômicos<sup>18</sup>. O uso de anticoncepcional oral, o peso corporal, os fatores dietéticos, os hábitos nutricionais como excessos de sódio na alimentação, assim como o excesso de álcool estão associados à alta prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica segundo<sup>22,23</sup>. Alguns desses fatores, portanto, estiveram presentes nas falas dos participantes dessa pesquisa.

Verificamos nos relatos dos entrevistados que há uma aproximação do conhecimento popular com o científico. Percebemos que há um senso comum que parte do que é cientificamente comprovado, pois relacionaram a HAS com a circulação sanguínea.

De fato essa relação é cientificamente verdadeira e envolve uma série de alterações fisiológicas com repercussões para o aparelho cardiocirculatório e, conseqüentemente, para a pressão arterial que se altera quando existe, pelo menos, inferência de um dos componentes: débito cardíaco e resistência vascular periferia.

Sabe-se que o sistema renina-angiotensina-aldosterona é responsável pela vasoconstrição. Sempre que houver diminuição do fluxo de sangue para os rins há estímulo para produção de aldosterona que provoca retenção de sódio e conseqüentemente retenção de água, aumentando volemia que provoca aumento do débito determinando elevação da pressão arterial<sup>24</sup>.

Por sua vez, o sistema simpático é responsável pela liberação de noradrenalina (principalmente frente a situações de estresse, como o emocional), hormônio capaz de causar vasoconstrição, aumentando tanto a resistência vascular periférica quanto o débito cardíaco, causando aumento da pressão arterial. Dessa forma, a fisiopatologia poderá ser determinada, em parte, por essa relação<sup>21</sup>.

Os complexos mecanismos pressores e depressores interagem e se equilibram; quando o equilíbrio se rompe com predominância dos fatores pressores, ocorre a hipertensão primária. Essa ruptura pode ser provocada e/ou acelerada pelos fatores ambientais, como excesso de sal na dieta e estímulos psicoemocionais, entre outros<sup>21</sup>. Pode ter uma ou mais das seguintes causas: atividade aumentada do sistema nervoso simpático relacionado com a disfunção do sistema nervoso autônomo; reabsorção renal aumentada de sódio, cloreto e água relacionada com uma variação genética na maneira pela qual os rins manuseiam o sódio; atividade aumentada do sistema renina-angiotensina-aldosterona, resultando em expansão do volume do líquido extracelular e resistência vascular sistêmica aumentada; vasodilatação diminuída das arteríolas relacionada com a disfunção do endotélio vascular; resistência à ação da insulina, que pode ser um fator comum ligando a hipertensão, Diabetes mellitus tipo 2, hipertrigliceridemia, obesidade e intolerância à glicose<sup>25</sup>.

Acredita-se que através da percepção do usuário a respeito da doença seja possível compreender os motivos para não adesão ao tratamento, uma vez que essa percepção influencia diretamente na manutenção do seu tratamento; essa compreensão favorece a implementação de novas estratégias em saúde<sup>26</sup>.

Pudemos verificar o desconhecimento dos entrevistados sobre a doença, o que possivelmente repercute em perda da autonomia no cuidado com a saúde, tornando-o vulnerável a sua própria sorte, dificultando assim a compreensão sobre a relevância do tratamento da doença, especialmente no que se refere às mudanças de hábitos.

Outro questionamento que fizemos foi em relação aos assuntos que gostariam de discutir nos encontros grupais, para que assim pudéssemos planejar ações educativas que partissem, ainda, das expectativas dos envolvidos. A partir dos relatos dos entrevistados, identificamos a passividade diante dos encontros educativos, muito embora tenha surgido interesse por tais:

Eu não sei, o encontro de vocês tá muito bom. (entrevistado 01)

Ah, eu queria que dessem um remédio certo para a gente ser feliz, tirar a dor, fazer um tratamento digno de tudo, sei lá. (entrevistado 02)

Conversá o que a gente tá conversando (risos). Uns exercício e explicar para a gente como é a doença, os tratamento, porque a gente mesmo não sabe e precisa saber. (entrevistado 03)

Para mim, qualquer coisa tá bom, não sei o que falar, vocês é que escolhe. (entrevistado 05)

Conversar sobre... não tenho muito o que perguntar, não, só tenho a ouvir. (entrevistado 06)

Ah, o que você falou já tá bom. (entrevistado 07)

É o que eu estou falando: sobre evitar bebida, cigarro, sal. (entrevistado 08)

Nada. Só se cuidar, as pessoas têm que se cuidar, só isso. (entrevistado 09)

Ah, assim, eu gostaria que a gente tivesse um encontro que agradasse a gente. (entrevistado 10)

A pessoa idosa pode apresentar autoestima diminuída, a criatividade empobrecida, a inserção social prejudicada, o que provoca uma atitude de inatividade e apatia. Na sociedade moderna, os velhos são apresentados como alguém que não é mais capaz de produzir e de ser útil à sociedade e que, portanto devem ser substituídos e descartados<sup>27</sup>. Talvez essa concepção tenha sujeitado os participantes desse estudo a essa postura passiva. Acontece, entretanto, que em um contexto de importantes desigualdades sociais, os idosos não encontram amparo adequado, acumulando seqüelas das doenças crônico-degenerativas, desenvolvendo incapacidades e perdendo autonomia, bem como qualidade de vida<sup>28</sup>.

Não podemos desconsiderar, ainda, que essa passividade é fruto de uma construção histórica de como se comportam as pessoas frente um momento educativo. Paulo Freire, importante educador brasileiro que revolucionou as práticas educativas, aponta de forma sábia o motivo da passividade dos indivíduos diante da educação.

Freire, em sua fala, expressa a educação como uma concepção “bancária”, onde as relações são fundamentalmente narrações e dissertações. Nesse processo de educação há sempre uma verticalidade entre educador e educando, onde o educador deposita seu conhecimento e os educandos apenas recebem as informações. Desta maneira, a educação se torna um ato de depositar, em que os educandos são os depositários e o educador o depositante. Eis aí a concepção “bancária da educação”. Nessa visão, o “saber” é uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber. Seguindo um modelo de ideologia da opressão— a absolutização da ignorância, que constitui o que chamamos de alienação da ignorância, segundo a qual esta se encontra sempre no outro<sup>7</sup>.

Desta forma o interesse pela educação torna-se algo desmotivador, exaustivo, não havendo troca de experiências entre educador- educando. Bloqueando

estímulos de motivação para questionamentos e reflexões, conseqüentemente, a perda do interesse por novos conhecimentos ao longo da vida.

As percepções expressas pelos participantes e apreendidas por nós, permitiram elencar os temas geradores, que não os núcleos centrais para os quais o educador deverá centrar-se na proposta educativa<sup>29</sup>. Os temas geradores serão, portanto, apresentado abaixo, no momento educativo.

### 3.3. Momento educativo

Salientamos que o momento educativo, neste trabalho, corresponde ao planejamento da ação educativa, excluindo sua aplicação prática, sem contudo descaracterizar a dialogicidade que foi mantida: 1) Através do planejamento compartilhado da ação educativa (caráter dialógico entre a equipe de saúde); 2) Através das ações propostas (caráter dialógico nas ações educativas).

Justificamos a não realização da proposta educativa porque a mesma não fazia parte da unidade de saúde em questão e não houve possibilidades de sua execução no período da nossa parceria com a equipe local. Os encontros trimensais que aconteciam em grupo destinavam-se ao controle pressórico, mensuração de medidas antropométricas e prescrição medicamentosa.

Justamente por essa realidade, que provocou profundos questionamentos dos profissionais de saúde em questão, este estudo possibilitou a elaboração de uma proposta educativa contextualizada que foi, em momento oportuno, discutida com toda equipe para sua implantação e por isso, e em virtude das propostas elencadas, possui concepção dialógica que está sendo oportunamente desenvolvida.

Os temas geradores identificados foram:

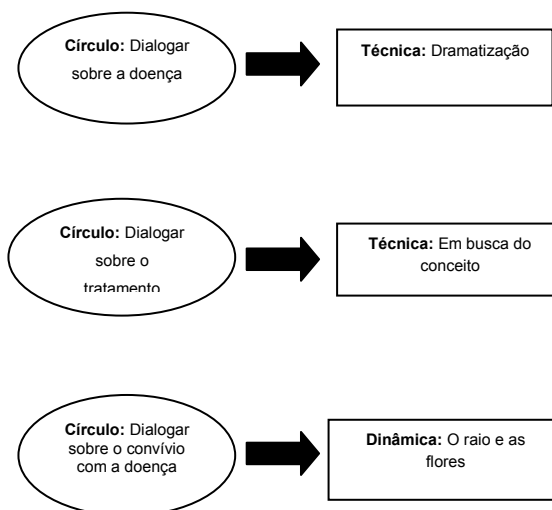
1. Dificuldades de compreensão da doença;
2. Existência de hábitos de vida inadequados para o tratamento;
3. Necessidade de educação emancipatória.

Para estes temas desenvolvemos uma proposta de ações educativas, com o objetivo de dialogar sobre a temática, possibilitando 'empoderamento' (empowerment) dessas pessoas. Para tanto, buscamos inspiração em Paulo Freire que acreditava na força do diálogo e na troca de experiências como forma de agregar conhecimentos e favorecer a emancipação das

pessoas. Segundo Freire<sup>29</sup>, é preciso saber que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção.

Assim, buscamos fundamentos metodológicos nos círculos de cultura de Freire<sup>9</sup> e nas técnicas e dinâmicas grupais<sup>30</sup>. Os temas levantados nos fizeram propor as seguintes ações educativas: Dialogar sobre a doença; Dialogar sobre o tratamento; Dialogar sobre o convívio com a doença. Esses círculos de diálogos aconteceriam pelos círculos de cultura de Freire, capazes de promover a codificação/descodificação e desvelamento crítico.

Nesse sentido, pensamos em incrementar cada círculo de cultura com técnicas e dinâmicas grupais:



Para o círculo 'Dialogar sobre a doença', idealizamos a dramatização, na qual os personagens serão os próprios participantes. Esse processo ajudará a melhor compreensão sobre o processo fisiológico da doença.

A dramatização, além de desenvolver a liberdade de expressão, proporciona ao participante imaginar-se em um papel que não é dele e sentir este papel<sup>31</sup>, colaborando para a externalização de condutas ao mesmo tempo em que pode significá-las.

Os personagens serão os próprios órgãos do corpo humano que participam do processo fisiológico da Hipertensão Arterial Sistêmica e fatores que ajudam no surgimento da mesma. Sendo composto por: coração, artéria, veia, o sal de cozinha, a água. Haverá uma história sendo narrada pelo próprio educador. No momento em que o educador disser o nome de algum

órgão, o participante escolhido para representar aquele órgão, deverá entrar caracterizado. Essa história contará todo o processo fisiológico que o organismo realiza quando um indivíduo abusa do sal na dieta. Os participantes não serão meros telespectadores, participarão de forma ativa. Estarão vivenciando um processo que ocorre dentro do seu corpo, o que antes parecia ser tão confuso, pode se tornar algo simples e de fácil entendimento, uma vez que deixam de serem ouvintes para serem os participantes ativos desse processo.

Para o círculo 'Dialogar sobre o tratamento' a atividade proposta terá como objetivo fazer com que os participantes consigam identificar os cuidados quanto ao tratamento da doença Hipertensão Arterial Sistêmica. Para isso, sugerimos a técnica: Em busca do conceito<sup>30</sup>. Nessa ação educativa, o educador colocará as cadeiras em círculo, fixando figuras relacionadas com o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. Essas figuras estarão divididas em hábitos corretos do tratamento e hábitos que não devem ser adotados para o tratamento da doença. O educador pedirá que as pessoas andem em volta das cadeiras, observem as figuras, pensem no tema em questão e escolham uma figura. Em seguida, pedir que cada um fale da sua figura e da relação da mesma com o tema. Assim que expressarem sobre o que pensam das figuras, o educador deverá anotar as palavras chave do relato do participante no papel e pedir para que a pessoa fixe o papel em um painel dividido em CERTO e ERRADO. Após todos participarem, o educador irá até o quadro e explicará aos participantes os possíveis erros e acertos sobre as figuras, baseando-se nas palavras chave anotada. Através desse processo, os participantes terão uma facilidade em relacionar sobre o que deve ou não adotar como um hábito para o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Para o círculo 'Dialogar sobre o convívio com a doença', a ação educativa terá como objetivo discutir sobre o enfrentamento dos problemas com a doença sem perder qualidade de vida, facilitando o empoderamento para o convívio com a doença. Para isso, utilizaremos a técnica: O raio e as flores<sup>30</sup>. O educador mostrará uma figura de um balde de gelo, fixado em um painel. Deverá comentar com o grupo o quanto algumas situações relacionadas à Hipertensão Arterial Sistêmica interferem no trabalho, nas relações sociais, impedem de realizar algumas vontades. Após o comentário o educador convidará os participantes a congelarem essas situações de problemas, entregando um raio de papel e solicitando o que desejam congelar, colocando-o no balde de gelo. O educador

deverá dar liberdade aos participantes para explicitarem o que congelaram.

Ao final das atividades, o educador deverá retirar o balde de gelo com os raios e substituí-los por um vaso de papel fixado em um painel, contendo flores fixadas com uma mensagem positiva para a resolução de problemas. Mostrar o novo visual para o grupo, depositando a certeza de que podem conviver com a doença de forma harmônica, sem perder qualidade de vida. Posteriormente, o educador entregará a todos uma flor como despedida da atividade.

Faz-se importante destacar que essas técnicas/dinâmica têm o objetivo de incentivar os círculos de cultura, portanto não serão realizadas como fim, mas como meio para a dialogicidade; uma forma de iniciar a aproximação, criar ambiente oportuno para as discussões e facilitar a participação de todos. Essa proposta foi apresentada e aceita pela equipe de saúde em questão, concretizando a participação coletiva no planejamento educativo.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assumimos que o modelo de educação em saúde ainda possui como principal foco a doença, levando os profissionais de saúde a organizarem ações educativas para essa vertente, desvalorizando a vida. No entanto, não se pode falar em humanização se não há sensibilidade por parte dos profissionais nas reais necessidades de educação e saúde, que ultrapassam o corpo doente.

Geralmente, educa-se para a doença através de imposições, normas, onde quem sabe mais dita às regras e, quem não sabe nada, obedece. Não se respeitam crenças e valores dos indivíduos e acredita-se que tudo o que sabem tem pouca valia. Sob essa concepção, apenas se informa os perigos das possíveis complicações que a Hipertensão Arterial Sistêmica pode causar.

Entretanto, para que haja mudanças na vida de um indivíduo não bastam informações; é preciso ir muito além, romper paradigmas impostos pela própria sociedade. É preciso dar autonomia aos indivíduos, libertá-los das correntes da opressão, dar-lhes a chance de escolher como querem cuidar da sua própria saúde de forma consciente e responsável.

Educar é um processo de troca de experiências, de transformar saberes a partir da dialogicidade, levando em conta que aquele que educa, na verdade, é aquele que aprende.



Esperamos que este trabalho possa abrir novos horizontes da educação e saúde, permitindo que se construam novas possibilidades de ações educativas junto aos portadores de HAS, não permitindo que sejam reduzidos a sua doença nos momentos educativos, mas que possam ser voltadas à valorização da vida, partindo de suas vivências e perspectivas.

### 3.1. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Apontamos como limitações o fato do plano educativo não ter sido colocado em prática, pelos pesquisadores, o que impossibilitou o relato do seu desenvolvimento e avaliação formativa. No entanto, seu caráter de planejamento compartilhado e as propostas educativas dialógicas enaltecem seu valor enquanto inovação junto ao grupo em questão.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Garandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(2):285-294.
- Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RMSV. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(Supl 2):74-82.
- Lima e Costa MFF, Peixoto SV, César CC, Malta DC, Moura EC. Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(Supl 2):18-26
- Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LAS, Godoy MRP, Cação JC, Loureiro AAC et al. Prevalência e Fatores de Risco para Hipertensão em uma População Urbana Brasileira. *Arq Bras Cardiol* 2010; [online]. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br>
- Figueiredo MFS, Rodrigues-Neto JF, Leite MTS. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde *Rev Bras Enferm* 2010; 63(1):117-21.
- Fernandes MCP, Backes VMS. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Rev Bras Enferm* 2010; 63(4):567-73.
- Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
- Freire P. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Org.). *Pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense; 1990.
- Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Filho NA, Aquino E, Oliveira MMC. Hipertensão Arterial na População Adulta de Salvador (BA) – Brasil. *Arq Brasileiro Cardiologia* 2006; 87(6):747-756.
- Santos AMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto Contexto-enfer* 2005; 14(3):332-340.
- Gusmão JL, Ginani GF, Silva GV, Ortega KC, Mion Jr. D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada *Rev Bras Hipertens* 2009; 16(1):38-43.
- Rosa EC, Plavnik FL, Tavares A. Hipertensão Arterial Sistêmica. *Rev Bras Med* 2006; 63(1):56-69.
- Ronzani TM, Furtado EF. Estigma social sobre o uso de álcool. *J Bras Psiquiatr* 2010;59(4):326-332.
- Fett CA, Fett WCR, Marchini JS, Ribeiro RPS. Estilo de vida e fatores de risco associados ao aumento da gordura corporal de mulheres. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(1): 131-140.
- Ferreira CCC, Peixoto MRG, Barbosa MA, Silveira EA. Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Idosos Usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(5):621-628.
- Berto SJP, Carvalhaes MABL, Moura EC. Tabagismo associado a outros fatores comportamentais de risco de doenças e agravos crônicos não transmissíveis. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(8):1573-1582.
- Lima HP, Santos ZMSA, Nascimento JC, Caetano JA. Adesão do usuário hipertenso ao tratamento e a interface com o saber sobre o agravo. *Rev RENE* 2010; 11(2):170-178.
- Brito DMS, Araújo TL, Galvão MTG, Moreira TMM, Lopes MVO. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(4):933-940.
- Dourado CS, Macêdo-Costa KNF, Oliveira JS, Leadebal ODCP, Silva GRF. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. *Acta Scientiarum* 2011; 33(1):9-17.
- Chor D. Hipertensão Arterial entre Funcionários de Banco Estatal no Rio de Janeiro. Hábitos de Vida e Tratamento. *Arq Brasileiro Cardiologia* 1998; 71(5):653-660.
- Lopes MCL, Carreira L, Marcon SS, Souza AC, Waidman MAP. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. *Rev Elet Enfermagem* 2008; 10(1):198-211.
- Molina MCB; Cunha RS, Herkenhoff LF, Mill JG. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(6):743-750.
- Urbana MP, Rondon B, Brum PC. Exercício Físico como tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. *Rev Bras hipertensão* 2003; 10:134-139.
- Soares MAM, Gerelli AM, Amorim AS. *Cuidados de Enfermagem ao Indivíduo Hospitalizado*. São Paulo: Artmed; 2004.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiologia* 2007; 89(3):24-79.
- Pinotti S, Mantovani MF, Giacomozzi LM. Percepção sobre a hipertensão arterial e qualidade de vida: contribuição para o cuidado de enfermagem. *Cogitare Enferm* 2008; 13(4):526-534.
- Pantarolo RS, Oliveira RCS. Terceira idade: uma breve discussão. *Publicação UPEPG Ciências, Humanas, Sociologia, Aplicação em Línguas, Letras, Artes* 2008; 16(1):115-123.
- Lyra Junior DP, Amaral RT, Veiga EVV, Cárnio EC, Nogueira MS, Pelá I.R.A. Farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. *Rev L-Americ Enferm* 2006; 14(3):435-441.
- Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.
- São Paulo. *Manual de Técnicas Pedagógicas e Lupopedagógicas para a operacionalização das ações educativas no SUS-São Paulo*. São Paulo; 2002.