

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS *

HEALTH EDUCATION AS A STRATEGY FOR IMPROVING QUALITY OF LIFE OF HYPERTENSIVE USERS

EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMO ESTRATEGIA DE MEJORÍA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS USUARIOS HIPERTENSIVOS

João Evangelista Menezes Júnior¹, Johnny Carlos de Queiroz², Suzana Carneiro de Azevedo Fernandes³, Lucídio Clebeson de Oliveira⁴, Samara Queiroz Fernandes Coelho⁵

O estudo objetiva analisar a prática de educação em saúde junto aos enfermeiros da rede de atenção básica enquanto estratégia para a melhoria da qualidade de vida dos usuários portadores de hipertensão arterial. Trata-se de uma pesquisa descritiva, qualitativa, realizada com enfermeiros que executam atividades de educação em saúde com hipertensos. Para a coleta utilizou-se um roteiro norteador no período de abril e maio de 2011 subsidiando a análise proposta por Bardin. Constatou-se que os enfermeiros compreendem a importância da realização da educação em saúde junto aos usuários, mesmo que esta prática apresente traços do modelo de educação em saúde que sobrepõe o saber científico em detrimento do popular. Faz-se necessário buscar embasamentos teóricos que garantam aos enfermeiros uma percepção dialógica do processo educar em saúde, garantindo ao usuário qualidade de vida.

Descritores: Enfermagem; Educação em Saúde; Hipertensão; Qualidade de Vida.

The study aims to analyze the practice of health education for nurses at the primary care network as a strategy for improving the quality of life of users with high blood pressure. It is a descriptive, qualitative research with nurses who perform health education activities with hypertension. To collect data it was used a script guiding from April to May 2011 subsidizing the analysis proposed by Bardin. It was found out that nurses understand the importance of conducting health education with users, even if this practice present traces of this model of health education that overlaps the scientific knowledge at the expense of the people. It is necessary to search for a theoretical foundation for nurses to ensure an awareness of the dialogic health education process, ensuring the user's quality of life.

Descriptors: Nursing; Health Education; Hypertension; Quality of Life.

El estudio tiene como objetivo analizar la práctica de educación en salud de la red de atención primaria como estrategia para mejorar la calidad de vida de los usuarios con hipertensión. Investigación descriptiva, cualitativa, con enfermeros que realizan actividades de educación en salud con hipertensos. Para recoger los datos, se utilizó un guión de abril a mayo de 2011, sometido al análisis propuesto por Bardin. Se encontró que los enfermeros entienden la importancia de llevar a cabo la educación en salud a los usuarios, incluso si tienen rastros de este modelo de práctica de educación para la salud que se superpone al conocimiento científico en razón del popular. Es necesario buscar fundamentos teóricos para garantizar a los enfermeros una toma de conciencia del proceso de educar en salud, asegurando la calidad de vida del usuario.

Descriptores: Enfermería; Educación en Salud; Hipertensión; Calidad de Vida.

* Artigo originado a partir da monografia apresentada em 2011 ao Programa de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (FAEN/UERN).

¹ Discente do 9º período da FAEN/UERN. E-mail: joaojuniormentezes@hotmail.com

² Enfermeiro. Mestre em Enfermagem (UFRN), Professor Assistente VI da FAEN/UERN, Mossoró-RN, Brasil. E-mail: johnycarlos@uol.com.br.

³ Enfermeira, Doutora em Ciências Sociais (UFRN). Professora e Diretora da FAEN/UERN, Mossoró-RN, Brasil. E-mail: suzanaazevedo@uern.br

⁴ Enfermeiro, Especialista em Saúde e Segurança do Trabalho (FACENE Mossoró/RN). Professor da FAEN/UERN, Mossoró-RN, Brasil. E-mail: lucidioclebeson@hotmail.com

⁵ Enfermeira, egressa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN. E-mail: samysfernandes@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As atividades de saúde na Atenção Básica (AB) no sistema de saúde brasileiro são desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social⁽¹⁾.

Dentre as ações garantidoras do modelo assistencial na AB de saúde, surge a Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerada como porta de entrada ao sistema de saúde, representada como um importante instrumento capaz de promover uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial⁽¹⁾.

A Estratégia de Saúde da Família surge na perspectiva de reorientar o modelo assistencial de saúde no Brasil, centrado no modelo assistencial preventivo em detrimento do curativo.

Nessa perspectiva, a AB adquiriu um papel importante no que tange ao acolhimento e ao fortalecimento da relação entre os usuários hipertensos e o serviço de saúde, enquanto porta de entrada para a adesão, acompanhamento, na melhoria da qualidade de vida dos usuários⁽²⁾.

Na ESF, a educação em saúde trata-se de uma importante ferramenta para a emancipação do usuário portador da hipertensão arterial na construção de ações que estimulem a adoção de comportamentos favoráveis a sua qualidade de vida, sob um enfoque no qual a população e os profissionais estabeleçam uma relação mútua de compartilhamento de saberes.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e doenças renais. Sendo assim, nota-se que a elevação persistente da pressão arterial origina alterações funcionais nos órgãos-alvo, principalmente no cérebro, no coração, nos rins e nos vasos sanguíneos⁽³⁾.

No Brasil, a hipertensão tem prevalência estimada em cerca de 20% da população em idade adulta, sendo

considerado um dos principais problemas de saúde pública no país. Além disso, a doença hipertensiva é uma das causas da elevação de custos econômicos para o setor saúde devido o grande número de internações hospitalares e óbitos oriundos de suas complicações, como as doenças cerebrovasculares, arterial coronariana, doença vascular, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica⁽⁴⁾.

As doenças cardiovasculares representam a maior causa de óbitos e internações hospitalares. No SUS, são responsáveis por 1.150.000 das internações/ano, com um custo aproximadamente de 475 milhões de reais, quando não inclusos os gastos com procedimentos de alta complexidade. Entretanto, 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica de saúde⁽⁵⁾.

Na maioria dos casos, a doença hipertensiva acarreta mudanças nos aspectos pessoais e sócio-cultural vivenciados pelos usuários, devido o seu tratamento envolver, além do uso de medicamentos, modificações no estilo de vida. A qualidade de vida dos usuários portadores de hipertensão arterial pode ser modificada em função dos efeitos adversos causados pelas drogas, por doenças associadas e pela necessidade de mudanças no estilo de vida para que haja o controle da HAS⁽⁶⁾.

Diante desses dados, os profissionais da saúde devem realizar ações educativas, que visem propiciar qualidade de vida aos usuários hipertensos, estimulando-os a serem sujeitos autônomos nas suas ações, refletindo sobre seu corpo com base no conhecimento sobre sua saúde, na perspectiva de modificar os hábitos de vida na busca de alcançar atitudes saudáveis para sua vida⁽⁷⁾.

Porém, na prática dos serviços de saúde, as ações educativas ainda seguem um modelo verticalizado, com ênfase em ações rotineiras sem levar em consideração a realidade vivida pelos usuários. Ainda hoje vemos que as práticas educativas nos serviços de saúde obedecem a metodologias tradicionais e não se preocupam com a criação de vínculo entre os trabalhadores em saúde e a população.

No entanto, percebe-se que a educação em saúde ainda não foi posta em prática como está concebida na literatura, pois as ações educativas estão baseadas em ações pontuais e verticalizadas, tendo como estratégia metodológica, na grande maioria dos casos a utilização apenas de palestras⁽⁸⁾.

As práticas educativas orientadas para os processos de mudança, ainda são desenvolvidas com métodos

e atividades intencionadas apenas em convencer as pessoas a modificar seus hábitos e adotar comportamentos saudáveis. Aproxima-se, do modelo tradicional, centrado na doença, com prática verticalizada, na transmissão de informações do saber científico, normativo e prescritivo sobre como os usuários devem adotar seu estilo de vida para ter saúde⁽¹⁾.

Desta forma percebemos a necessidade de estarmos possibilitando a esses usuários no seu dia-a-dia o conhecimento sobre a patologia e suas complicações, através de ações educativas, no intuito de melhorar a sua qualidade de vida, permitindo dessa forma, a integração do indivíduo na sociedade, tornando-os agentes ativos no seu processo saúde-doença.

Portanto, é importante ressaltar que as ações educativas devem ser realizadas continuamente, não se restringindo a ações pontuais e valendo-se de uma linguagem simples e acessível a todos os hipertensos.

Compreendendo a real importância das ações educativas no contexto dos usuários portadores da HAS, torna-se indispensável refletirmos, e assim podermos atuar de forma ativa na transformação da realidade. Neste sentido iremos discutir sobre as seguintes questões: Qual a percepção dos enfermeiros sobre as práticas de educação em saúde direcionadas para os usuários portadores da hipertensão arterial? Estão inerentes as práticas educativas de forma que contribuam para a qualidade de vida dos usuários portadores da Hipertensão Arterial?

A educação em saúde deveria potencializar as ações de prevenção de doenças e promoção à saúde, fundamentada em práticas reflexivas, possibilitando ao usuário ser sujeito histórico, social e político articulado ao seu contexto de vida, sob a visão de uma clínica ampliada por parte dos profissionais de saúde⁽⁵⁾.

Dessa forma, o estudo tem como objetivo analisar a prática de educação em saúde junto aos enfermeiros da rede de atenção básica enquanto estratégia para a melhoria da qualidade de vida dos usuários portadores da hipertensão arterial.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa tendo em vista que a concretização dos objetivos determinados pressupõe a necessidade de “adentrar no universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um

espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis de uma determinada realidade, bem como a interpretação e análise da mesma”^(9:22).

Logo após as aproximações realizadas com o tema e com a realidade estudada existiu a necessidade de descrever os fatos e fenômenos conhecidos. Sendo assim, foram desenvolvidos levantamentos de características e observações sistemáticas sobre os componentes do fato/fenômeno/problema⁽¹⁰⁾.

No município de Mossoró existem quarenta e três Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), das quais quatro foram escolhidas para a realização do estudo, localizadas nas regiões norte, sul, leste e oeste, nos seguintes bairros: Lagoa do Mato (UBS Dr. José Fernandes de Melo), Santo Antônio (UBS Dr. Chico Costa), Dom Jaime Câmara (UBS Dr. José Holanda Cavalcante) e Abolição IV (UBS Dr. Cid Salem).

Considerando o número de UBSF, as elencamos de acordo com a localização geográfica, na perspectiva de abranger todas as regiões do município, além da realização de práticas educativas junto à população hipertensa nestas unidades, o que foi preponderante para que a escolha.

A amostra foi composta por oito enfermeiros de uma população de dez, os quais estão executando ações voltadas a educação em saúde no cotidiano do seu trabalho, com os usuários portadores de hipertensão arterial. Optamos por trabalhar com o enfermeiro, pois é este que na equipe de saúde normalmente, assume as ações de práticas educativas⁽¹⁾.

A amostra foi composta de acordo com os critérios de inclusão assim elencados: Está inserido na ESF, aceitar participar da pesquisa, tempo de serviço na UBF superior a um ano, enquanto os critérios de exclusão dizem respeito ao gozo de licença especial, férias, atestado médico e se recusar a assinar o Termo de consentimento Livre e esclarecido (TCLE).

Para a realização da coleta de dados foi utilizado a entrevista semi-estruturada com o auxílio de um roteiro norteador com questões abertas referentes a temática em estudo, instrumento este que serviu de guia para o desenvolvimento das discussões entre o pesquisador e o entrevistado.

A entrevista foi realizada no próprio local de trabalho dos enfermeiros, por ser lugar natural onde acontecem os fatos e fenômenos, durante os momentos em

que os enfermeiros estavam sem atividades para não interferir no processo de trabalho do profissional e da unidade de saúde.

Desta forma, o pesquisador, antecipadamente, estabeleceu um contato com o enfermeiro com intuito de agendar um horário disponível para o enfermeiro, que não fosse interferir na rotina do seu trabalho na Unidade de Saúde. De acordo com o agendamento prévio da entrevista, o pesquisador compareceu ao local de trabalho do profissional para a realização da coleta de dados

Durante a entrevista foi utilizado como método tecnológico à gravação de vozes por meio de um aparelho de celular com função de MP3, as falas foram arquivadas em computador de uso pessoal do pesquisador, por um período mínimo de cinco anos.

Os dados coletados foram transcritos e analisados de acordo com a análise de conteúdo e organizados em categorias para um melhor entendimento de seus resultados. As categorias procuram reunir os elementos em características comuns bem como o maior número de informações à custa de uma esquematização e assim correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los. Enfim, a organização dos dados em categorias é a passagem das informações brutas para as informações organizadas⁽¹¹⁾.

No transcorrer da análise buscou-se promover um diálogo entre a percepção apresentada pelos sujeitos da pesquisa e os referenciais teóricos de determinados pesquisadores do tema em pauta^(1,6-7,12-13).

A pesquisa foi realizada em consonância com a Resolução 196/96, elaborada pelo Conselho Nacional de Saúde. Aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio grande do Norte (FAEN/UERN), sob protocolo nº 130/10 durante o mês de março de 2011.

Os sujeitos do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que garante a liberdade de consentimento do pesquisado, podendo a qualquer momento retirá-lo, sem causar nenhum tipo de penalização e/ou prejuízo ao sujeito.

Entrevistamos 5 (cinco) enfermeiros do total de 08 (oito) que no momento da coleta de dados atuavam prestando assistência de enfermagem no cenário investigado.

Para garantir o anonimato dos sujeitos, foi usado um código formado pela letra "E", que significa enfermeiro, seguido por um numeral, o qual representa o quantitativo de enfermeiros entrevistados, ficando assim especificado de E1 a E8.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na realidade dos serviços da atenção básica de saúde o enfermeiro desempenha um papel ativo na materialização das práticas educativas com o usuário portador da hipertensão arterial. Tendo em vista a importância da educação em saúde para estes sujeitos, torna-se imprescindível que o profissional esteja consciente a respeito do modelo educacional no qual suas ações estão sendo realizadas e execute estratégias a fim de que suas práticas educativas corroborem para uma melhor qualidade de vida dos usuários.

O modelo hegemônico tradicional da educação em saúde possui raízes históricas oriundas do século XIX, período onde o processo de industrialização europeia legitima o discurso sanitário por meio de ações focadas na moralidade e na submissão de uma disciplina higiênica. Neste contexto, ocorre o recrudescimento da sobreposição do saber científico com relação ao saber popular⁽¹⁴⁾.

A abordagem educativa enfatizada pelo modelo hegemônico da educação em saúde possui traços de um discurso centrado no biologicismo, onde o processo saúde-doença é reduzido apenas ao seu cunho biológico e individual. Este discurso predominou no campo da educação em saúde durante as décadas seguintes, podendo ser encontrado ainda hoje como orientador de práticas educativas⁽¹⁵⁾.

A desvalorização dos saberes da população durante o processo de construção das práticas educativas na atenção básica de saúde reflete características do modelo hegemônico de educação em saúde, através da verticalização da relação profissional-usuário e a inativação do usuário. Conforme exposto no seguinte depoimento: *Geralmente o que nós utilizamos como embasamento são os manuais, informações que a gente pega em sites para os hipertensos, às vezes a gente tem palestras, encontros e as trocas de informações entre os profissionais* (E4).

O discurso apresentado acima desconsidera os saberes que permeiam a realidade dos usuários durante o processo de materialização das práticas educativas. O relato evidencia ações construídas a partir de interesses do próprio enfermeiro ou de referenciais teóricos que não refletem a realidade social daquele indivíduo ou do seu meio.

A principal crítica apontada ao modelo educacional hegemônico refere-se à desvalorização dos determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos de saúde. Nesse sentido, os usuários são visualizados de for-

ma passiva no processo de construção das práticas educativas e carentes de um saber sobre a saúde. Perde-se de vista que a modificação dos comportamentos, essenciais no tratamento hipertensivo, são orientados por crenças, valores, representações sobre o processo saúde-doença e outras formas de saber originadas a partir da subjetividade de cada indivíduo⁽¹⁵⁾.

As ações de educação em saúde só irão possuir uma significação real para os usuários quando estes surgirem a partir dos seus saberes, das suas necessidades, dos seus interesses, ou seja, do meio social no qual este indivíduo está inserido. Dessa forma, as ações irão ser construídas não somente *para* os sujeitos, mas *com* os sujeitos.

Neste sentido, a superação do modelo hegemônico do saber/fazer educação em saúde necessita, também, de uma articulação próxima com a totalidade da realidade dos sujeitos envolvidos.

A utilização das palestras enquanto metodologia educativa por parte dos profissionais pode retratar ainda a predominância de uma educação vertical, na qual apenas os profissionais são os sujeitos ativos. Conforme percebemos no relato a seguir: *... a gente usa mais as palestras e as consultas. Alguns perguntam muito, outros ficam mais quietos* (E3).

As atividades educativas realizadas por E3 carecem de estímulos que promovam o empoderamento do usuário no processo ensino/aprendizagem. No modelo tradicional da educação em saúde, percebe-se a presença de uma ação de caráter meramente informativo, ou seja, de um monólogo na relação profissional-usuário, onde o profissional é um transmissor das informações e o usuário um inativo receptáculo de todo aquele conteúdo. O cliente torna-se um depósito de informações desarticuladas de suas necessidades subjetivas verbalizadas pelo educador.

Nesta estratégia educacional a relação estabelecida entre profissionais e usuários é essencialmente assimétrica, uma vez que um detém um saber técnico-científico, com status de verdade, enquanto o outro precisa ser devidamente informado. Desta maneira, a comunicação profissional-usuário caracteriza-se pelo caráter informativo, na qual o primeiro, assumindo uma atitude paternalista, explicita ao segundo hábitos e comportamentos saudáveis, o que fazer e como fazer para a manutenção da saúde. Pressupõe-se, ainda, que a partir da informação recebida os usuários serão capazes de tomar decisões

para a prevenção de doenças e agravos, bem como poderão assumir novos hábitos e condutas⁽¹⁵⁾.

Com isso é possível perceber os limites destas estratégias educativas para a tomada de uma consciência autônoma por parte do usuário portador da hipertensão arterial. Consequentemente, uma prática educativa verticalizada torna-se ineficiente para a promoção de comportamentos que contribuam para a melhoria de sua qualidade de vida.

Em contrapartida a fala de E3, no âmbito da educação em saúde, as ações devem partir do conhecimento a respeito da população a qual elas se destinam inclusive suas crenças, seus hábitos e suas condições de vida. Em seguida, é necessário envolver estes sujeitos no seu processo educacional⁽¹²⁾. Conforme exposto adiante: *Elas são fundamentadas em palestras, nós trabalhamos como eles querem saber e desejam saber. A cada mês numa quarta-feira nós temos um grupo do Hiperdia. Aí nós trabalhamos palestras, ações, questionários para eles responderem, e o que eles não sabem, o que eles queiram saber* (E5).

Dessa forma, a seleção de palestras enquanto estratégia metodológica educacional exige que o profissional possua a sensibilidade de atentar para as demandas oriundas dos próprios usuários, através da investigação dos seus saberes, dúvidas, questionamentos e necessidades destes.

As práticas educativas devem ser realizadas a partir de um modelo educativo que proporcione um ambiente capaz de estimular no usuário a sua criticidade e capacidade transformadora, de forma que compreenda todos os sujeitos envolvidos no processo como atores no processo ensino-aprendizagem, visando responder todas as demandas apontadas pela realidade subjetiva de cada indivíduo⁽⁶⁾. Então, esta abordagem tem seu enfoque direcionado para conscientização e participação dos sujeitos, cujos educadores buscam avaliar e problematizar sua realidade social⁽¹³⁾.

Além disso, é válido salientar a importância de um modelo de educação em saúde capaz de exercer a escuta qualificada a fim de permitir a participação ativa dos usuários por meio do estabelecimento do diálogo entre profissional-usuário⁽⁶⁾.

Sendo assim, é imprescindível que o usuário se sinta convencido de que ele é um sujeito ativo durante o tratamento anti-hipertensivo. Assim como, esteja consciente do seu papel no desempenho de hábitos de vida que favoreçam a sua qualidade de vida.

Outro entrave observado nas atividades educativas trata-se da sua fundamentação numa compreensão reducionista do processo saúde-doença, o qual fragmenta o sujeito novamente de sua realidade social. Como mostra o depoimento a seguir: *Eu não me baseio em algum referencial teórico. Na prática eu dou o diagnóstico, tanto individual como o coletivo, tanto para o paciente como coletivamente. Oriento sobre a tomada de medicação nas palestras, é mais a orientação individual durante a consulta mensal... É mais durante as palestras... Consulto mensalmente para ver se está controlada a pressão, oriento dieta, faço controle de peso, se pressão está regular, se está tomando a medicação correta* (E7).

O discurso apresentado pelo sujeito E7 reflete uma concepção biologicista no que tange ao processo saúde-doença, é visível o excesso de preocupação com a tomada de medicação e aferição da pressão arterial, porém, este fato constitui apenas um aspecto do tratamento da hipertensão arterial.

A consulta realizada mensalmente com os usuários portadores da hipertensão arterial através do programa HIPERDIA, não deve se limitar a mera entrega de medicamentos e verificação da Pressão Arterial.

A mudança de comportamento necessária para a realização do tratamento integral do cliente portador da hipertensão arterial está atrelada a diversos fatores sócio-culturais que permeia a relação enfermeiro-usuário, inclusive os fundamentos teóricos e metodológicos que alicerçam as práticas educativas. Desta forma, torna-se relevante que o profissional execute ações que abordem os múltiplos aspectos envolvidos no processo educativo.

Durante o processo de planejamento das ações educativas em saúde, a escolha de metodologias adequadas é uma fase de extrema relevância para a tomada de uma consciência autônoma por parte dos usuários, visto que são o alicerce do processo e o ponto de intersecção com o público-alvo. Por isso, esta seleção deve ser feita de acordo com a temática em questão, caracterização da população-alvo, recursos disponíveis, tempo disponível, etc⁽¹³⁾.

A construção de estratégias metodológicas de atuação, no qual o educando é submetido a uma situação que represente uma problemática vivenciada pela sua realidade, torna-se uma importante ferramenta educativa no contexto dos usuários. As situações podem ser realizadas durante a elaboração da apresentação, onde os diálogos e expressões são construídos, bem como durante a própria representação. Deste modo há análise e reflexão acerca

da situação e são encontrados diversos aspectos, pontos congruentes e incongruentes, soluções de problemas, entre outros⁽¹³⁾.

A característica principal deste conjunto de técnicas é oferecer ao grupo a oportunidade de criar uma situação fictícia onde há envolvimento, relacionamentos e adoção de atitudes espontâneas que direcionam o pensamento para uma situação real⁽¹³⁾.

Então, é imprescindível que o profissional enfermeiro possua a capacidade de materializar práticas educativas fundamentadas em concepções dialógicas do processo ensino-aprendizagem direcionadas para a realidade dos usuários hipertensos, pois é preciso que o mesmo tenha a compreensão integral a respeito de sua saúde e de sua qualidade de vida, valorizando a história de vida da população e a autonomia do cliente⁽¹⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento da pesquisa nos possibilitou a realização de um diálogo entre os autores no que tange a existência de modelos de educação em saúde que embasam as práticas educativas realizadas no cotidiano dos serviços de saúde da atenção básica.

Com isso foi perceptível a presença de traços característicos de um modelo educacional tradicional durante a materialização de algumas práticas educativas dos enfermeiros da atenção básica de Mossoró/RN, sendo composta por atividades associadas à sobreposição do saber científico com relação ao saber popular. Entretanto, também se percebe atividades educativas fundamentadas numa concepção dialógica da educação em saúde.

Sendo assim, é necessário que alguns profissionais busquem fundamentos teóricos e metodológicos que garantam ao mesmo uma percepção dialógica do processo educar em saúde e que, desta forma, promovam uma relação de parceria entre o profissional enfermeiro e o usuário portador da HAS.

Outro ponto relevante se refere à utilização de uma representação reducionista do processo saúde-doença e sua implicação na concretização de práticas educativas não condizentes para a promoção da qualidade de vida dos usuários portadores da HAS.

Portanto, se faz necessário desenvolver estratégias educativas que reconheçam as necessidades sociais apontadas por cada grupo homogêneo e, mais especificamente, os valores subjetivos de cada indivíduo.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes SCA. As práticas educativas na saúde da família: uma cartografia simbólica [tese]. Natal (RN): Universidade do Estado do Rio Grande do Norte; 2010.
2. Stotz, EN. Enfoques sobre educação em saúde, participação popular. In: Valla VV, Stotz EN, organizadores. Participação popular, educação e saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993. p.11-22.
3. Miranzi SSC, Ferreira FS, Iwamoto HH, Pereira GA, Miranzi MAS. Qualidade de vida de indivíduos com *diabetes mellitus* e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto Contexto & Enferm.* 2008; 17(4):672-9.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília: Ministério da saúde; 2001.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
6. Fonteles JL, Santos ZMSA, Silva MA. Estilo de vida de idosos institucionalizados: análise com foco na educação em saúde. *Rev Rene.* 2009; 10(3):53-60.
7. Santos ZMSA, Lima PL. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. *Texto & Contexto Enferm.* 2008; 17(1):90-7.
8. Rodrigues LGM, Medeiros LC. Educação popular em saúde: reflexões e desafios acerca das práticas desenvolvidas e do empoderamento da comunidade [monografia]. Mossoró (RN): Universidade do Estado do Rio Grande do Norte; 2008.
9. Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R, Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994.
10. Santos AR. Metodologia científica: a construção do conhecimento. 4ª ed. Rio de Janeiro: DP&A; 2001.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
12. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comum Saúde Educ.* 2005; 9(16):39-52.
13. Feijão AR, Galvão MTG. Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. *Rev RENE.* 2007; 8(2):41-9.
14. Costa NR. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. *Cad Cedes.* 1987; (4):5-27.
15. Briceño-Léon R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cad Saúde Pública.* 1996; 12(1):7-30.
16. Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosos no domicílio. *Texto & Contexto Enferm.* 2007; 16(2):254-62.

Recebido: 03/08/2011

Aceito: 30/11/2011